JARAS
Journal of Addiction Research and Academic Science
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน 2568
Vol. 2 No. 3 January - April 2025

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences



ISSN : 2985-170X
E-ISSN : 2985-2226

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

JARAS
Journal of Addiction Research and Academic Science
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน 2568
Vol. 2 No. 3 January - April 2025

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences



ISSN : 2985-170X
E-ISSN : 2985-2226

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
Journal of Addiction Research and Academic Sciences

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน 2568 Vol. 2 No. 3 January – April 2025

บทความพิเศษ

- ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทความวิจัย

- เปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบของมินิธัญญารักษ์ กับผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
- การแปลและการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงวัฒนธรรมและความเชื่อมั่นของแบบประเมินการใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย
- ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

ชื่อวารสาร : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
เจ้าของ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ISSN : 2985-170X (Print) 2985-2226 (Online)
พิมพ์ที่ : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด
ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการหรือกึ่งวิชาการ การศึกษา การวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานเดียวกัน

3. เพื่อให้บุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดทุกหน่วยงาน สามรถเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

4. เพื่อสนับสนุนการประเมินผลงานด้านวิชาการ และการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด

กำหนดออกวารสาร

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

สถานที่ติดต่อ

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

พิมพ์ที่

บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด

ออกแบบโดย

บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ. ศักดา อัลภาชน์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

1. นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ระดับ 11

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

2. ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการ

3. ผศ. อภินันท์ อร่ามรัตน์	หัวหน้าศูนย์วิจัยด้านยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. รศ. มานพ คณะโต	ผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. รศ. รัศมน กัลยาศิริ	ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผศ. (พิเศษ) เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์) โรงพยาบาลสุรินทร์
7. ผศ. (พิเศษ) สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว) โรงพยาบาลสุรินทร์
8. ผศ. (พิเศษ) นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านสาธารณสุข) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
9. ศ.ดร.พญ. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
10. รศ.ดร.นพ. ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รศ.ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

12. รศ.ดร. ดวงใจ วัฒนสินธุ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา
13. รศ.ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
14. รศ.ดร. วไลลักษณ์ พุ่มพวง	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. อ.ดร. ณฐวัฒน์ ล่องทอง	อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. อ.ดร. อรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี
17. นางกษมา ประไชโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง
18. นายณัฐบดินทร์ แก้วกำ	เภสัชกรปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
19. นายชลภัชร ลันสุชีพ	นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
20. นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
21. นายปรีชวิชญ์ พรมจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
22. นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางเลน
23. อ.ดร. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
24. อ.ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
25. ศ.ดร. รัตนา สำโรงทอง	ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
26. รศ. นพ. สมชาติ โตรักษา	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 ประกอบด้วย บทความพิเศษ 1 เรื่อง ได้แก่ 1) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และบทความวิจัย 4 เรื่อง ได้แก่ 1) เปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบของมินิธัญญารักษ์กับผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) 2) การแปลและการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงวัฒนธรรมและความเชื่อมั่นของแบบประเมินการใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 3) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย 4) ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณากลั่นกรอง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้

บรรณาธิการ


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ

หน้า

เปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด 1
โดยใช้รูปแบบของมินิธัญญารักษ์ กับผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
ชุติมา สิทธิกุล, เพชรศิริ พรมไพสน, ภัทราพร รักธรรม, เกศกนก นาสืบ,
จิตลดาวรรณ โสวะภาสน์, อำไพ โสรส และประเสริฐ ประสมรักษ์

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 10
ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

การแปลและการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงวัฒนธรรมและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน 19
การใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
อทิตยาพร แก้ววรรณ, ณันน์ทพร การเวกปัญญาวงศ์, อวิรุทธ์ อุ่นอารมณ์
และสุทธิพงศ์ กาวิละแพทย์,

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติด 30
ในผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย
สุนทรียา ธีปนรัชต์

ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด 43
กัลยา หนูคง


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

เปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบของมินิธัญญารักษ์กับผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

Comparison of life skills and quality of life of drug-addicted patients after drug rehabilitation using the Mini Thanyarak Model vs. the community-based treatments

ชุติมา สิทธิกุล[1], เพชรศิริ พรมไพสน[1], ภัทราพร รักธรรม[1], เกศกนก นาสืบ[2], จิตลดาวรรณ โสวะภาสน์[3], อำไพ โสรส[4], ประเสริฐ ประสมรักษ์[4]

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเสนางคนิคม

[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา

[4] อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

[1] Chutima Sittikul, [1] Phetsiri Phromphraison, [1] Pattaporn Raktham, [2] Keskanok Nasueb, [3] Jitladawan Sowapas, [4] Ampai Soros, [4] Prasert Prasomruk

Bachelor of Public Health, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

วันที่รับ 19 พฤศจิกายน 2567, วันที่แก้ไข 31 มีนาคม 2568, วันที่ตอบรับ 2 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์กับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 40 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์ อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 20 คน และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่ตำบลสามแยก ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติทดสอบ Independent sample t-test

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) มีระดับทักษะชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แต่ในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน, คุณภาพชีวิต, ทักษะชีวิต, ยาเสพติด, รูปแบบมินิธัญญารักษ์

Abstract

The purpose of this research was to compare the life skills and quality of life of drug-addicted patients undergoing rehabilitation through two different methods: the Mini Thanyarak Model and the Community-Based Treatment (CBTx). This study used a cross-sectional analytical design. The sample consisted of 40 drug-addicted patients: 20 patients from Senangkhanikhom District, Amnat Charoen Province, and 20 patients from the areas of Sam Yaek Subdistrict and Kut Hae Subdistrict, Loeng Nok Tha District, Yasothon Province. Inclusion and exclusion criteria were applied. Data were collected using questionnaires assessing life skills and quality of life, and analyzed using descriptive and inferential statistics, specifically the Independent Sample t-test.

The results showed that there was no significant difference in life skills between patients treated through the Mini Thanyarak Model and those treated through the CBTx model. However, patients undergoing the Mini Thanyarak Model reported a higher level of quality of life compared to those in the CBTx model, although this difference was not statistically significant.

Keywords: community-based treatments:CBTx, life skills, quality of life,drugs,mini thanyarak model

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาร้ายแรงระดับโลกที่มีแนวโน้มการแพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลของสหประชาชาติ พบว่าผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 อาจมีถึง 299 ล้านคน[1] สถานการณ์ในประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มรุนแรง โดยจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 1.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566[2] แม้จะมีมาตรการป้องกันและปราบปราม แต่ยังไม่สามารถลดการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่วงจรยาเสพติดในอัตราสูง

ประเทศไทยมีระบบการบำบัดยาเสพติด 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบต้องโทษ และระบบบังคับ โดยในเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับรูปแบบการบำบัดระบบสมัครใจ ซึ่งการบำบัดหลักที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรม Matrix, การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมกับชุมชน และรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ซึ่งมินิธัญญารักษ์เป็นรูปแบบที่เน้นการฟื้นฟูระยะยาวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] ส่วนรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เป็นการบำบัดที่มีชุมชนสนับสนุน โดยมีการจัดตั้งชุมชนต้นแบบเพื่อสนับสนุนการเลิกยาเสพติด[4] สำหรับจังหวัดอำนาจเจริญ มีรูปแบบการบำบัดยาเสพติด 3 รูปแบบ ได้แก่ โปรแกรม Matrix, รูปแบบชุมชนบำบัด (CBT) และรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ส่วนจังหวัดยโสธร มีการบำบัด 2 รูปแบบ คือ รูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และโปรแกรม Matrix การเลือกใช้วิธีการบำบัดในแต่ละจังหวัดขึ้นอยู่กับความพร้อมของทรัพยากรและพื้นที่ของการบำบัด แม้ว่าทั้งสองจังหวัดจะมีหลายวิธีการบำบัด แต่การเปรียบเทียบระหว่างมินิธัญญารักษ์และชุมชนเป็นฐาน (CBTx) นั้นเนื่องจากทั้งสองรูปแบบมีแนวทางและเป้าหมายที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดในรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในด้านทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทั้งสองรูปแบบ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและทักษะชีวิตของผู้ป่วยหลังการบำบัด โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะสะท้อนถึงความพอใจในตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะชีวิตระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์กับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์กับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์และผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดในเขตอำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 20 คน ซึ่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ และผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ตำบลสามแยกและตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร จำนวน 25 คน ซึ่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) การเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เนื่องจากมินิธัญญารักษ์มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรุ่นละ 20 คน จึงเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบชุมชนเป็นฐาน จำนวน 20 คนเท่ากัน เพื่อความเหมาะสมในการเปรียบเทียบข้อมูล ทั้งนี้การคัดเลือกพื้นที่ศึกษามาจากความพร้อมของสถานบริการด้านการบำบัดยาเสพติดในทั้งสองจังหวัด รวมถึงความสะดวกในการเข้าถึงผู้ป่วยและการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยแทนค่าความแปรปรวนจากงานวิจัยของธัญลักษณ์ สารพร[5] เมื่อแทนค่าตามสูตรได้ n = 16.49 คำนวณเผื่อการถอนตัว 20% ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 20 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ และผู้ป่วยพื้นที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชุมชนเป็นฐานที่สามารถอ่านออกและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือผู้ที่มีอาการรุนแรง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์และผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดในเขตอำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 20 คน ซึ่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling จากผู้ป่วยทั้งหมด 4 รุ่น และได้ผู้ป่วยในรุ่นที่ 4 จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นรุ่นล่าสุดที่กำลังจะบำบัดเสร็จจึงเลือกเก็บข้อมูลทั้งหมด สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่ตำบลสามแยก ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ป่วยที่เข้าค่ายบำบัด 2 รุ่น โดยได้ผู้ป่วย

ในรุ่นที่ 2 จำนวน 25 คน และสุ่มเลือกผู้ป่วยจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นรุ่นล่าสุดที่กำลังจะบำบัดเสร็จเช่นเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความเท่าเทียมในการเปรียบเทียบข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะชีวิต[6] จำนวน 26 ข้อ องค์ประกอบของทักษะชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น ด้านการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และด้านสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าจากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

โดยมีการการแปลผล ดังนี้

1.00 – 1.80 มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

1.81 – 2.60 มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

2.61 - 3.40 มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

3.41 – 4.20 มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

4.21 – 5.00 มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQ-BREF – THAI)[7] เป็นแบบมาตรวัดอันดับ (ordinal scale) 26 ข้อ ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHQQQL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2,9,11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ การแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.77 และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้แบบสอบทักษะชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นมาเพื่อใช้ในการสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ไปทดลองใช้กับผู้บำบัดยาเสพติดในหน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่ จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด ทักษะชีวิต และคุณภาพชีวิตด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ และผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่โครงการวิจัย อจ 25/2567 รับรองเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2567

สรุปผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยยาเสพติดหลังเข้ารับการบำบัดด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 85.0 และร้อยละ 40.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 และร้อยละ 85.0 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 25.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.0 และร้อยละ 75.0 จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดระหว่าง 1-2 ครั้ง ร้อยละ 55.0 และร้อยละ 70.0 ระยะเวลาครั้งล่าสุดเลิกยาเสพติดระหว่าง 1 – 245 วัน ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 95.0 ภายหลังการบำบัดในครั้งนี้มั่นใจว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ร้อยละ 85.0 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

2. ทักษะชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อพิจารณาทักษะชีวิตรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์ มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งหมด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน มีทักษะชีวิต อยู่ในระดับค่อนข้างสูง เป็นจำนวน 3 ใน 4 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดของรูปแบบมินิธัญญารักษ์และการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน คือด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D.=0.88) และ 4.35 (S.D.=1.03) ตามลำดับ จากการพิจารณาภาพรวมของทักษะชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน พบว่า ทักษะชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูงโดยมีค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D.=0.70) และ 3.90 (S.D.=0.68) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของระดับทักษะชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) (n= 20)

ทักษะชีวิต	มินิธัญญารักษ์			CBTx		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการตระหนักรู้และเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น	3.40	0.68	ค่อนข้างสูง	3.95	0.75	ค่อนข้างสูง
2. ด้านการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	3.30	0.86	ค่อนข้างสูง	3.90	1.02	ค่อนข้างสูง
3. ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	4.05	0.88	ค่อนข้างสูง	4.35	1.03	สูง
4. ด้านการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	3.65	0.81	ค่อนข้างสูง	3.75	0.63	ค่อนข้างสูง
ภาพรวม	**3.60**	**0.70**	**ค่อนข้างสูง**	**3.98**	**0.68**	**ค่อนข้างสูง**

3. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดีและปานกลาง จำนวน 2 ด้านเท่ากัน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ใน 4 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดของรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน คือด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.45 (S.D.= 4.88) และ 31.25 (S.D.=4.87) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) (n= 20)

คุณภาพชีวิต	มินิธัญญารักษ์			ชุมชนเป็นฐาน CBTx		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	96.00	9.41	ดี	94.65	10.52	ปานกลาง
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	26.05	2.74	ปานกลาง	25.60	2.72	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	23.70	2.95	ดี	22.30	4.00	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.90	2.63	ปานกลาง	10.80	1.73	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	32.45	4.88	ดี	31.25	4.87	ดี

4. เปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน ในภาพรวมพบว่า ทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์ และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

ตัวแปร	มินิธัญญารักษ์		CBTx		Mean dif (S.D.)	ค่า t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ทักษะชีวิต	3.60	0.70	3.98	0.68	-0.38	-1.76	0.08
คุณภาพชีวิต	96.00	9.41	94.65	10.52	1.30	0.41	0.68

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดโดยใช้รูปแบบมินิธัญญารักษ์กับรูปแบบชุมชนเป็นฐานมีทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบมินิธัญญารักษ์พบว่ามีระดับความมั่นใจในการไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของวสวัตติ์ ธงชัย และเกษราวัลณ์ นิลวรางกูร[8] ที่ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดที่เน้นการเพิ่มความมั่นใจในการต้านทานสิ่งเร้าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[9] ที่ระบุว่าความมั่นใจในความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรม การมีระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีระดับความมั่นใจน้อยกว่า เช่น กลุ่มที่รับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) มีผลลัพธ์

ด้านทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดสูงกว่า

ด้านการกลับไปเสพซ้ำ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ มีโอกาสกลับไปใช้ยาเสพติดน้อยกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เนื่องจากมินิธัญญารักษ์มุ่งเน้นการฝึกฝนทักษะชีวิตเชิงลึก เช่น การจัดการอารมณ์ การตัดสินใจ การวางแผนชีวิต และการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงในชีวิตจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดโอกาสกลับไปพึ่งพายาเสพติด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพวัล อาจหาญ[10] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังการบำบัด โดยเฉพาะในด้านการปรับตัวและการลดปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปใช้ยาเสพติดอีกครั้ง ทั้งนี้ การบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตและเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเสถียรภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำ ในขณะที่รูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) แม้ว่าจะมีระบบสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน แต่หากผู้ป่วยขาดทักษะในการรับมือกับปัจจัยกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง ก็อาจทำให้โอกาสในการกลับไปใช้ยาเสพติดสูงขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าทักษะชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) อยู่ในระดับค่อนข้างสูง แม้ว่าการบำบัดทั้งสองรูปแบบจะมีแนวทางที่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์โดยรวมของผู้ป่วยกลับมีแนวโน้มคล้ายคลึงกัน อาจเป็นเพราะองค์ประกอบบางอย่างของทั้งสองรูปแบบ ซึ่งรูปแบบมินิธัญญารักษ์จะเน้นการฝึกฝนทักษะเชิงลึก ขณะที่รูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เน้นการสนับสนุนจากชุมชน แต่ผลลัพธ์ที่คล้ายกันอาจเกิดจากปัจจัยแวดล้อม เช่น รูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่ศึกษามีองค์ประกอบที่สนับสนุนการฝึกทักษะชีวิตในระดับหนึ่ง และผู้ป่วยในมินิธัญญารักษ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนในระดับที่ดี ทำให้สามารถพัฒนาทักษะชีวิตได้ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่บำบัดโดยใช้รูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ และคณะ[11] ที่พบว่าการเสริมสร้างทักษะชีวิตในกลุ่มเยาวชนมีผลช่วยเพิ่มความตระหนักและคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานของศิริพร รุ่งสุวรรณ[12] ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดในกลุ่มเยาวชนได้ โดยเพิ่มความสามารถในการต้านทานสิ่งเร้า

ผลการศึกษาชี้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ารูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ซึ่งอาจเป็นผลจากกระบวนการบำบัดที่แตกต่างกัน โดยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ มีโครงสร้างที่ชัดเจน เน้นการดูแลรายบุคคล พัฒนาทักษะชีวิตและเสริมสร้างความสามารถในการรับมือกับสิ่งเร้าอย่างเป็นระบบ พร้อมการติดตามผลที่เข้มข้นและต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถวัดพัฒนาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในทางตรงกันข้ามรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) แม้จะให้การสนับสนุนทางสังคมผ่านชุมชน ครอบครัวและเครือข่ายเพื่อน รวมถึงมีระบบติดตามผล แต่ลักษณะการติดตามพึ่งพาความเข้มแข็งของชุมชนเป็นหลัก หากชุมชนมีโครงสร้างสนับสนุนที่ดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรักษาพฤติกรรมเชิงบวกได้ แต่หากขาดระบบที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการกลับไปใช้ยาเสพติด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของสิดาพร พงศ์ประพันธ์และคณะ[13] และไพวัล อาจหาญ[10] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาวะจิตสังคมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังการบำบัดทั้งด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมและยังสอดคล้องกับงานของอรรถพงษ์ ฉัตรดอน[14] ที่ระบุว่าการบำบัดแบบเมทริกซ์ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในด้านการรู้ตนเองและการต้านทานสิ่งเร้า

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงในพื้นที่อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ และตำบลสามแยก ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ซึ่งอาจไม่สามารถสรุปผลไปยังผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อื่นหรือระดับประเทศได้ อีกทั้งขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด โดยใช้ผู้ป่วยเพียง 20 คนจากแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการแทนประชากรผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลก่อนเข้ารับการบำบัดในแต่ละรูปแบบ ทำให้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างด้านทักษะชีวิตหรือคุณภาพชีวิตก่อนการบำบัดอย่างไร ส่งผลให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการบำบัดอาจมีข้อจำกัด นอกจากนี้ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลหลังการบำบัดเป็นช่วงสั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถประเมินผลระยะยาวได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1) ควรนำจุดแข็งของรูปแบบการบำบัดแบบชุมชนบำบัดที่ผ่านการสังเคราะห์ด้วยบริบทแล้วมาปรับใช้กับการบำบัดแบบมินิธัญญารักษ์ เพื่อเพิ่มทักษะชีวิตหลังการบำบัดที่จะเอื้อต่อการใช้ชีวิตในสังคมในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

2) ควรนำรูปแบบการบำบัดรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบชุมชนเป็นฐาน มาวิเคราะห์จุดร่วมของรูปแบบเพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เหมาะสมกับทั้งสองรูปแบบบนฐานบริบทของพื้นที่และผู้เข้ารับการบำบัด

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป

1) ควรนำเครื่องมือประเมินผลการบำบัดด้านอื่น ๆ ได้แก่ แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะ Long term care และ แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นต้น และใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนทักษะชีวิต และคุณภาพชีวิตเชิงลึก มากกว่าการใช้แบบสอบถาม ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในผู้บำบัดที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2) ควรวิจัยและพัฒนาเพื่อยกระดับประสิทธิภาพและคุณภาพการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดทั้งรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน โดยใช้คุณลักษณะผู้ป่วย และบริบทชุมชนในการออกแบบ

3) ควรติดตามผลการบำบัดทั้งด้านทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้เข้าใจกระบวนการบำบัดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบำบัดได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ทุกท่าน ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ให้ความร่วมกรุณาแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการวิจัย ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย. สถานการณ์ปัญหายาเสพติด [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipbs.or.th/news/content/322768

2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย เปลี่ยนผู้ป่วยเป็นพลังสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/?p=366883

3. กรมการแพทย์โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tyrkk.go.th/new/wp-content/uploads/2023/10/

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา. กิจกรรมจิตสังคมบำบัดยาเสพติดสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tyrkk.go.th/new/wp-content/uploads/2023/10/C-Ver.2.pdf

5. ธัญลักษณ์ สารพร. ผลของปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะ [วารสารออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1870/1301

6. สำนักงาน ป.ป.ส.กระทรวงยุติธรรม. ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดในวัยรุ่น [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.klongyanglocal.go.th/images/abt/pdf/narcotics.pdf

7. กรมสุขภาพจิต. เครื่องมือคุณภาพชีวิต WHO-QOL BREF ภาษาไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf

8. วสวัตติ์ ธงชัย และเกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. หลักการให้โอกาสผู้เสพผู้ติดยาเสพติดคืนคนดีสู่สังคมในสถานประกอบการด้วยพรหมวิหาร - สังคหวัตถุ 4 [วารสารออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/mur2r/article/view/242629/167047

9. Bandura A. Social foundations of thought and action. A s6cial cognitive theory. [วารสารออนไลน์]. 1986 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567. เข้าถึงได้จาก: https://archive.org/details/socialfoundation-0000band

10. ไพวัล อาจหาญ. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tcithaijo.o-rg/index.php/JPNMH/article/view/212219/147222

11. ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุภพัฒน์, ปัณณทัต บนขุนทด และปิยะอร รุ่งธนเกียรติ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ [วารสารออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/260099

12. ศิริพร รุ่งสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต เพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษาที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดนครนายก [วารสารออนไลน์]. ปีที่พิมพ์ 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tcithaijo.org/index.php/JPNMH-/article/view/185668,b

13. สิดาพร พงศ์ประพันธ์, สุภาพ พลสำโรง และวุฒิพงษ์ เจริญวงษ์. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด [วารสารออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go-.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3839&Itemid=53&limit=1&limitstart=2

14. อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลปทุมธานี [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/251828/171029

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล
ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Phattarapol Jungsomjatepaisa
Advisor of the Ministry., Medical Physician, Advisory Level.
Ministry of Public Health.

ความเป็นมาและพัฒนาการที่สำคัญ

แนวคิดและนโยบาย “ผู้เสพ คือผู้ป่วย” เริ่มต้นมาเมื่อหลายสิบปีก่อน โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ แต่แนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ผู้เสพยังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้เสพจำนวนมากจึงยังไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู เพราะเกรงว่าจะถูกจับกุมดำเนินคดี ซึ่งการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก ค.ศ. 2016 (United Nations General Assembly Special Session 2016 – UNGASS 2016) ได้มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหายาเสพติดว่าแท้จริงแล้วปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องของสุขภาพ เรื่องของระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจน ฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม[1]

ในปี พ.ศ. 2557 เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม สมควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนด ซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย แก่ผู้อื่นหรือสังคม ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยการยินยอม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าว เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูงสุด คณะรักษาความสงบแห่งชาติ จึงมีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยในประกาศดังกล่าวให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร จัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร โดยให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่จัดระบบดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในจังหวัดให้มอบหมายกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สำหรับกรุงเทพมหานครให้มอบหมายผู้อำนวยการเขต ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครดำเนินการดังกล่าว[2]

ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 โดยมีสาระสำคัญ คือ การแก้ไขปัญหาผู้เสพหรือผู้ติดในมิติทางการแพทย์และสังคม โดยให้โอกาสกลับตัวกับผู้เสพหรือครอบครองเพื่อเสพในจำนวนเล็กน้อย สามารถสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาได้ โดยไม่ต้องถูกดำเนินคดี โดยถือว่า

“ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลดละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการบำบัดรักษา และการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในภาพรวมของประเทศทั้งหมด ซึ่งในการดำเนินการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูได้เพิ่มเติมกลไกในการขับเคลื่อนงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู เช่น การพัฒนาศูนย์คัดกรอง การจัดระบบสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของภาคีเครือข่าย การวางระบบการส่งต่อและระบบ Consult จิตแพทย์ในจังหวัด กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based treatment) และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) รวมถึงการให้มีศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ซึ่งการดำเนินงานในส่วนการคัดกรอง การส่งต่อระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู การฟื้นฟูสภาพทางสังคมในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด ยังมีการติดขัด ไม่คล่องตัวในการดำเนินงานจากในหลายปัจจัย[3]

การจัดระบบดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัด ฟื้นฟูจากยาเสพติดตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 หรือแนวทางการฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ยังมีประเด็นที่ต้องการความชัดเจนทั้งในเรื่องของการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมถึงแนวทางการดำเนินงาน

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[4]

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม คือ สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา เป็นหน่วยงานที่คอยติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และสงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราวเพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก โดยที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครมีหน้าที่จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (มาตรา 118) โดยให้ใช้พื้นที่ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครหรือพื้นที่อื่นที่เหมาะสมเป็นที่ตั้งศูนย์พื้นฟูสภาพทางสังคมตามและให้ครอบคลุมพื้นที่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และระดับหมู่บ้าน

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมมีหน้าที่และอำนาจ (มาตรา 120) ดังต่อไปนี้

(1) ให้คำแนะนำ ปรึกษา และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(2) ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งการสนับสนุนผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้ได้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว

(3) ช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา เงินทุน สงเคราะห์ และให้การสงเคราะห์อื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้นายจ้างหรือสถานประกอบการรับผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเข้าทำงาน

(5) ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

สำหรับความแตกต่างระหว่างศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีการจัดตั้ง และอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกันสามารถเปรียบเทียบได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทบัญญัติ	ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557[2]	ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[5]
นิยาม	ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู คือ สถานที่ที่ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งในระดับอำเภอ และระดับจังหวัดหรือเขตและกรุงเทพมหานคร	ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมคือสถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา
หน้าที่และอำนาจ	จัดระบบดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยในจังหวัดให้มอบหมายกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับกรุงเทพมหานคร ให้มอบหมายผู้อำนวยการเขต ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติหรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครดำเนินการ	ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมมีหน้าที่และอำนาจ (มาตรา 120) ดังต่อไปนี้ 1) ให้คำแนะนำ ปรึกษา และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา 2) ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งการสนับสนุนผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้ได้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว 3) ช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพการศึกษา เงินทุน สงเคราะห์ และให้การสงเคราะห์อื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา 4) ส่งเสริม และสนับสนุน ให้นายจ้างหรือสถานประกอบการรับผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเข้าทำงาน 5) ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

ประเภทของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[5] แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

(1) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับสถานที่ตั้งและศักยภาพในการเข้าถึงและความสะดวกในการรับบริการของผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(2) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในกรุงเทพมหานคร โดยให้ผู้ว่ากรุงเทพมหานครแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ของกรุงเทพมหานครให้สอดคล้องกับสถานที่ตั้งและศักยภาพในการเข้าถึง

และความสะดวกในการรับบริการของผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(3) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอื่นที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้งโดยพิจารณาจัดตั้งจากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นที่ให้ความร่วมมือและมีความประสงค์จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมขึ้นเป็นการเฉพาะเพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นแจ้งความประสงค์ไปยังกระทรวงมหาดไทยหรือกรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณา

- การบริหารจัดการและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้นำรูปแบบการดำเนินงานในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดหรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในกรุงเทพมหานครมาใช้ได้โดยอนุโลม

หน้าที่ของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระดับจังหวัด

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระดับจังหวัดที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้งทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติงานกลางของจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร โดยให้มีหน้าที่ดังนี้

(1) ประสานงานกับราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐในพื้นที่ เพื่อประสานนโยบาย แผนงาน และความร่วมมือต่าง ๆ

(2) ดำเนินการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่

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

(4) กำหนดช่องทางการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ จากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่

(5) จัดให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์อย่างใด ๆ แก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อให้สามารถคืนสู่สังคมได้ตามปกติ

(6) กำกับติดตามผลการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในพื้นที่และกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาอุปสรรคภาพรวมที่เกิดขึ้น เพื่อวางแนวทางการปรับปรุงแก้ไขกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือ

การสนับสนุนช่วยเหลือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

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

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอื่นที่จัดตั้งขึ้นจากองค์กรพัฒนาเอกชนองค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโดยความเห็นชอบของคณะทำงานที่คณะอนุกรรมการประสานนโยบายและอำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธาน) แต่งตั้ง

การขึ้นทะเบียน ติดตามกำกับและการรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

1. การขึ้นทะเบียน

การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ให้มีการขึ้นทะเบียนเพื่อการกำกับตรวจสอบคุณภาพการดำเนินงานโดยยื่นขอขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.)

2. การติดตามกำกับ

หลังจากขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม คณะอนุกรรมการประสานนโยบายและอำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม จะทำหน้าที่ตรวจติดตาม กำกับการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ

3. การรับรองคุณภาพ

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ดำเนินงานขึ้นทะเบียนครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (E-Learning)

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.) ได้พัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยใช้ระบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) เป็นเครื่องมือหลักในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื้อหาของหลักสูตรครอบคลุมประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ทั้งด้านการดูแลการให้คำปรึกษา และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการฟื้นฟู หลักสูตรดังกล่าวมีผู้เข้าร่วมการอบรมทั้งสิ้น 1,661 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม 2568) ซึ่งสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านระบบ e-learning ความสะดวกและประสิทธิภาพของการเรียนรู้นี้ช่วยสนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะได้อย่างเต็มที่ หลังจากการเรียนจบ ผู้เข้าร่วมจะต้องผ่านการทดสอบเพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจในเนื้อหา เมื่อผ่านเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้เรียนจะได้รับใบรับรองการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ซึ่งเป็นหลักฐานยืนยันถึงความพร้อมในการปฏิบัติงานตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

แนวทางการรับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเป็นสถานที่ที่ถือได้ว่ามีความสำคัญตามประมวลกฎหมายยาเสพติดในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ถือได้ว่าเป็นมิติใหม่ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่กำหนดในกฎหมายจึงต้องทำความเข้าใจว่าแนวทางการฟื้นฟูสภาพทางสังคมนั้นจะต้องให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงแรกของการคัดกรองไม่เฉพาะผู้ป่วยบางรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพทางสังคม แต่ผู้ป่วยที่ผ่านศูนย์คัดกรองที่อาจจะไม่สมัครใจรักษา หรือสมัครใจรักษาแต่ผลการบำบัดรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ หรือผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษาและเข้าสู่กระบวนการของอัยการฟ้องศาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาหรืออาจไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา โดยผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้[6]

(1) ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาที่มีการประสานหรือส่งต่อมาจากศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมถึงกรณีการดูแลฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based treatment: CBTx)

(2) ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาโดยสมัครใจ (มาตรา 113) หรือกรณีที่เจ้าพนักงาน ป.ป.ส. หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจส่งสถานพยาบาล (มาตรา 114) หรือศาลสั่งยุติคดี (มาตรา 169) ที่ยื่นคำขอเข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอแทนการยื่นคำขอสามารถดำเนินการโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน website ของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) ได้โดยให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ ในกรณีที่มีเหตุไม่สามารถดำเนินการโดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ดำเนินการ ณ ศูนย์ฟื้นฟู

สภาพทางสังคมที่อยู่ในพื้นที่หรือโดยวิธีการทางไปรษณีย์ ลงทะเบียนตอบรับ หลังจากนั้นให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมพิจารณาว่าบุคคลใดสมควรได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมในด้านใด พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมทราบถึงสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน หรือสงเคราะห์จากรัฐด้วย โดยผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมต้องให้ความร่วมมือในการให้ถ้อยคำต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม รวมทั้งยินยอมให้มีการติดตามผลความคืบหน้าในการฟื้นฟูสภาพทางสังคมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการฟื้นฟูสภาพทางสังคมรวมถึงดำเนินการใดๆ ตามที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมกำหนด

ในการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมดำเนินการในด้านหนึ่งด้านใดหรือหลายด้านดังต่อไปนี้

(1) ด้านครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริม ให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา การติดตาม ดูแลและช่วยเหลือผู้เข้ารับ การฟื้นฟูสภาพทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนประเมินสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟู สภาพทางสังคมอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสถานะในครอบครัวของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม รวมถึงวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยมีการวางแผนและให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา เป็นการเฉพาะราย

(2) ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบอาชีพ การช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัย การสนับสนุนเงินสงเคราะห์ เครื่องอุปโภคบริโภค หรือสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพ โดยให้ศูนย์ฟื้นฟู สภาพทางสังคมตรวจสอบสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมและ สภาพที่อยู่อาศัย โดยคำนึงถึงเพศ อายุ สถานะ และสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม และให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(2.1) กรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง หรือยังไม่สามารถกลับเข้าอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยของตนได้ ให้ดำเนินการจัดหาที่อยู่อาศัย สถานที่พักพิง หรือ สถานสงเคราะห์แล้วแต่กรณี เป็นการชั่วคราวหรือถาวร โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2.2) กรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมเป็นผู้เยาว์และไม่มีผู้ปกครองหรือผู้ดูแล หรือเป็นผู้สูงอายุหรือผู้พิการทุพพลภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่มีผู้ดูแล ให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟู สภาพทางสังคมอยู่ในความดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทยหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

(2.3) กรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมไม่ได้ประกอบอาชีพ ให้สอบถามความต้องการของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยร่วมกับกระทรวงแรงงานเพื่อจัดหางานให้เหมาะสมกับทักษะ ความรู้และความสามารถของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม หรือจัดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมได้รับการฝึกอาชีพ ตลอดจนประสานงานกับสถานประกอบการที่ทำข้อตกลงหรือให้ความร่วมมือ กับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในการรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมเข้าทำงาน โดยอาจออกหนังสือรับรองความประพฤติตามที่สถานประกอบการร้องขอก็ได้

(2.4) กรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมเป็นผู้ยากจน และไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์หรือเงินช่วยเหลือใด ๆ จากภาครัฐหรือภาคเอกชน หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมร่วมกับกระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการให้บุคคลดังกล่าวได้รับเงินสงเคราะห์หรือเงินช่วยเหลือตามสิทธิที่พึงมี รวมทั้งจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพแก่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามความจำเป็น

(3) ด้านการศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนการศึกษาขั้นพื้นฐานหรือการศึกษานอกระบบ ในกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ไม่ได้เข้าศึกษาในสถานศึกษาใดหรืออยู่ระหว่างพักการศึกษา ให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมได้รับการศึกษา โดยคำนึงถึงเพศ อายุ ครอบครัว ภาระ สถานะทางการเงิน และสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม

(4) ด้านสาธารณสุขและสุขภาพ โดยให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการติดตามและช่วยเหลือผู้เข้ารับการฟื้นฟู สภาพทางสังคมให้ได้รับการรักษาหรือรับบริการด้านสาธารณสุข โดยการติดตามและดูแลด้านสุขภาพกายและใจ รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่องให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมลงในระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (บสต.) ตลอดจนจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินการ เสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ทุกหกเดือน

ผลการขึ้นทะเบียนและการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

หลังจากพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.)

ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระบบทั่วประเทศ โดยมีศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 4,872 แห่ง และมีผลการดำเนินงานดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับความช่วยเหลือจากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม	จำนวน (ราย)
1. ขอรับการช่วยเหลือด้านการศึกษา	1,699
2. ขอรับการช่วยเหลือด้านฝึกอาชีพ	9,249
3. ขอรับการช่วยเหลือด้านการจัดหางานให้ทำ	2,147
4. ขอรับความช่วยเหลือด้านให้ทุนประกอบอาชีพ	822
5. ขอรับความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย	191
6. ขอรับความช่วยเหลือด้าน อื่นๆ	5,687
7. ไม่ระบุ	5,877
รวม	**25,672**

ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ธันวาคม พ.ศ. 2567[7]

กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนภารกิจของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและประสิทธิภาพของศูนย์ ดังนี้

1. ร้อยละผู้ขอความช่วยเหลือฯ ได้รับบริการจากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

2. ร้อยละของผู้เสพที่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การดำเนินงานภายใต้กรอบตัวชี้วัดดังกล่าว มีความสำคัญต่อการวางแผนและพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระยะยาว โดยต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในการผลักดันให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุผล นอกจากนี้

การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องยังช่วยให้สามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลสัมฤทธิ์ของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

1. ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลได้รับการติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ ตลอดจนได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งบริการด้านสวัสดิการสังคมการสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว

2. ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา เงินทุนสงเคราะห์ และให้การสงเคราะห์อื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและชุมชน

3. นายจ้างหรือสถานประกอบการในพื้นที่มีทัศนคติที่ดีในการรับ ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเข้าทำงาน

4. ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

5. ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำเกี่ยวกับยาเสพติดอีก

สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเป็นสถานที่ที่ถือได้ว่ามีความสำคัญตามประมวลกฎหมายยาเสพติดในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ซึ่งเป็นหน้าที่ของทางกระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานครโดยตรง แต่ปัจจุบันถึงแม้จะมีการขึ้นทะเบียนครอบคลุมทั้งประเทศ แต่ยังไม่มีการบูรณาการการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ที่ร่วมกับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาล และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ขึ้นทะเบียนตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เว้นแต่เป็นชุมชนที่มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานราชการต่าง ๆ ในลักษณะชุมชนล้อมรักษ์ (สลบ.) ชุมชนยั่งยืน (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) หรือ Community based treatment (CBTx) ดังนั้นเพื่อให้การขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มากยิ่งขึ้น จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญ ดังนี้

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.) ต้องมีการประเมินผลการขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะเป้าหมายของการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามมาตรา 118 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มุ่งหวังให้ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการดูแลโดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก โดยนำเสนอต่อคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 111 (8) ที่กำหนดให้คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจในการกำกับ ติดตาม ดูแลให้คำปรึกษาและแนะนำหน่วยงานในพื้นที่ในการให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

2. กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครควรมีการประชาสัมพันธ์ให้องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือองค์กรอื่นในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือและมีความประสงค์จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเป็นการเฉพาะเพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีแนวทางตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 111 (12) ที่กำหนดให้คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา เพื่อให้ชุมชนล้อมรักษ์ (สลบ.) ชุมชนยั่งยืน (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) หรือ Community based treatment (CBTx) ที่ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน สามารถดำเนินการตามแนวทางที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และกฎหมายยังไม่ได้กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชน ทั้ง ๆ ที่มีระบบการค้นหา คัดกรอง ให้คำปรึกษา และฟื้นฟูสภาพทางสังคมแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน จึงทำหน้าที่ทั้งศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม แต่ไม่สามารถออกใบรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้แก่ผู้ติดยาเสพติดได้

4. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.) ควรมีการประเมินผลสัมฤทธิ์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมทาง On-line (E-learning) และปรับปรุงให้มีความทันสมัย ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ที่กำหนดในกฎกระทรวงศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม และตัวอย่างความสำเร็จของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ดำเนินการได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. ศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2567;2(2):1-10.

2. คณะรักษาความสงบแห่งชาติ. ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู. ราชกิจจานุเบกษา. 2557 ก.ค. 30; เล่ม 131 ตอนพิเศษ 143 ง:18-19.

3. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, วไลลักษณ์ พุ่มพวง, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และรภัสพิศา ธนสิษฐ์จำรูญ. การประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมาย พ.ศ. 2564 ในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(3):488-502.

4. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.

5. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. 8 พ.ย. 2564; เล่มที่ 138 ตอน 73 ก. หน้า 1.

6. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง การฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดและผู้ผ่านการบำบัดรักษา พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา. 2566;140(54): 21-24.

7. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). รายงาน GIS ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrug.moph.go.th/report

การแปลและการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงวัฒนธรรม และความเชื่อมั่นของแบบประเมินการใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

Translation and Cross-Cultural Validation and Reliability Assessment of the Thai Version of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) among Men Who Have Sex with Men

[1] อทิตยาพร แก้ววรรณ, [2] ณันน์ทพร การเวกปัญญาวงศ์, [3] สุทธิพงค์ กาวิละแพทย์, [4,5] อวิรุทธ์ อุ่นอารมย์

[1] นายแพทย์ชำนาญการ, [2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, [3] นักวิจัยผู้ช่วย, [4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, [5] นักวิจัย

[1] โรงพยาบาลสวนปรุง, [2] ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยชียงใหม่,

[3] ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยชียงใหม่,

[4] ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยชียงใหม่,

[5] Global Health Research Center คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1] Suan Prung Psychiatric Hospital, [2] Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University,

[3] Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University,

[4] Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University,

[5] Global Health Research Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University,

---

วันที่รับ 31 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข 18 เมษายน 2568, วันที่ตอบรับ 30 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศร่วมกับการใช้สาร แม้จะมีเครื่องมือคัดกรองอยู่หลายชนิดแต่ยังไม่มีการแปลและประเมินความเที่ยงตรงเชิงวัฒนธรรมในกลุ่มนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลและปรับแบบประเมิน Drug Use Disorders Identification Test ฉบับภาษาไทยและตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินดังกล่าว

วิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 100 คน ที่รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากคลินิกในจังหวัดเชียงใหม่ แปลแบบประเมินตามแนวทางสากลและประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์โครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและตรวจสอบความตรงเชิงสัมพันธ์กับแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราและแบบประเมินอาการของภาวะซึมเศร้า 8 ข้อ

ผลการศึกษา: แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 ค่าสถิติของไคเซอร์-ไมเยอร์-โอคิน (KMO) เท่ากับ .60 และการทดสอบของบาร์ตเล็ตต์มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบ 1 องค์ประกอบหลักที่อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 26.7 อย่างไรก็ตาม ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล (RMSEA = 0.193, TLI = 0.440) อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สะท้อนข้อจำกัดในโครงสร้างแฟกเตอร์ที่ได้ ทั้งนี้ แบบประเมินมีความสัมพันธ์กับแบบประเมินการใช้แอลกอฮอล์ (r = .55) และภาวะซึมเศร้า (r = .49) ในระดับที่สนับสนุนความตรงเชิงสัมพันธ์

สรุป: แบบประเมิน DUDIT ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองการใช้สารเสพติดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แม้ผลการวิเคราะห์โมเดลจะมีข้อจำกัดบางประการ แต่แบบประเมินยังมีศักยภาพในการใช้งานในบริบทคลินิกและชุมชน และควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มประชากรอื่นเพื่อพัฒนาเพิ่มเติม

คำสำคัญ: แบบประเมินการใช้สารเสพติด, ความเที่ยงตรง, ความเชื่อมั่น, แบบประเมิน, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโปรแกรม

Abstract

Background: Substance use remains a major public health concern, particularly among men who have sex with men, who are at increased risk due to overlapping sexual and substance use behaviors. Although several screening tools are in use, few have been culturally adapted and validated for this population. This study aimed to translate and adapt the Drug Use Disorders Identification Test into Thai and to examine its validity and reliability.

Methods: The study included 100 Thai men who have sex with men receiving HIV prevention services at a clinic in Chiang Mai. The assessment was translated following international guidelines and reviewed by experts. Internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha, construct validity was examined through exploratory factor analysis, and concurrent validity was assessed using the AUDIT and PHQ-8.

Results: The Thai version of the assessment demonstrated a Cronbach's alpha of .77. The KMO was .60, and Bartlett's test was statistically significant. One principal factor was identified, explaining 26.7% of the total variance. However, model fit indices (RMSEA = 0.193, TLI = 0.440) were below standard thresholds, suggesting limitations in the factor structure. The test showed moderate correlations with alcohol use (r = .55) and depressive symptoms (r = .49).

Conclusion: The Thai version of the DUDIT demonstrated acceptable levels of validity and reliability for screening substance use among men who have sex with men. Although some limitations were found in the model fit, the instrument shows potential for clinical and community-based application and warrants further validation in other populations.

Keywords: substance use assessment, validity, reliability, screening tool, men who have sex with men

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders: SUDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของทั้งบุคคล ครอบครัว และสังคม ในประเทศไทยมีรายงานการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสารเสพติดผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า และยาไอซ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสังคมและสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ[1] การคัดกรองและประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดจึงเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนดูแลรักษาและป้องกัน

เครื่องมือคัดกรองที่นิยมใช้ทั่วไป ได้แก่ ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) และ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) โดย ASSIST สามารถประเมินสารหลายประเภทและความรุนแรงของปัญหาได้ แต่มีข้อจำกัดด้านความซับซ้อนและใช้เวลานาน[2] ส่วน AUDIT แม้ใช้งานง่ายและแม่นยำสำหรับพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่ไม่ครอบคลุมการใช้สารเสพติดประเภทอื่นและยังไม่มีการศึกษาถึงเหมาะสมในกลุ่มประชากรเฉพาะบางกลุ่ม ซึ่งอาจมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่แตกต่างจากประชากรอื่น เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือการใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มความสุขทางเพศ (Sexualized drug use)

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) ซึ่งพัฒนาโดย Berman และคณะ[3] เป็นแบบประเมินตนเอง 11 ข้อ สำหรับประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่ไม่รวมแอลกอฮอล์ โดยแบ่งออกเป็นพฤติกรรมการใช้สารและอาการพึ่งพา จุดเด่นของ DUDIT คือความกระชับ ใช้งานสะดวก เหมาะกับการประเมินด้วยตนเอง และสามารถปรับใช้ได้ในหลายบริบทวัฒนธรรม โดยมีหลักฐานสนับสนุนความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นจากหลายประเทศ เช่น ตุรกี เนเธอร์แลนด์ โมร็อกโกและนอร์เวย์[4-7] โดยมีการศึกษาการใช้แบบประเมินนี้ทั้งในกลุ่มเฉพาะและประชากรทั่วไป

แม้แบบประเมิน DUDIT จะมีหลักฐานยืนยันคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่ดีจากหลายประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงทางเพศ และสุขภาพจิต เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังใช้กรอบแนวคิดของการตรวจสอบคุณลักษณะทางจิตวิทยาตามแบบการประเมิน DUDIT ต้นฉบับ โดยเน้นการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency) และความตรงเชิงสัมพันธ์ (concurrent validity) กับแบบประเมินมาตรฐานอื่น กระบวนการเหล่านี้สอดคล้องกับแนวทางที่ Berman และคณะเสนอไว้ในการใช้งาน DUDIT ในบริบทข้ามวัฒนธรรม ซึ่งจะช่วยให้ผลการศึกษาสามารถเทียบเคียงกับการศึกษานานาชาติและประยุกต์ใช้ได้จริงในประเทศไทย[3,8] ยังไม่มีการศึกษาที่ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงทางเพศและสุขภาพจิต เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM)

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแปล DUDIT เป็นภาษาไทย และตรวจสอบคุณลักษณะทางจิตวิทยาของฉบับแปลในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ใช้สารเพื่อเพิ่มความสุขทางเพศและรับบริการป้องกันเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อนการสัมผัสโรค (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงจากการใช้สารร่วมกับกิจกรรมทางเพศ (sexualized drug use) การเลือกศึกษากลุ่มนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาเครื่องมือที่แม่นยำและเหมาะสมกับบริบทพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะกลุ่มในประเทศไทย ผู้จัดทำเชื่อว่าแบบประเมินนี้มีศักยภาพในการนำมาใช้

เพื่อเพิ่มความสะดวกและประโยชน์ในการดูแลกลุ่มประชากรเฉพาะ และอาจนำไปสู่การพัฒนาและประยุกต์ใช้ในประชากรทั่วไปได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อแปลและปรับแบบประเมิน Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) ให้เหมาะสมกับบริบทภาษาและวัฒนธรรมของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM)

2. เพื่อศึกษาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมิน Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) ฉบับภาษาไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างถูกรวบรวมจากคลินิกป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งดำเนินงานโดยองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่สนับสนุนด้านสุขภาพทางเพศ และสิทธิความหลากหลายทางเพศและเพศภาวะในประเทศไทย โดยวิธีการสุ่มกลุ่มสะดวก (convenience sampling) และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากแนวทางการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ซึ่งแนะนำให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5–10 เท่าของจำนวนตัวแปรที่วิเคราะห์ (11 ข้อคำถาม) และไม่ต่ำกว่า 100 คน[9] ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 100 คน ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “Sexualized drug and alcohol use among men who have sex with men and the HIV Pre-exposure prophylaxis care continuum in Thailand”[10]

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ ชายผู้เข้ารับบริการที่คลินิกป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีผลตรวจเชื้อเอชไอวีเป็นลบภายใน 1 ปีที่ผ่านมา และมาขอรับบริการเพื่อรับการประเมินในการเริ่มรับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือ เป็นผู้มาขอรับบริการยาป้องกันเชื้อเอชไอวีต่อเนื่อง มีความสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ ผู้ที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้อย่างมีสติสัมปชัญญะเนื่องจากความบกพร่องทางจิตเวชรุนแรงจะถูกตัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โครงสร้างของแบบประเมินการใช้สารเสพติด DUDIT ฉบับต้นฉบับ[3,11] ประกอบด้วย 11 ข้อ เน้นพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่ไม่รวมแอลกอฮอล์ ครอบคลุมการใช้สารเสพติด ความถี่ ปริมาณ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยในคำถาม 9 ข้อแรกจะให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุความถี่ของพฤติกรรมการใช้สาร เช่น “คุณใช้สารเสพติด นอกเหนือจากแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร” จะมีคำตอบให้เลือก 5 ลำดับขั้น ได้แก่ *“ไม่เคย, เคยเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า, 2-4 ครั้งต่อเดือน, 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์, 4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า)* และคำตอบ 2 ข้อท้าย ถามถึงผลกระทบด้านการบาดเจ็บทางกาย และความเป็นห่วงจากคนรอบตัว ตามลำดับ จะมีคำตอบให้เลือกตอบตามความถี่ 3 ลำดับขั้น ได้แก่ “ไม่เคย, เคยเกิดขึ้น ไม่เกินหนึ่งปีที่ผ่านมา, และ เคยเกินหว่าหนึ่งปีที่ผ่านมา” โดยการแปลผลในเพศชายคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไป บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่อาจเป็นอันตรายหรือมีปัญหา และคะแนนตั้งแต่ 25 ขึ้นไป บ่งชี้ถึงภาวะพึ่งพาสารเสพติด (drug dependence) ตามเกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 4 (DSM-IV) และบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10)

2. แบบประเมินมาตรฐานอื่น ได้แก่:

- AUDIT (10 ข้อ): เป็นเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก[12] เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและระบุความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา โดยแต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบ และแต่ละคำตอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดยมี

การแปลผลคะแนนรวมคือ 0–7 = การดื่มในระดับปกติหรือความเสี่ยงต่ำ, 8–12 การดื่มในระดับที่เป็นอันตรายหรือมีปัญหา และหากคะแนน ≥13 อาจบ่งชี้ถึงภาวะพึ่งพาสุรา

- PHQ-8: เป็นแบบประเมินอาการของภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยพัฒนาต่อมาจาก PHQ-9 แต่ตัดข้อคำถามข้อ 9 ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายออก เน้นอาการหลักของโรคซึมเศร้า เช่น อารมณ์ซึมเศร้า หรือ ความรู้สึกไร้ค่า สมาธิลดลง โดยให้คะแนนเป็นคำตอบแบบลำดับขั้นตั้งแต่ 0-3 ตามความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น โดยแปลผลเป็นความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คือ 0-4 ปกติ, 5-9 ซึมเศร้าเล็กน้อย, 10-14 ซึมเศร้าระดับปานกลาง, 15-19 ซึมเศร้าระดับค่อนข้างรุนแรง และ 20-24 ซึมเศร้ารุนแรง

กระบวนการแปล

กระบวนการแปลและการตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรมดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ประกอบด้วย การแปลตรงไปข้างหน้า (forward translation), การแปลกลับ (back-translation)[13], การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดสอบเบื้องต้นในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก[14] และแนวทางการแปลแบบประเมิน DUDIT ของ Karolinska Institute[8]

การแปลแบบประเมิน DUDIT จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยดำเนินการโดยนักแปลมืออาชีพ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทั้งสองภาษา และให้ความสำคัญกับบริบททางวัฒนธรรมอย่างรอบคอบ มีการตรวจสอบโดยคณะผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 ท่าน ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาไทยและมีความสามารถด้านภาษาอังกฤษ เพื่อประเมินความเทียบเท่าเชิงแนวคิดและตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา หลังจากนั้น ได้มีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยนักแปลอิสระที่มีความสามารถสองภาษา ซึ่งไม่เคยเห็นแบบประเมินต้นฉบับมาก่อน ข้อความที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างฉบับต้นฉบับและฉบับแปลกลับได้รับการวิเคราะห์และหารือร่วมกัน กระบวนการนี้ได้รับการปรับปรุงซ้ำหลายรอบ โดยมีการแปลและตรวจทานเพิ่มเติมจากคณะผู้เชี่ยวชาญ จนได้แบบประเมิน DUDIT ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบทั้งทางด้านภาษาและแนวคิดอย่างสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 10 คน ไม่พบข้อบกพร่องด้านความเข้าใจหรือเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ยของอายุ ร้อยละของการประสบความสำเร็จด้านการศึกษา โดยข้อมูลโดยรวมของประชากรแสดงในผลการศึกษาหลักที่ได้นำเสนอในการศึกษาหลักของอวิรุทธ์และคณะ[10]

ความเชื่อมั่นภายในของแบบประเมิน DUDIT ตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) และคำนวณความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามวิเคราะห์ด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) โครงสร้างของแบบประเมินวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of of Sampling Adequacy โดยค่าสถิติของไคเซอร์-ไมเยอร์-โอคิน KMO ≥ .60 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ และ Bartlett's Test of Sphericity ต้องมีนัยสำคัญ $p < .005$ จึงจะถือว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพียงพอ การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ Principal axis factoring หรือ common factor analysis เนื่องจากเหตุผลด้านจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ผล จึงไม่สามารถระบุปัจจัยแฝงได้ การศึกษา EFA ในการศึกษานี้ ใช้เทคนิค Maximum Likelihood และการหมุนแกนแบบ Oblimin สำหรับเทคนิคการสกัดองค์ประกอบ (factor extraction) ใช้ Maximum Likelihood ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถประมาณพารามิเตอร์ภายใต้สมมติฐานว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และให้ค่าประมาณที่เหมาะสมต่อการประเมินความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง เมื่อประกอบกับการหมุนแกน

แบบ Oblimin จึงสามารถวิเคราะห์โครงสร้างแฝงของแบบประเมินได้อย่างยืดหยุ่น

การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรม Jamovi เวอร์ชัน 2.3.21.0[15]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “Sexualized drug and alcohol use among men who have sex with men and the HIV Pre-exposure prophylaxis care continuum in Thailand”[10] ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ใบรับรอง 379/2022) โดยผู้เข้าร่วมได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาต่อได้ ทั้งนี้ โครงการวิจัยด้านการแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน DUDIT ฉบับภาษาไทยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ใบรับรอง EXE 0106/2025) โดยผู้เข้าร่วมทุกคนได้ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการเข้าร่วมการศึกษา เพื่อรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะถูกใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรักษาความลับของข้อมูลผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 100 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 29.3 ปี (SD = 6.2) ร้อยละ 78.0 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และร้อยละ 62 รายงานว่าเคยใช้สารเสพติดในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60 มีอาการที่เข้าได้กับภาวะติดสุรา จากการประเมิน AUDIT

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability Analysis)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (inter-item analysis) พบว่า ส่วนใหญ่ของข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นข้อที่ 8 ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะกับข้อที่ 9 เท่านั้น ค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามอยู่ที่ 0.27 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้[16] (Piedmont, 2014) นอกจากนี้ได้ทำการประเมินความเชื่อมั่นภายใน (internal reliability) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.77 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[17] (Taber, 2018) ดังนั้น เครื่องมือ DUDIT ฉบับแปลภาษาไทยจึงถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ รายละเอียดของความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแสดงไว้ใน ตารางที่ 1



ตารางที่ 1 สหสัมพันธ์ระหว่างข้อและสหสัมพันธ์ข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้แล้วของ DUDIT (n = 100)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. How often do you use drugs other than alcohol?	—										
2. Do you use more than one type of drug on the same occasion?	0.438***	—									
3. How many times do you take drugs on a typical day when you use drugs?	0.769***	0.530***	—								
4. How often are you influenced heavily by drugs?	0.354***	0.376***	0.436***	—							
5. Over the past year, have you felt that your longing for drugs was so strong that you could not resist it?	0.271**	0.316**	0.307**	0.337***	—						
6. Has it happened, over the past year, that you have not been able to stop taking drugs once you started?	0.150	0.426***	0.240*	0.281**	0.556***	—					
7. How often over the past year have you taken drugs and then neglected to do something you should have done?	0.312**	0.478***	0.468***	0.653***	0.449***	0.593***	—				
8. How often over the past year have you needed to take a drug the morning after heavy drug use the day before?	0.101	-0.034	-0.055	-0.032	-0.018	-0.021	-0.026	—			
9. How often over the past year have you had guilt feelings or a bad conscience because you used drugs?	0.450***	0.318**	0.425***	0.355***	0.263**	0.349***	0.365***	0.230*	—		
10. Have you or anyone else been hurt (mentally or physically) because you used drugs?	0.168	-0.034	0.229*	0.337***	-0.018	-0.021	-0.026	-0.010	0.230*	—	
11. Has a relative or a friend, a doctor or a nurse, or anyone else, been worried about your drug use or said to you that you should stop using drugs?	0.428***	0.301**	0.414***	0.191	0.172	0.137	0.096	-0.028	0.444***	0.382***	—

*p <.05, ** p<.01, *** p <.001, AIC; Avarage Inter-items correlation, spearman's correlation test

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจแสดงในตารางที่ 2 การทดสอบ Bartlett's test of sphericity เพื่อประเมินความเหมาะสมของขนาดตัวอย่างพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (x^2 = 420, df = 55, p < .001) และค่าดัชนีความเหมาะสมของการสุ่มตัวอย่าง (Kaiser-Meyer-Olkin: KMO) อยู่ที่ 0.60 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง[18] (Kaiser, 1974) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจดำเนินการโดยใช้วิธี Principal Axis Factoring โดยใช้เกณฑ์ของ Kaiser (ค่า Eigenvalue > 1) และการตรวจสอบ Scree plot เพื่อการตัดสินใจคงองค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่ามีเพียงหนึ่งองค์ประกอบที่มีค่า Eigenvalue มากกว่า 1 (3.08) และจากการพิจารณา Scree plot พบจุดหักอย่างชัดเจนหลังจากองค์ประกอบแรก ดังนั้นจึงเลือกเก็บรักษาเพียงหนึ่งองค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 26.7 สำหรับดัชนีความสอดคล้องของโมเดล (Model Fit Indices) พบว่าค่า RMSEA เท่ากับ 0.193 (90% CI [0.168, 0.221]) และ TLI เท่ากับ 0.440 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยค่าไคสแควร์ของโมเดลมีค่า 206 (df = 44, p < .001) สะท้อนข้อจำกัดในความสอดคล้องของโครงสร้างแฟกเตอร์กับข้อมูลเชิงประจักษ์[9]

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ของ DUDIT

	Factor 1	Uniqueness
Item 1	0.720	0.481
Item 2	0.553	0.694
Item 3	0.904	0.183
Item 4	0.674	0.546
Item 5		0.936
Item 6		0.926
Item 7	0.601	0.639
Item 8		0.999
Item 9	0.338	0.886
Item 10	0.330	0.891
Item 11	0.467	0.782

Note. The 'Maximum likelihood' extraction method was used in combination with an 'oblimin' rotation

Model Fit test

RMSEA	RMSEA 90% CI		TLI	BIC	Model Test		
	Lower	Upper			X^2	df	p
0.193	0.168	0.221	0.440	4.17	206	44	<.001

ความตรงเชิงสัมพันธ์ (Concurrent Validity)

ความตรงเชิงสัมพันธ์ได้รับการตรวจสอบโดยการเปรียบเทียบคะแนนกับเครื่องมือ PHQ-8 และ AUDIT ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในการวัดอาการซึมเศร้าและอาการผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ตามลำดับ ความตรงเชิงสัมพันธ์ได้รับการประเมินโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่าง DUDIT กับ AUDIT แบบ 11 ข้อ และระหว่าง DUDIT กับ PHQ-8 แบบ 8 ข้อ โดยคาดว่าจะพบค่าสหสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ซึ่งจะสะท้อนว่าเครื่องมือทั้งสองชุดวัดโครงสร้างเชิงแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า DUDIT มีค่าสหสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับ PHQ-8 (r = .49, p < .001, 95% CI [.31, .63]) และมีค่าสหสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับ AUDIT (r = .55, p < .001, 95% CI [.39, .67]) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า DUDIT มีความตรงเชิงสัมพันธ์ที่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการแปลและปรับแบบประเมิน DUDIT เป็นภาษาไทยแสดงถึงความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและเนื้อหาในกลุ่มเป้าหมาย โดยกระบวนการแปลแบบ forward–backward translation การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้เบื้องต้น สอดคล้องกับแนวทางการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม[8]

ค่าความเชื่อมั่นภายในของแบบประเมิน (Cronbach's alpha = .77) อยู่ในระดับเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศอื่น สนับสนุนศักยภาพของแบบประเมินในการใช้งานในหลากหลายบริบท การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) พบค่าสถิติของไคเซอร์-ไมเยอร์-โอคิน KMO เท่ากับ .60 และ Bartlett's test มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์โครงสร้างแฝง โดยพบ 1 องค์ประกอบหลักที่อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 26.7 ซึ่งเหมาะสมในบริบทของการศึกษาเบื้องต้น ทั้งนี้ งานวิจัยในอนาคตควรใช้ Confirmatory Factor Analysis (CFA) และตัวชี้วัด เช่น RMSEA เพื่อยืนยันโครงสร้างของแบบประเมิน อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากผลการศึกษาในการทำ inter-item correlation พบว่ามีบางข้อที่มีค่าเกิน 0.6 ซึ่งอาจเสี่ยงต่อปัญหา multicollinearity หรือความซ้ำซ้อนเกินไป (items redundant) บ่งชี้ว่าแบบทดสอบซ้ำซ้อน ไม่ได้วัดมิติที่หลากหลายอย่างที่ตั้งใจ ดังนั้น ผู้วิจัยควรพิจารณาร่วมกับค่า internal consistency ด้วยการวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha ซึ่งในการศึกษานี้ได้ 0.77 และอาจพิจารณาใช้ Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เพื่อประเมินความสอดคล้องในระดับที่ละเอียดขึ้นในอนาคต สำหรับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจที่พบองค์ประกอบเดียว แต่ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องของโมเดล (RMSEA, TLI และ chi-square) กลับชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างของแบบประเมินยังไม่เหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าพึงพอใจ จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงแบบประเมินเพิ่มเติม เช่น การพิจารณาโครงสร้างแฟกเตอร์ทางเลือก การปรับลดหรือปรับปรุงข้อคำถาม และการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

DUDIT แสดงความสัมพันธ์ระดับสูงกับ AUDIT (r = .55) และระดับปานกลางกับ PHQ-8 (r = .49) สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเสพติดกับภาวะทางจิตใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แม้แบบประเมินนี้ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคจิตเวชโดยตรง แต่สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในบริการสุขภาพจิตชุมชนได้อย่างเหมาะสม ค่าสถิติของไคเซอร์-ไมเยอร์-โอคินที่อยู่ในระดับเริ่มต้นของเกณฑ์ที่ยอมรับได้ อาจสะท้อนความซับซ้อนของข้อมูลในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและเปิดโอกาสให้มีการศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้นในอนาคต เพื่อเสริมความแข็งแรงของโครงสร้างแบบประเมิน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับบริการป้องกันเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อนการสัมผัสโรค (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) อาจมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น ซึ่งควรได้รับการศึกษาต่อยอด

แม้ DUDIT จะไม่ได้ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคจิตเวชโดยตรง แต่ความสัมพันธ์กับ PHQ-8 สะท้อนศักยภาพในการเป็นจุดเริ่มต้นของการคัดกรองสุขภาพจิตร่วมโดยเฉพาะเมื่อใช้ควบคู่กับเครื่องมือเฉพาะทางในระบบดูแลแบบเป็นขั้นตอน การนำ DUDIT ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพสามารถทำได้ผ่านแนวทางคัดกรองแบบเป็นขั้นตอน โดยเจ้าหน้าที่ในคลินิกป้องกันเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อนการสัมผัสโรค (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) หรือชุมชนสามารถใช้เป็นเครื่องมือเบื้องต้นในการประเมินความเสี่ยง ก่อนส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่กระบวนการประเมินที่ละเอียดขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลกลุ่มประชากรเปราะบาง

โดยสรุป DUDIT ฉบับภาษาไทยมีความเหมาะสมทั้งด้านภาษา เนื้อหา และคุณลักษณะทางจิตวิทยาเหมาะสำหรับใช้คัดกรองปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเฉพาะในบริบทของคลินิกป้องกันเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อนการสัมผัสโรค (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) คลินิคสุขภาพจิตหรือโครงการเชิงรุกในชุมชน และควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความแม่นยำในบริบทของประเทศไทย หากผลการศึกษานี้ได้รับการขยายผลสู่ระดับนโยบาย อาจนำไปสู่การบรรจุ DUDIT เป็นเครื่องมือคัดกรองมาตรฐานในกลุ่มประชากรเฉพาะ ช่วยให้ตรวจพบปัญหาเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ และลดภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง

สรุปผลการวิจัย

แบบประเมิน DUDIT ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและวัฒนธรรม และผ่านการตรวจสอบคุณลักษณะทางจิตวิทยาเบื้องต้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเข้ารับบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) โดยพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นภายในในระดับที่เหมาะสม และมีโครงสร้างปัจจัยที่ชัดเจนจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล (model fit indices) เช่น ค่า RMSEA และ TLI บ่งชี้ว่าโครงสร้างโมเดลยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่น่าพึงพอใจนัก ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงแบบประเมินเพิ่มเติม ทั้งนี้ แบบประเมินดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์ในระดับที่น่าพอใจกับแบบประเมินมาตรฐานอื่น สนับสนุนความตรงเชิงสัมพันธ์ และมีศักยภาพในการนำไปใช้คัดกรองเบื้องต้นในบริบทคลินิกและชุมชนในประเทศไทย โดยควรมีการศึกษาต่อยอดในประชากรกลุ่มอื่นเพื่อยืนยันความเที่ยงตรงและปรับปรุงโครงสร้างเพิ่มเติมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจาก Fogarty International Center แห่งสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (NIH) ภายใต้รหัสทุน D43TW009343 และ University of California Global Health Institute (UCGHI) เนื้อหาในบทความนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียวและไม่ได้เป็นการแสดงถึงความคิดเห็นหรือจุดยืนของ NIH หรือ UCGHI

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานคลินิกเอ็มพลัสเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนด้านการเก็บข้อมูลและการเข้าถึงกลุ่มประชากรเฉพาะซึ่งช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สามารถเข้าใจพฤติกรรมการใช้สารที่สัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศได้ดียิ่งขึ้น งานวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024: Key Findings and Conclusions [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 29]. Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Key_findings_and_conclusions.pdf

2. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction [Internet]. 2002;97(9):1183–94. Available from: http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

3. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. Eur Addict Res [Internet]. 2005;11(1):22–31. Available from: http://dx.doi.org/10.1159/000081413

4. Evren C, Ogel K, Evren B, Bozkurt M. Psychometric properties of the Turkish versions of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in the prison setting. J Psychoactive Drugs [Internet]. 2014;46(2):140–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2014.887162

5. Hildebrand M, Noteborn MGC. Exploration of the (interrater) reliability and latent factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in a sample of Dutch probationers. Subst Use Misuse [Internet]. 2015;50(10):1294–306. Available from: http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2014.998238

6. Sfendla A, Zouini B, Lemrani D, Berman AH, Senhaji M, Kerekes N. Psychometric properties of the Arabic version of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in clinical, prison inmate, and student samples. Int J Behav Med [Internet]. 2017;24(2):280–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s12529-016-9623-2

7. Pape H, Lobmaier P, Bukten A. An evaluation of eight short versions of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT). A prison population study. Drug Alcohol Depend Rep [Internet]. 2022;3:100043. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100043

8. erman AH, Palmstierna T, Schlyter F, Bergman H. Guidelines for Translation of the DUDIT into other languages [Internet]. Karolinska Institutet; 2006 [cited 2025 Apr 29]. Available from: https://www.euda.europa.eu/system/files/media/attachments/documents/12173/Guidelines%20for%20Translation%20of%20the%20DUDIT%20into%20other%20languages.pdf

9. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Pract Assess Res Eval. 2005;10(7):1–9.

10. Oon-arom A, Grelotti D, Srithanaviboonchai K, Angurawaranont C, Larkins S, Lee SJ. PrEP and the other drugs: Sexualized alcohol and drugs use among men who have sex with men and the HIV PrEP care continuum in Thailand: A mixed method study [poster presentation]. 2024 NIDA International Forum, Montreal, Canada [cited 2025 Apr 29].

11. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorders Identification Test. PsycTESTS Dataset. American Psychological Association; 2016.

12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2001.

13. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. J Cross Cult Psychol [Internet]. 1970;1(3):185–216. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/135910457000100301

14. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 29]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

15. The jamovi project. jamovi (Version 2.3.21.0) [Computer software]. Sydney, Australia: The jamovi project; 2024 [cited 2025 Apr 29]. Available from: https://www.jamovi.org

16. Piedmont RL. Inter-item Correlations. In: Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 3303–4.

17. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. Res Sci Educ [Internet]. 2018;48(6):1273–96. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2

18. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. Psychometrika [Internet]. 1974 [cited 2025 Apr 29];39(1):31–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/bf02291575

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย

Effects of motivational counseling program on knowledge, attitude and drug refusal among prisoners in Loei Province

สุนทรียา ธีปนรัชต์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Soontariya Theepanarat
Professional Nurse, Mental Health and Drug Addiction Group.
Loei Provincial Public Health Office.

วันที่รับ 17 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข 23 เมษายน 2568, วันที่ตอบรับ 29 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธยาเสพติด และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเลิกเสพและความต้องการบำบัดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ติดสารเสพติดที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการเสพยา และแบบสอบถามความพร้อมในการเลิกเสพและความต้องการบำบัดสารเสพติด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกการเสพยาเสพติด พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยภายใต้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and Diclemente (ปี ค.ศ. 2006) โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง บำบัดครั้งละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติค่าที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธยา และความพร้อมในการเลิกเสพและความต้องการบำบัดสารเสพติดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

คำสำคัญ: ผลของโปรแกรม, การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This is a quasi-experimental research of one group, pre- and post-test. The purpose of this study is to study the effects of motivational counseling on knowledge, attitude, self-efficacy in refusing drugs, and readiness to change and quit drugs and the need for drug treatment. The sample group is 50 drug addicts who were specifically selected to participate in the research according to the specified qualifications. The instruments used in the study include the data collection tools, consisting of a general information questionnaire, a knowledge questionnaire, an attitude questionnaire toward preventing drug relapse, a self-efficacy perception questionnaire in refusing drugs, and a readiness to quit drugs and the need for drug treatment. The instrument used in the experiment is a counseling program to enhance motivation to quit drugs, developed by the research team under the theory of behavioral change stages of Prochaska and Diclemente (1986). The program consists of 8 activities, 45-60 minutes per treatment, once a week for 8 weeks. Data were collected between August and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics and t-statistics. The results of the study found that the sample group had average knowledge before and after the counseling program to enhance motivation to change drug use behavior. There was a statistically significant difference at the .05 level ($p<.000$). After joining the program, the sample group had higher knowledge, attitudes toward preventing drug relapse, perceived ability to refuse drugs, and readiness to quit drug use and desire for drug treatment than before joining the program.

Keywords: Effects of the program, motivational counseling, drug addicts

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดนับเป็นปัญหาวิกฤตของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่หยั่งรากลึกมานาน และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งทางด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคล จำนวนมากจากการใช้ยาเสพติด และพบปัญหาอาชญากรรมเพิ่มมากขึ้น และปัญหาเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากสถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ สำรวจ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 พบว่า มีผู้ต้องขังคดียาเสพติด 204,411 คน จำแนกเป็นเพศชาย 181,403 คน เพศหญิง 23,008 คน[1] ซึ่งจากจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทั้งประเทศ 213,024 ราย ได้รับการคัดกรอง 196,895 ราย เข้ารับการบำบัดรักษา 189,427 คน เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรักษาคดียาเสพติดกระทรวงยุติธรรมระบบต้องโทษ 30,145 ราย เพศชาย 26,730 บาท คิดเป็นร้อยละ 88.67 เพศหญิง 3,415 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.33 ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดกลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี 9,023 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.93 รองลงมากลุ่มอายุ 30 – 34 ปี จำนวน 5,437 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.04 และระหว่าง 25 - 29 ปี จำนวน 5,036 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.71 กลุ่มอาชีพรับจ้าง มากที่สุด 16,202 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.75 รองลงมากลุ่มอาชีพว่างงาน 6,098 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.23 และการเกษตร 3,621 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.01 ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า 26,295 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.23 รองลงมาเป็นยาไอซ์ 1,374 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.56 เป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูของกรมราชทัณฑ์ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน 17,757 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.91[2] และจากสถิติสถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ต้องขังคดียาเสพติดจังหวัดเลย ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้ต้องขังคดียาเสพติด

เข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 135 ราย เพศชาย 132 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.78 เพศหญิง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.22 จำแนกตามกลุ่มอายุมากที่สุด อายุมากกว่า 39 ปี 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.52 รองลงมากลุ่มอายุกลุ่ม 30 – 34 ปี 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.26 และระหว่าง 18 – 24 ปี 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.85 ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.52 รองลงมาเป็นกัญชา 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.48[3]

นโยบายการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบัน รัฐบาลได้นำนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดบรรจุไว้เป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดเป็นแนวนโยบายที่สำคัญเร่งด่วนในการบริหารราชการแผ่นดิน ให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติด ตั้งแต่ปี 2565 จนถึงปัจจุบัน ทั้งในระบบสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุข และระบบต้องโทษในเรือนจำ กรมราชทัณฑ์ โดยกระทรวงยุติธรรมได้มีคำสั่งให้ดำเนินการคัดกรองบำบัดรักษาผู้ต้องขังคดียาเสพติดที่มีคุณสมบัติตามที่กรมราชทัณฑ์กำหนดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบชุมชนบำบัด หลักสูตร 4 เดือนต่อหลักสูตร 12 วัน สำหรับผู้ต้องขังคดียาเสพติดก่อนพ้นโทษ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) และระบบข้อมูลผู้ต้องขัง (รท. 101) ซึ่งในรูปแบบการบำบัดกรมราชทัณฑ์มีความยืดหยุ่นในโปรแกรม สามารถปรับกิจกรรมบำบัดในบางกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ต้องขังในพื้นที่จังหวัดเลยก็มีการปรับระบบการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ต้องขัง โดยมีการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดที่สร้างขึ้นเพื่อรับมือกับการเสพติด โดยเน้นให้ผู้มารับบริการเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ผ่านกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ในขณะนี้คืออะไร จากนั้นจึงร่วมกันวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ ตั้งเป้าหมาย จัดการความคิดความรู้สึกและวางแผนร่วมกันเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหานั้น โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการบำบัด ผู้รับบริการจะได้ข้ามผ่านขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change) ตั้งแต่ขั้นที่อาจจะไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาเลย ไปสู่การรับรู้ปัญหา การตั้งมั่นเตรียมพร้อม จนในที่สุดก็ลงมือจัดการเปลี่ยนแปลงตนเอง และทำให้ผลการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากนี้ผู้รับบริการจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้และพยายามที่จะไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำอีก[4] ตลอดจนเป็นการทำให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างของการเสพยา กับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบันคือไม่เสพยาว่าเป็นอย่างไร หน้าตาสดชื่น ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดีขึ้น เพิ่มความแข็งแรงทางสุขภาพจิต จิตใจเข็มแข็ง สร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงของเขา ที่สำคัญคือมุ่งหวังให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งในโปรแกรมที่สร้างขึ้นภายใต้กระบวนการกลุ่มและหลักสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อประเมินผลของโปรแกรม การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้ต้องขังคดียาเสพติดเพื่อให้ความรู้ ทัศนคติ และสามารถปฏิเสธยาเสพติดได้เมื่อพ้นโทษ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำ จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธยาเสพติด แบบสอบถามวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติด ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่างวิจัย เป็นผู้ที่ติดยาเสพติดในเรือนจำที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้ต้องขังคดียาเสพติด สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้ทุกครั้ง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเป็นผู้ที่มีการรับรู้ปกติ ไม่มีอาการทางจิตประสาท สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เป็นผู้ขาดการมาร่วมกิจกรรมบำบัดในระหว่างร่วมโครงการวิจัย 2 ครั้ง มีอาการทางจิตควบคุมไม่ได้ เป็นผู้ต้องขังคดีที่ยังไม่พิพากษา เป็นผู้ต้องขังก่อนพ้นโทษ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลระหว่าง สิงหาคม – ธันวาคม ในปีงบประมาณ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำ จังหวัดเลย แบบสอบถามชนิดคำถามแบบปิด (Closed Response Questions) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย พักอาศัย ภาวะสุขภาพ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วย การเสพยาเสพติดครั้งแรก สาเหตุที่ลองใช้ยาเสพติด ประเภทของยาเสพติดที่ใช้ บุคคลที่อยู่รอบตัวและใกล้ชิด การเข้ารับการบำบัดรักษา โอกาสกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ระดับดีมาก, ร้อยละ 60 – 79 ระดับดี, ร้อยละ 40 – 59 ระดับปานกลาง ต่ำกว่าร้อยละ 40 ระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการไม่เสพยา โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิด Webber[5] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 1.) ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 7 ข้อ (Cognitive) 2.) ด้านความรู้สึก (Affective) จำนวน 7ข้อ 3.) ด้านปฏิบัติ (Behavioral) จำนวน 6 ข้อ รวมข้อทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถาม เชิงบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 15, 16, 17, 18, 19 และ 20 ข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 10, 11, 12, 13 และ 14 มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scales) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	4 คะแนน

คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 20 - 80 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงการเสพยา จากนั้นกำหนดเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนที่ได้		การมีทัศนคติ
คะแนน 61 - 80	หมายถึง	สูง
คะแนน 41 - 60	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนน 20 - 40	หมายถึง	ต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการเสพยา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองในการปฏิเสธการเสพยาในสถานการณ์ต่างๆ วัดโดยแบบสอบถามของยัง (Young) และคณะ เป็นการวัดความมั่นใจ หรือความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะปฏิเสธการเสพยาในโอกาสต่าง ๆ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

มั่นใจอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
ค่อนข้างมั่นใจ	ให้คะแนน	3
ค่อนข้างไม่มั่นใจ	ให้คะแนน	2
ไม่มั่นใจเลย	ให้คะแนน	1

คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 17 – 68 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการเสพยามาก จากนั้นกำหนดเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนที่ได้		การมีทัศนคติ
คะแนน 52 - 68	หมายถึง	สูง
คะแนน 35 – 51	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนน 17 - 34	หมายถึง	ต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติด Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, (SOCRATES-8D) ของมิลเลอร์ และโทนิแกน (Miller & tonigan)[6] ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับ จำนวน 7 ข้อ ด้านความลังเล จำนวน 4 ข้อ และด้านการลงมือทำ จำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิดความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อได้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนน

ด้านความตระหนัก (recognition)

7 – 28	หมายถึง	ต่ำมาก
29 – 51	หมายถึง	ต่ำ
32 – 34	หมายถึง	ปานกลาง
35	หมายถึง	สูง

ด้านความลังเลใจ (ambivalence)

4 – 11	หมายถึง	ต่ำมาก
12 – 14	หมายถึง	ต่ำ
15 – 16	หมายถึง	ปานกลาง
17 – 18	หมายถึง	สูง
19 - 20	หมายถึง	สูงมาก

ด้านการลงมือทำ (taking steps)

8 – 29	หมายถึง	ต่ำมาก
30 - 32	หมายถึง	ต่ำ
33 - 35	หมายถึง	ปานกลาง
36 - 38	หมายถึง	สูง
39 – 40	หมายถึง	สูงมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คือ โปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา[7] ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที โดยมีการใช้สื่ออุปกรณ์ และวิธีการประเมินการบำบัด ได้แก่

ครั้งที่ 1 เตรียมความพร้อมในการเลิกยาเสพติด
ครั้งที่ 2 สร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด
ครั้งที่ 3 เส้นทางและขั้นตอนการเลิกยาเสพติด
ครั้งที่ 4 การจัดการกับปัญหาและสถานการณ์เสี่ยง
ครั้งที่ 5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลิกยาเสพติด
ครั้งที่ 6 ประโยชน์ของการเลิกยาเสพติด
ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างพลังชีวิต
ครั้งที่ 8 การป้องกันการเสพยาซ้ำ

พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย โดยประยุกต์ตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (The Transtheoretical Model; TTM) พัฒนาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and Diclemente[8] เป็นรูปแบบกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม

1. ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความชัดเจนความครอบคลุมและความตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัยและนำข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

2. หลังการปรับปรุงแก้ไข มีค่า IOC มากกว่า 0.9 ทุกข้อคำถาม และ ค่า IOC รวม มากกว่า 0.9 นำชุดแบบประเมินความรู้ และแบบสอบถามไปทดลองใช้วัดความรู้ผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 24 คน ที่เป็น ผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษาก่อนหน้านี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.759 (KR-20)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยคำนวณหาค่าทางสถิติ ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการเสพยา แบบสอบถามวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติด การรับรู้ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้ Pair-Test dependent ในการทดสอบสมมติฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร (N = 50)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	100
อายุ		
20 – 30 ปี	4	8.0
31 – 40 ปี	30	60.0
41 – 50 ปี	11	22.0
51 – 60 ปี	3	6.0
60 ปีขึ้นไป	2	4.0
ศาสนา		
พุทธ	50	100
สถานภาพสมรส		
โสด	28	56.0
สมรส	16	32.0
หม้าย	3	6.0
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	6.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	6.0
ประถมศึกษา	12	24.0
มัธยมศึกษา	30	60.0
อาชีวศึกษา	2	4.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	2.0
ปริญญาตรี	2	4.0
อาชีพ		
ว่างงาน	2	4.0
ค้าขาย	5	10.0
รับจ้าง	22	44.0
เกษตร	20	40.0
ข้าราชการ	1	2.0
รายได้		
น้อยกว่า 1,000 บาท	3	6.0
1,001 – 3,000 บาท	11	22.0
3,001 – 5,000 บาท	7	14.0
5,001 – 10,000 บาท	19	38.0
10,001 – 20,000 บาท	8	16.0
มากกว่า 20,000 บาท	2	4.0

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย		
ครอบครัว (พี่/น้อง/บิดา/มารดา)	24	48.0
สามี/ภรรยา (คนรัก)	19	38.0
เพื่อน	1	2.0
คนเดียว	6	12.0
ภาวะสุขภาพ		
แข็งแรงดี	48	96.0
เจ็บป่วย	2	4.0

ตารางที่ 2 ประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด (N = 50)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุเริ่มเสพยาครั้งแรก		
10 – 20 ปี	13	26.0
20 – 30 ปี	29	58.0
30 – 40 ปี	4	8.0
มากกว่า 40 ปี	4	8.0
สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก		
เพื่อนชวน	22	44.0
อยากลอง	21	42.0
ความสนุกสนาน	2	4.0
ช่วยงานอาชีพ	5	10.0
ยาเสพติดที่ใช้ก่อนต้องขัง		
บุหรี่	9	18.0
สุรา	1	2.0
ยาบ้า	38	76.0
Multiple drug	2	4.0
บุคคลใกล้ชิดที่ใช้ยาเสพติด		
บิดา / มารดา / ผู้ปกครอง	7	14.0
พี่ - น้อง	1	2.0
คู่รัก/สามี/ภรรยา	4	8.0
เพื่อน	32	64.0
ไม่มี	6	12.0
เคยเข้ารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษายาเสพติด		
ไม่เคย	38	76.0
จำนวน 1 ครั้ง	6	12.0
จำนวน 2 ครั้ง	4	8.0
มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	2	4.0
โอกาสกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ		
ไม่มี	44	88.0
มี	6	12.0

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา (n = 50)

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับ	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับ
1. ข้อใดคือความหมายยาเสพติด	10 (20)	ควรปรับปรุง	27 (54)	ปานกลาง
2. ลักษณะที่สำคัญของยาเสพติด ข้อใดผิด	19 (38)	ควรปรับปรุง	36 (72)	ดี
3. คนที่ติดสิ่งเสพติด เมื่อไม่ได้เสพจะมีอาการอย่างไร	18 (36)	ควรปรับปรุง	28 (56)	ปานกลาง
4. ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี เป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์อย่างไรต่อระบบประสาท	32 (64)		42 (84)	ดีมาก
5 .ยาเสพติดจำแนกตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท มีกี่ประเภท อะไรบ้าง	6 (12)	ควรปรับปรุง	28 (56)	ปานกลาง
6. ข้อใดเป็นตัวกระตุ้นภายนอกทั้งหมด	15 (30)	ควรปรับปรุง	31 (62)	ดี
7. วิธีหยุดความคิดไม่ให้อยากยา คือข้อใด	17 (34)	ควรปรับปรุง	30 (60)	ดี
8. ข้อใดคือหลักการหลีกเลี่ยงยาเสพติด	22 (44)	ปานกลาง	45 (90)	ดีมาก
9. ข้อใดเป็นการหลีกเลี่ยงตนเองจากยาเสพติดให้โทษ	35 (70)	ดี	43 (86)	ดีมาก
10. ผู้ติดสิ่งเสพติดประเภทเฮโรอีนหรือมอร์ฟีน มักชอบสวมเสื้อแขนยาวเพราะอะไร	37 (74)	ดี	48 (96)	ดีมาก
รวม	**21.1 (42.2)**	**ปานกลาง**	**35.8 (71.6)**	**ดี**

จากตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยยาเสพติดในเรือนจำที่ตอบแบบสอบถาม มีระดับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา อยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกเฉลี่ย ร้อยละ 42.2) เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วย ระดับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด อยู่ในระดับควรปรับปรุง มีเพียงข้อคำถามเรื่องการหลีกเลี่ยงตนเองจากยาเสพติดให้โทษ และข้อคำถามว่าผู้ติดสิ่งเสพติดประเภทเฮโรอีนหรือมอร์ฟีน มักชอบสวมเสื้อแขนยาวเพราะอะไร ตอบได้ถูกต้องจำนวนมากถึงร้อยละ 70 ขึ้นไป ระดับความรู้ดี

ในส่วนระดับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา อยู่ในระดับดี (ตอบถูกเฉลี่ย ร้อยละ 71.6) เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปในทุกข้อคำถาม จำแนกเป็น ระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 3 ข้อ ระดับความรู้ดี จำนวน 3 ข้อ และระดับความรู้ดีมาก จำนวน 4 ข้อ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา (n = 50)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	5.78	1.582	7.76	1.598	11.170	< 0.001*

จากตารางที่ 4 ความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยยาเสพติดในเรือนจำมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมหลังโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา

ตารางที่ 5 ทัศนคติต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา (n = 50)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน – หลังเข้าโปรแกรมฯ
	X	SD	X	SD	
1. การใช้ยาเสพติดมีผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ	2.86	0.700	3.54	0.613	เพิ่มขึ้น
2. การติดสารเสพติดนั้นง่าย แต่การรักษาให้หายขาดนั้นยาก	2.82	0.595	3.46	0.542	เพิ่มขึ้น
3. การติดยาเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเหมือนโรคทั่วไป สามารถรักษาได้	2.28	0.496	3.18	0.550	เพิ่มขึ้น
4. สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดมีหลายอย่าง	2.30	0.614	3.18	0.596	เพิ่มขึ้น
5. ถ้าเพื่อนชวนไปเสพยา ท่านจะปฏิเสธไม่ไป	2.44	0.577	3.04	0.493	เพิ่มขึ้น
6. การได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดเป็นสิ่งสำคัญในการเลิกยา	2.98	0.377	3.66	0.626	เพิ่มขึ้น
7. การมีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยปรึกษาได้ทุกเรื่อง	2.30	0.614	3.02	0.795	เพิ่มขึ้น
8. การใช้ยาบ้าช่วยให้เข้าสังคมได้ง่ายขึ้น	2.94	0.866	2.14	0.808	ลดลง
9. ท่านหลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด	2.46	0.645	2.94	0.550	เพิ่มขึ้น
10. ชอบไปเที่ยวสถานบันเทิง รวมกลุ่มสังสรรค์กับเพื่อน	2.80	0.638	2.78	0.545	ลดลง
11. ถ้าต้องการทำงานให้ได้มากขึ้น ควรกินยาบ้า (แอมเฟตามีน)	2.44	0.643	2.10	0.886	ลดลง
12. ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ	3.12	0.558	3.12	0.824	คงเดิม
13. การเสพยาเสพติดเป็นครั้งคราว ไม่ทำให้เกิดการติดยา	3.14	0.700	2.64	0.942	ลดลง
14. การเสพยาก่อนมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีความสุขมากขึ้น	3.06	0.018	2.60	0.808	ลดลง
15. ผู้ป่วยยาเสพติดเป็นบุคคลที่ควรให้การดูแลช่วยเหลือ	3.12	0.385	3.26	0.565	เพิ่มขึ้น
16. ผู้ป่วยยาเสพติดควรได้รับโอกาสในการแก้ไขข้อผิดพลาด	3.14	0.606	3.30	0.544	เพิ่มขึ้น
17. การให้อภัยมีความสำคัญต่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย	3.26	0.899	3.40	0.700	เพิ่มขึ้น
18. การใช้ยาเสพติดทำลายอนาคต	2.82	0.825	3.36	0.942	เพิ่มขึ้น
19. ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถกลับตัวเป็นคนดีได้	3.16	0.421	3.54	0.542	เพิ่มขึ้น
20. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ตัดสินใจเลิกยาควรชื่นชมให้กำลังใจ	3.14	0.404	3.58	0.538	เพิ่มขึ้น

จากตารางที่ 5 ทัศนคติต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา พบว่าหลังการให้โปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา ผู้ป่วยยาเสพติดในเรือนจำมีทัศนคติต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา ทั้งในข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ (ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม)

ตารางที่ 6 การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา (n = 50)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน - หลังเข้าโปรแกรมฯ
	X	SD	X	SD	
1. เวลาโกรธ	3.46	0.838	3.20	0.782	ลดลง
2. รู้สึกเหงา เศร้า	3.28	0.812	3.28	0.735	คงเดิม
3. รู้สึกกดดัน	3.48	0.735	3.36	0.722	ลดลง
4. เหนื่อยล้า	3.52	0.677	3.52	0.677	คงเดิม
5. เบื่อหน่าย	3.42	0.641	3.36	0.642	ลดลง
6. อารมณ์รักใคร่	3.44	0.836	3.24	0.797	ลดลง
7. ถูกวิจารณ์ ถูกจับผิด	3.54	0.734	3.46	0.734	ลดลง
8. คิดว่าเสพนิดเดียวไม่เป็นไร	3.28	0.904	3.20	0.904	ลดลง
9. เครียดจากการทำงาน	3.42	0.702	3.26	0.702	ลดลง
10. รู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง	3.36	0.692	3.36	0.693	คงเดิม
11. อยู่บ้านคนเดียว	3.44	0.760	3.20	0.760	ลดลง
12. มีสุราและยาเสพติดในบ้าน	3.44	0.812	3.28	0.812	ลดลง
13. มีคนคะยั้นคะยอให้เสพ	3.30	0.886	3.20	0.886	ลดลง
14. เพื่อนที่เคยเสพยามาหาที่บ้าน	3.32	0.767	3.04	0.638	ลดลง
15. อยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์	3.36	0.802	3.36	0.802	คงเดิม
16. กลับไปอยู่ในชุมชนเดิม	3.42	0.672	3.16	0.584	ลดลง
17. งานบุญเทศกาลประจำปีในหมู่บ้าน	3.28	1.010	3.20	0.011	ลดลง

จากตารางที่ 6 การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธยาหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา พบว่า หลังการให้โปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา ผู้ป่วยยาเสพติดในเรือนจำมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธยาเสพติดได้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปฏิเสธ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาลดลง

ตารางที่ 7 แบบสอบถามวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติด Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, (SOCRATES-8D)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน - หลังเข้าโปรแกรมฯ
	X	SD	X	SD	
R ด้านการยอมรับ (Recognition)					
R1. ฉันต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของฉันอย่างจริงจัง	2.90	0.614	3.50	0.909	เพิ่มขึ้น

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน - หลังเข้าโปรแกรมฯ
	X	SD	X	SD	
R3. ถ้าฉันไม่หยุดหรือลดการใช้สารเสพติดเร็ว ๆ นี้ ปัญหาของฉันก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น	2.88	0.594	3.64	0.802	เพิ่มขึ้น
R7. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด	2.88	0.627	3.34	0.717	เพิ่มขึ้น
R10. ฉันมีปัญหารุนแรงกับการใช้สารเสพติด	2.86	0.535	3.60	0.639	เพิ่มขึ้น
R12. การใช้สารเสพติดของฉันเป็นต้นเหตุของอันตรายต่าง ๆ	2.84	0.650	3.78	0.465	เพิ่มขึ้น
R15. ฉันทราบดีว่า ฉันมีปัญหาการใช้สารเสพติด	2.82	0.661	3.86	0.408	เพิ่มขึ้น
R17. ฉันเป็นผู้ติดสารเสพติด	2.48	0.839	3.56	0.733	เพิ่มขึ้น
A ด้านความลังเล (Ambivalence)					
A2. บางเวลาฉันสงสัยตัวเองว่าเป็นผู้ติดสารเสพติดหรือไม่	2.66	0.717	3.66	0.557	เพิ่มขึ้น
A6. บางครั้งฉันสงสัยตัวเองว่าได้ทำร้ายคนอื่นเมื่อใช้สารเสพติด	2.62	0.780	3.38	0.725	เพิ่มขึ้น
A11. บางครั้งฉันสงสัยอยู่ว่าฉันอยู่ภายใต้อำนาจของสารเสพติด	3.00	0.535	3.54	0.788	เพิ่มขึ้น
A16. มีบ่อยครั้งที่ฉันสงสัยว่าตัวฉันเองใช้สารเสพติดมากเกินไป	3.00	0.535	3.54	0.542	เพิ่มขึ้น
T ด้านกำลังลงมือทำ(Taking steps)					
T4. ฉันได้เริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของฉัน	2.98	0.515	3.76	0.591	เพิ่มขึ้น
T5. ถึงแม้ว่าฉันจะใช้สารเสพติดมาแล้วอย่างหนักในแต่ละครั้ง แต่ฉันก็สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้	2.96	0.533	3.50	0.544	เพิ่มขึ้น
T8. ฉันไม่เพียงแค่คิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด แต่ฉันกำลังเตรียมพร้อมที่จะลงมือได้ลงมือทำอะไรบางอย่าง	2.94	0.550	3.86	0.405	เพิ่มขึ้น
T9. ฉันได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดของฉันแล้ว และฉันกำลังหาทางป้องกันการกลับไปสู่การใช้แบบเดิมอีกด้วย	3.16	0.468	3.74	0.565	เพิ่มขึ้น
T13. ขณะนี้ฉันกำลังพยายามอย่างจริงจังในการลดหรือเลิกการใช้สารเสพติด	3.08	0.535	3.14	0.396	เพิ่มขึ้น
T14. ฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปสู่ปัญหาการใช้สารเสพติดที่เคยประสบมาก่อน	3.08	0.488	3.08	0.488	คงเดิม
T18. ฉันพยายามอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของฉัน	3.08	0.396	3.16	0.468	เพิ่มขึ้น
T19. ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างแล้วเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของฉันและฉันต้องการความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการหวนกลับไปใช้เหมือนที่ฉันเคยใช้มาก่อน	3.04	0.450	3.14	0.535	เพิ่มขึ้น

จากตารางที่ 7 แบบสอบถามวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติด Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, (SOCRATES-8D) พบว่า หลังการให้โปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา ผู้ป่วยยาเสพติดในเรือนจำมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยา และเมื่อพิจารณาจากข้อคำถามด้านการยอมรับ (Recognition) ด้านความลังเล (Ambivalence) และด้านกำลังลงมือทำ (Taking steps) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยหลังการให้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมฯ

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิเสธยาเสพติดในผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มอายุระหว่าง 31 – 40 ปี เสพยาเสพติดประเภทยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) มากที่สุด ร้อยละ 76 และเสพยาเสพติดครั้งแรกในช่วงอายุ 20 - 30 ปี โดยเพื่อนชวน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งใช้ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) มากที่สุด รองลงมาเป็นกัญชา พืชกระท่อม และไอซ์ ตามลำดับ และสาเหตุที่ใช้เสพยาเสพติดครั้งแรก เนื่องจากเพื่อนชวน รองลงมาคือ อยากทดลอง[9]

ความพยายามในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีหนึ่งที่ค่อนข้างมีประสิทธิผลที่ดี แต่ยังคงจำกัดในกลุ่มคนเฉพาะกลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่จำกัดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 อำเภอศรีราชา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 18 กระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดชลบุรี[10] การศึกษาผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรม ในผู้ป่วยติดบุหรี่ กรณีศึกษา คลินิกบำบัดผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น[7] การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ[11] ทุกการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความรู้ ทัศนคติและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น โดยการศึกษาทั้งหมดล้วนมีประสิทธิผลที่เป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ต้องขังในเรือนจำ มีประสิทธิผลที่ดีในการลดการใช้ยาและสารเสพติดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ผู้สนใจสามารถนำผลการวิจัยและข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดในเรือนจำอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น สามารถอ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมราชทัณฑ์. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: /https:// www.correct.go.th/rt103pdf/report_index.php?report=drug.

2. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: /https:// antidrug.moph.go.th/report/normal.

3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: /https:// antidrug.moph.go.th/report/normal.

4. นฤมล อารยะพิพัฒน์. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI). ใน: การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tyrkk.go.th/center/media/kunena/attachments/583/MotivationalInterviewing.

5. โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์. แบบประเมินขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาปัญหาการเสพติดStage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, (SOCRATES-8D). อุดรธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรม การแพทย์; 2567.

6. Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessingdrinkers' motivation for change: The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). Psychology of addictive behaviors, 10, 81-89.

7. กนกวรรณ บุญประสิทธิ์, สุกรรณ์ยา งามชัด และจีระภา ช้างน้อย. ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยติดบุหรี่ กรณีศึกษา คลินิกบำบัดผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์; 2563.

8. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles

9. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานข้อมูลการสำรวจในภาคะวันออกเฉียงเหนือ เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคะวันออกเฉียงเหนือ. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https:// https://th.kku.ac.th/th.

10. กัญญ์กุลณัช รามศิริ, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565;38(2):48-58.

11. นีรนุช โชติวรางกูล. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2564;18(3):203-224.

ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

The Effect of a Mental Health Literacy Program on Mental Health Self-Care Ability of Caregiver of Patient with Substance use Disorder

กัลยา หนูคง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียรใหญ่

Kanlaya Nukhong
Professional Nurse,
Psychiatric and Drug Addiction Division, Chain Yai Hospital.

วันที่รับ 20 เมษายน 2568, วันที่แก้ไข 26 เมษายน 2568, วันที่ตอบรับ 30 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจ และโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (t-test) ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสามารถในการดูแลจิตใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดในอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, ความสามารถในการดูแลจิตใจ, ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

Abstract

This research was a quasi-experimental research with two groups of pre and post test measures to study the effects of a mental health literacy program on the ability to care for mental health of caregivers of patient with substance use disorder in Chain Yai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 40 caregivers of patient with substance use disorder, selected according to the selection criteria, and randomly assigned to the experimental and control groups, 20 people per group. The experimental group received the mental health literacy program, while the control group received regular care. The instruments used were a personal data questionnaire, a mental health literacy assessment form, a mental health care ability assessment form, and a mental health literacy program. Data were analyzed using descriptive statistics to find frequencies, percentages, means, and standard deviations, and to compare the differences in mental health literacy and mental care ability between the experimental group before and after the experiment, and between the experimental and control groups using the t-test. The results of the study found that 1) the experimental group had significantly higher mean scores in mental health literacy and mental care ability than before the experiment ($p<.001$). 2) The difference in mean scores in mental health literacy And the ability to take care of the mind of the experimental group after receiving the mental health literacy program was significantly higher than the control group ($p<.001$). The mental health literacy program can increase mental health literacy and the ability to take care of the mind of patient with substance use disorders' caregivers in Chain Yai District, Nakhon Si Thammarat Province.

Keywords: Mental health literacy, Mental Health Self-Care Ability, Caregiver of Patient with Substance use Disorder

บทนำ

สถานการณ์สารเสพติดโลกจากรายงานของ UNODC ปี ค.ศ. 2021 พบผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 388.66 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.92 ของประชากรโลก สารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 218.99 ล้านคน รองลงมาคือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 91.89 ล้านคน และกลุ่มแอมเฟตามีน 35.91 ล้านคน ตามลำดับ[1] สถานการณ์สารเสพติดในประเทศไทย พบผู้ใช้ทั้งหมด 220,547 คน สารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ แอมเฟตามีน 195,425 คน ร้อยละ 88.61 รองลงมาคือ กัญชา 16,207 คน ร้อยละ 7.35 และเฮโรอีน 7,284 คน ร้อยละ 3.3[1,2] สถานการณ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช[3] พบผู้เข้ารับการคัดกรองและบำบัดรักษาสารเสพติด ปี 2563 จำนวน 2,048 คน ปี 2564 จำนวน 1,523 คน ปี 2565 จำนวน 1214 คน และปี 2566 จำนวน 3,226 คน และข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ทั้งที่บำบัดในโรงพยาบาลและบำบัดในชุมชน พบจำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองและบำบัดรักษา ปี 2563 จำนวน 56 คน ปี 2564 จำนวน 60 คน ปี 2565 จำนวน 68 คน และปี 2566 จำนวน 96 คน โดยผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด ร้อยละ 90 ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน[4]

การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแอมเฟตามีนจะมีผลต่อ

การเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน โดยจะมีอาการเป็นครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติด และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวร อีกทั้งการติดสารเสพติดเป็นปัญหาด้านจิตเวชที่แสดงอาการได้ทั้งการเสพติดทางกายและการเสพติดทางใจ ทำให้การดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต[5] ส่งผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ติดสารเสพติด ตลอดจนครอบครัว ชุมชน และสังคม[6,7] ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม[8]

ครอบครัวของผู้ป่วยสารเสพติด คือ บุคคลที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยเมื่อปี 2561 ในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าการมีสุขภาพจิตดีสัมพันธ์กับการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือนดี[9] และจากการศึกษาของวชิราภรณ์ สอระสัน[10] ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดและญาติในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 34 และเมื่อวิเคราะห์แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 34.1 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยสารเสพติดเป็นโรคที่มีความซับซ้อน บ่อยครั้งที่จะกลับไปเสพซ้ำหรือไม่ยอมเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา เสี่ยงที่จะมีอาการทางจิต มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และกลัวการถูกตีตราจากสังคม ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดอิสระ เบื่อหน่าย เครียด วิตกกังวล และรู้สึกผิดที่ตนเองแสดงพฤติกรรมหงุดหงิดใส่ผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เกิดความรู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยใช้สารเสพติด จนท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย อันนำไปสู่การมีปัญหาสุขภาพจิต[11]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เป็นแนวคิดที่ใช้ครั้งแรกโดยจอร์ม และคณะ[12] หมายถึงความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนความสามารถในการดูแลจิตใจ (Mental Health Self-Care Ability) เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขพึงพอใจในชีวิต สามารถประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติให้คงอยู่อย่างปกติได้[13] ดังนั้น[14,15] หากผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับดี จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดได้ ตรงกันข้ามหากผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ อาจส่งผลต่อการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกัน ทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงยากต่อการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรัณยา ยอดสุด[13] และฮิลล์ แอล และคณะ[16] พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นตัวแปรสำคัญที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลจิตใจ และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของประชาชน โดยกัญญาวีย์ โมกขาว[17] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นตัวช่วยให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพจิต จะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น[15]

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นที่แสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยประชาชน และผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แต่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำกัดในการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ดังนั้นการจัดทำโปรแกรมความรอบรู้

ด้านสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดขึ้น จะช่วยส่งเสริมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ในอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

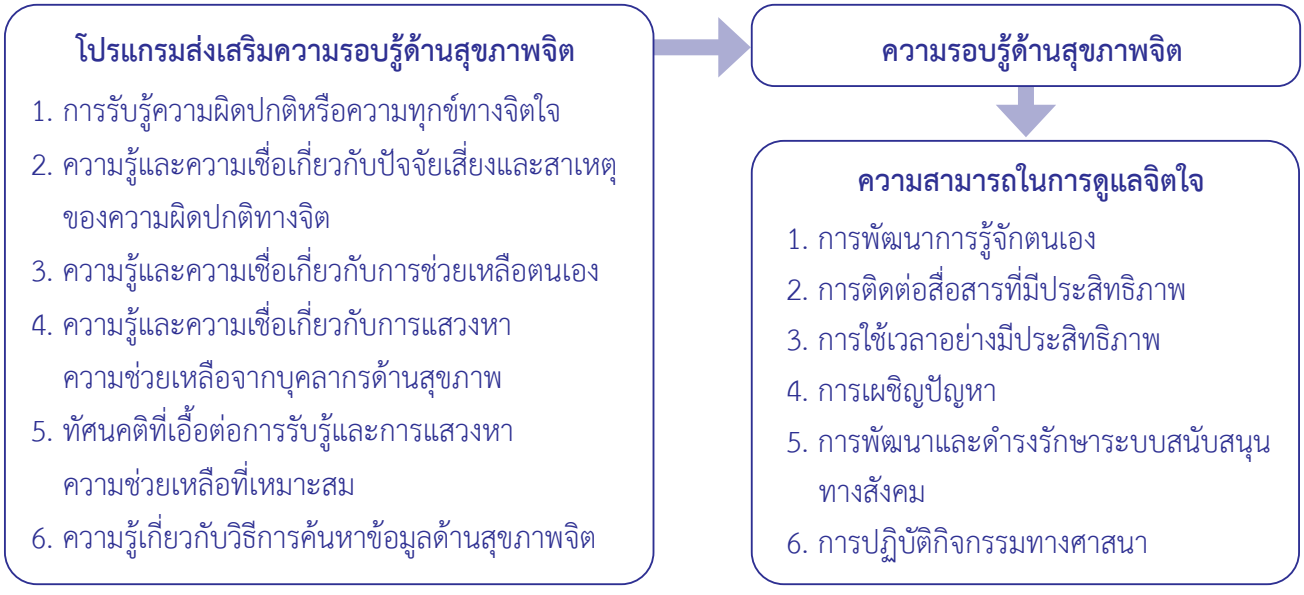
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิดของจอร์ม และคณะ[12] ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต และแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Mental Health Self Care Ability) จากการศึกษาของฮิลล์ แอล และคณะ[16] และศรันยา ยอดสุด[13] ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจในชีวิต สามารถประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤติให้คงอยู่อย่างปกติได้ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยคาดว่าหากผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับดี จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจที่บุคคลจะกระทำด้วยตัวเอง เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม มีการวัดผลก่อนและหลัง (two Group Pretest-Posttest Design) ประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุราบุหรี่ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุรา บุหรี่ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในช่วง 1 มิถุนายน ถึง 15 ธันวาคม 2566 และอาศัยอยู่ในอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) ผู้วิจัยคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (α) เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูลเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยใช้การจับคู่ (Matching-pair method) ตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวแปรตาม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุและการศึกษา มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจ[12,15] โดยการจับคู่การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ และการศึกษา แล้วใช้การสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ใช้สารเสพติดมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. สติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

3. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

2. มีปัญหาหรืออุปสรรคจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสารเสพติด

1.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่วชิรา โพธิ์ใส[15] พัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ โจร์ม และคณะ[12] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน

60 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยพิจารณาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ เบสท์[18] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ และค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมเท่ากับ 0.92 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ[15] ผ่านผู้อำนวยการกองการพยาบาล หลังจากได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

1.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจที่ ศรัณยา ยอดสุด[13] พัฒนาสำหรับใช้ในผู้สูงอายุ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 35 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง หรือไม่เคยเลย) โดยมีเกณฑ์ การพิจารณาระดับสามารถในการดูแลจิตใจ ดังนี้ 1.00 – 1.75 มีความสามารถในการดูแลจิตใจต่ำ 1.76 – 2.50 มีความสามารถในการดูแลจิตใจค่อนข้างต่ำ 2.51 – 3.25 มีความสามารถในการดูแลจิตใจค่อนข้างสูง 3.26 – 4.00 มีความสามารถในการดูแลจิตใจสูง ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจดังกล่าวมาปรับปรุงข้อคำถามให้กระชับและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติด ก่อนนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence-IOC) เท่ากับ 0.87 จากนั้นนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจที่ปรับปรุงแล้ว ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น **ตามกรอบแนวคิดของจอร์ม และคณะ[12] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง** ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) กับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม โดยปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสม คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.83 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน แล้วนำโปรแกรมฯ มาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนจะนำไปใช้ในโครงการวิจัย โดยทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังรายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต เพื่อชีวิตที่มีความสุข (2 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 1 รอบรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางใจ

กิจกรรมที่ 2 สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงความผิดปกติหรือความทุกข์ทางใจ

กิจกรรมที่ 3 วิธีการสังเกตความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 ทุกข์ได้ คลายเป็น (2 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 1 การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สัปดาห์ที่ 3 การแสวงหาความช่วยเหลือ (2 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารเชิงบวก

กิจกรรมที่ 2 การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ/ครอบครัว/ชุมชน

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการ (Matching-pair method) และการสุ่มอย่างง่าย แยกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

3. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับขณะร่วมโครงการวิจัย หลังรับทราบรายละเอียดและผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทันที และนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยมาเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

3.2 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

3.3 หลังเสร็จกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ทันที

4. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับขณะร่วมโครงการวิจัย หลังรับทราบรายละเอียดและผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทันที พร้อมชี้แจงการรับบริการตามปกติของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ นัดหมายการพบกลุ่มเพื่อประเมินแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอีก 3 สัปดาห์

4.2 เมื่อครบสัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอีกครั้ง จากนั้นจัดกิจกรรมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ

5. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมบันทึกคะแนนลงในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 184/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยละเอียด รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจก่อนและหลังในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีจำนวนมากที่สุด จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ หญิงมากที่สุด	19	95	19	95
อายุ อยู่ในช่วง 51 - 60 ปี	8	40	8	40
ศาสนา พุทธ	20	100	20	100
การศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด	9	45	9	45
อาชีพ รับจ้างมากที่สุด	10	50	9	45
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 - 5,000 บาท มากที่สุด	8	40	8	40
สถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด	14	70	15	75
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยฯ 6 เดือน - 3 ปี	8	40	8	40
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล มารดา มากที่สุด	13	65	11	55

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล มีคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่กลุ่มทดลองได้รับ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	198.45	16.06	252.40	13.50	19	-18.92	.000*
ความสามารถในการดูแลจิตใจ	96.20	11.01	148.25	8.87	19	-20.29	.000*

**p<.001*

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลจิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 40)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	182.95	12.02	252.40	13.50	38	74.72	.000*
ความสามารถในการดูแลจิตใจ	94.00	12.30	148.25	8.87	38	68.04	.000*

**p<.001*

อภิปรายผลการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และ 2 อภิปรายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบของจอร์ม และคณะ[12] ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ปัญหาทางจิต และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ทราบวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อตนเองเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยสารเสพติดที่อยู่ในความดูแลมีความเสี่ยงหรืออาการกำเริบซ้ำ รวมทั้งได้เรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและผู้ป่วยสารเสพติดที่ดูแล ได้ฝึกการสื่อสารเชิงบวก ฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ โดยไม่ตัดสิน[19] รับรู้อย่างเข้าใจในความคิด ความรู้สึก เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยสารเสพติดที่ดูแล นอกจากนี้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังได้บูรณาการกิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกดีต่อตัวเอง ชื่นชมและภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักมองโลกในแง่บวก มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รู้จักและรู้วิธีที่จะคลายเครียดและมีวิธีสร้างสุขให้ตนเองท่ามกลางความทุกข์ที่กำลังเผชิญ ทำให้สามารถยืนหยัดต่อสู้ให้ตนเองสามารถผ่านพ้นจากสภาวการณ์ที่เลวร้าย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตในประชาชนของเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย[19] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้นเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2) ความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นมากว่าก่อนได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และ 2 อภิปรายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น กิจกรรมและความรู้ที่ได้จัดกระทำให้แก่กลุ่มทดลองตามโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดังที่กล่าวเบื้องต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลจิตใจเพิ่มขึ้น ทั้งการพัฒนาการรู้จักตนเอง

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี จะมีทักษะในการช่วยเหลือตนเองและทักษะเผชิญปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและสื่อสารขอการช่วยเหลือกับทีมสุขภาพ ทั้งด้านปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและผู้ป่วยสารเสพติดที่ดูแล เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโล กูปตา และเคอาตคิง[20] พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวีณ์ โมกขาว และคณะ[21] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีความสามารถในการในการดูแลตนเองด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว ตลอดจนช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดเชิงบวก ปรับวิธีคิดที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีประสิทธิผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดเพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกบริการปรึกษาสุขภาพ และคลินิกจิตเวชและสารเสพติด สามารถนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปปรับใช้กับครอบครัวที่มาบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจของครอบครัวที่มาบำบัด

1.2 การนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามกิจกรรมคู่มือโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ควรมีการชี้แจงการใช้โปรแกรมให้กับพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างถูกต้อง

2. ด้านการวิจัย

ควรมีการขยายผลการศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท นักเรียน ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 เดือน ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ นายแพทย์ปิยรัตน์ กาญจนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่อนุมัติและสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย และอาจารย์วชิรา โพธิ์ใส กองการพยาบาล ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พ.ศ. 2564 เอกสารรายงานการใช้ยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ. 2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : https22www.dataunodc.un.org.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพ; 2564.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานผลการดำเนินงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช; 2566.

4. โรงพยาบาลเชียรใหญ่. รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช; 2566.

5. สมภพ เรืองตระกูล. ตาราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2557.

6. ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดใน วันดี สุทธรังษี, ถนอมศรี อินท-นนท์ และศรีสุดา วนาลีสิน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช (หน้า 113 - 128). สงขลา: โครงการตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.

7. วีรพล ชูสันเทียะ และ สมเดช พินิจสุนทร. ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;5(3):523-33.

8. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทพรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.

9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

10. วชิราภรณ์ สอระสัน. พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลอำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566;8(1):246-59.

11. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, อธิบ ตันอารีย์ และบังอร สุปรีดา. แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):121-31.

12. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical journal of Australia 1997;166(4):182-186.

13. ศรัณยา ยอดสุด. สารนิพนธ์ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.

14. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทถวัลย์ และปริศนา บุญประดิษฐ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. เชียงใหม่เวชสาร 2563;59(3):163-72.

15. วชิรา โพธิ์ใส, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราดุลย์, คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์ และ ปราโมทย์ ถ่างกระ-โทก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(1):63-74.

16. Hill L, Smith N. (1985). Self- care nursing: promotion of health. 2nd ed. Norwalk: Appleton&Lange.

17. กัญญาวีย์ โมกขาว, วัชรินทร์ ช่างประดับ และวลัยนารี พรมลา. อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกองการพยาบาล 2563;47(3):57-70.

18. Best, J. W. (1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, Nj: Prentice. Hall.

19. Jorm, A. F. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012;67(3): 23-43. doi: 10.1037/a0025957.

20. Lo K, Gupta T, Keating JL. Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators. A systematic review of randomized control trails. Health Professions Education 2018;4(3:):161-75. Doi:10.1016/j.hpe.2017.08.001

21. กัญญาวีย์ โมกขาว, มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังส และชะเอม มหากัณฑ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(2):85-96.

Format บทความวิจัยสำหรับตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด Journal of Addiction Research and Academic Sciences (ห้ามเปลี่ยนแปลงรูปแบบ)

ชื่อเรื่องภาษาไทย
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point หัวหน้า)

(TH Sarabun PSK ขนาด 16 point ไม่ต้องระบุคำนำหน้า)

ชื่อ-นามสกุล ผู้เขียนบทความ[1*] และผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)[2] (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
[1]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 1 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
[2]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 2 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)
(ถ้ามีผู้แต่งหลายท่านให้พิมพ์ลงมาตามลำดับทีละท่าน)

#

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

.....

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปวัตถุประสงค์ วิธีวิจัย และผลการวิจัยโดยย่อให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 - 300 คำ หรือ ตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์) .....

.....

.....

คำสำคัญ://กก, ขข, คค (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

#

Abstract (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

.....

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 – 300 คำ หรือ ตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์) .....

.....

.....

.....

Keywords://Aa, Bb, Cc (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

บทนำ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

..... ที่มาและความสำคัญของปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ ...

..... และวัตถุประสงค์การวิจัย (เนื้อหาบทความภาษาไทย ...

..... ใช้ TH Sarabun PSK 16 point) ...

.....

วัตถุประสงค์

1. .....
2. .....

กรอบแนวคิดของการวิจัย

เขียนเป็นภาพประกอบแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างประเด็น หรือตัวแปรต่าง ๆ ในงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูล)

บทความวิจัยนี้เป็นการวิจัย (ระบุรูปแบบของการวิจัย) ประกอบด้วย (เรียงลำดับตามวิธีดำเนินการวิจัย)

1. การศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร ..... (ขั้นตอนดำเนินการวิจัย)
2. การวิจัยเชิงปริมาณ ..... (ระบุเครื่องมือวิจัย ค่าความเชื่อมั่น วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ประชากร สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ ..... (ระบุเครื่องมือวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ..... (ขั้นตอนดำเนินการวิจัย)
5. การวิจัย..... (ขั้นตอนดำเนินการวิจัย)

ผลการวิจัย

รายงานผลการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ โดยสามารถนำเสนอเป็นรูปภาพ/ตาราง/กราฟ พร้อมอธิบาย

สรุปและอภิปรายผล

เสนอเป็นความเรียงและให้เชื่อมโยงกับผลการวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน

1. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า.....สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยของ..... (อ้างอิง[1])

2. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า.....สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยของ..... (อ้างอิง[2])

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. .....

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. .....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

.....

เอกสารอ้างอิง (ไม่น้อยกว่า14 ฉบับ และไม่เกิน 20 ฉบับ) (การเขียนอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาบทความ ให้ใส่ตัวเลขไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึงแล้วจัดทำเป็นตัวยก โดยใช้หมายเลข 1 เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ โดยรูปแบบละอองฝอยของเชื้อ ผ่านทางการไอ จาม และจากการสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา[1]

1. วรรษมน จันทรเบญจกุล. การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/02/การป้องกันตนเองจาก-COVID-credit-ศูนย์โรคอุบัติใหม.pdf.

2. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร และแนะนำให้ใช้โปรแกรม EndNote ในการจัดการอ้างอิง บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงและเอกสารทางวิชาการที่นำมาใช้อ้างอิงควรเป็นผลงานย้อนหลัง ไม่เกิน 10 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย)

หมายเหตุ: / หมายถึง เว้นวรรค 1 ตัวอักษร หรือ 1 เคาะ

หมายถึง เว้นบรรทัด

ถ้ามีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด ตั้งแต่บรรทัดที่ 2 ให้ย่อหน้าเว้นระยะห่างจากขอบซ้าย 0.5 นิ้ว หรือ 1 tab

Format บทความวิชาการสำหรับตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด (ห้ามเปลี่ยนแปลงรูปแบบ)

ชื่อเรื่องภาษาไทย
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point หัวหน้า)

(TH Sarabun PSK ขนาด 16 point ไม่ต้องระบุคำนำหน้า)

ชื่อ-นามสกุล ผู้เขียนบทความ[1*] และผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)[2] (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)

[1]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 1 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)

[2]ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, E-mail Address: ของผู้เขียนคนที่ 2 (ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ)

(ถ้ามีผู้แต่งหลายท่านให้พิมพ์ลงมาตามลำดับทีละท่าน)

#

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

.....

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปแนวคิดและประเด็นสำคัญของบทความ ให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 คำ .....

.....

.....

.....

.....

คำสำคัญ://กก, ขข, คค (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

#

Abstract (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

.....

.....

..... (TH Sarabun PSK ขนาด 16 point สรุปแนวคิดและประเด็นสำคัญของบทความ ให้สั้นกะทัดรัด ความยาวไม่เกิน 250 คำ .....

.....

.....

.....

.....

Keywords://Aa, Bb, Cc (โดยเรียงตามตัวอักษร จำกัดไม่เกิน 5 คำ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,”)

บทนำ (TH Sarabun PSK ขนาด 18 point ตัวหนา)

ที่มา ความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความ (เนื้อหาบทความภาษาไทย ใช้ TH Sarabun PSK 16 point)

เนื้อเรื่องหลัก

การนำเสนอ แนวคิด ทฤษฎี หลักการ วิเคราะห์ และการสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสารและงานวิชาการ นำเสนอแบ่งเป็นหัวข้อให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน

บทสรุป

สรุปสาระสำคัญและคุณค่าทางวิชาการของบทความนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะ

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

.....

เอกสารอ้างอิง (การเขียนอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาบทความ ให้ใส่ตัวเลขไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึงแล้วจัดทำเป็นตัวยก โดยใช้หมายเลข 1 เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ โดยรูปแบบละอองฝอยของเชื้อ ผ่านทางการไอ จาม และจากการสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา[1]

1. วรรษมน จันทรเบญจกุล. การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/02/การป้องกันตนเองจาก-COVID-credit-ศูนย์โรคอุบัติใหม.pdf.

2. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร และแนะนำให้ใช้โปรแกรม EndNote ในการจัดการอ้างอิง บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงและเอกสารทางวิชาการที่นำมาใช้อ้างอิงควรเป็นผลงานย้อนหลัง ไม่เกิน 10 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย)

หมายเหตุ: / หมายถึง เว้นวรรค 1 ตัวอักษร หรือ 1 เคาะ

หมายถึง เว้นบรรทัด

ถ้ามีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด ตั้งแต่บรรทัดที่ 2 ให้ย่อหน้าเว้นระยะห่างจากขอบซ้าย 0.5 นิ้ว หรือ 1 tab

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