

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยา และสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี Effects of a therapy program based on family and community involvement of substance and drug abuse patients without co-morbid psychosis in the district of Sawang Weerawong UbonRatchathani Province.

กฤศ กุลบุตรดี^{1*} Kit Kulbuddee^{1*}

สยาม ประสานพิมพ์² Siam Prasanphimp²

วิยะดา ประสานพิมพ์³ Wiyada Prasanphimp³

พงศ์พิพัฒน์ เหมฉลาด⁴ Pongpipat Hemchalad⁴

พรปวี เปียวัน⁵ Pornpawee Piawan⁵

เพ็ญฤทัย วงศ์ธรรม⁶ Peangruethai Wongtham⁶

ภาวินี สัจจระโคกสูง⁷ Phawinee SonjohnKhokSung⁷

ร่มโพธิ์ พวงศรี⁸ Rompho Puangsrir⁸

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในสถานบริการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 ระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 40 ตัวอย่าง เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองมีสมาชิกครอบครัว 1 คนและชุมชน 1 คน ร่วมในโปรแกรมฯ รวม 60 คน ซึ่งโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คณะวิจัยได้สร้างขึ้นจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย แนวคิดด้านความตั้งใจ และแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ Paired t-test Independent t – test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกใช้ยาและสารเสพติดที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-15.67, p<.001$) 2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติดกลุ่มทดลอง 8.05 (SD=1.09) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.45 (SD=1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และ 3) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความตั้งใจในการมารับบริการบำบัดรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=0.15, p<.05$) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความตั้งใจและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเข้ารับบริการบำบัดรักษาในสถานที่ใกล้บ้านใกล้ใจ โดยการมีส่วนร่วมของทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดแนวทางและโอกาสในการพัฒนาสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืนได้

^{1,7} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

² แพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

³ แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

⁴ รองผู้กำกับการ สถานีตำรวจภูธรอำเภอสว่างวีระวงศ์

⁵ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

⁶ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

⁸ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: kitC100@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research The purpose of this study was to study the effects of family and community participation therapy programs among drug and substance abuse patients without co-morbid psychosis. The sample consisted of patients receiving treatment at Sawang Wirawong Hospital. Ubon Ratchathani Province, from October 1, 2022 to March 31, 2023, for a period of 6 months, 40 samples were selected by multi-stage random sampling. 20 samples were selected for each group in the experimental group and the control group. There were 60 people in the experimental group in the experimental group and one community member in the program. The family and community participation therapy program was created by the research team. From the sickness belief model concept of intention and health belief model concepts The control group received normal care. Statistics used were number, percentage, Paired t-test, Independent t-test and Chi-square test.

The results revealed that after the experiment 1) the experimental group after receiving the program There was a statistically significantly higher mean intention to stop using drugs and substances ($t=-15.67, p<.001$), attached to the experimental group 8.05 ($SD=1.09$), significantly higher than the control group with a mean score of 4.45 ($SD=1.46$) ($p<.001$) and 3) the experimental group receiving the program There was a statistically significant increase in intention to receive treatment services than the control group that received conventional care ($\chi^2=0.15, p<.05$). Change behavior to receive treatment services in places close to home and heart. with participation from both family members and the community Helps to increase operational efficiency to meet the goals. Guidelines and opportunities to develop into a strong and sustainable community.

Keywords: Therapy programs, Participation of family members and communities, Substance and drug abuse patients

^{1,7} Registered Nurse, Professional Level of Sawangweerawong Hospital

² Expert Level of Sawangweerawong Hospital

³ Professional Level of Sawangweerawong Hospital

⁴ DEPUTY SUPERINTENDENT of Sawangweerawong Police station

⁵ Psychologist, Practitioner Level of Sawangweerawong Hospital

⁶ Registered Nurse, Practitioner Level of Sawangweerawong Hospital

⁸ Computer Technical Officer, Practitioner Level of Sawangweerawong Hospital

* Corresponding Author Email: kitC100@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการแพร่ระบาดของการใช้ยาและสารเสพติดที่มีอย่างกว้างขวางและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดอย่างมากในประเทศไทยได้แก่ ยาบ้า (แอมเฟตามีน) เฮโรอีน กัญชาและใบกระท่อม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความสูญเสียกับทั้งจากตัวเอง ครอบครัว และสังคมหลายด้านด้วยกัน รวมทั้งสูญเสียด้านกำลังคน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านการเมือง เพื่อจะลดการระบาดและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชน ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไขปัญหากับการแพร่ระบาดยาเสพติดภายในประเทศ⁽¹⁾

ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีการอยู่ร่วมกันกับสังคมอย่างมีความสุข สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทในการป้องกันไม่ให้เยาวชนติดยาเสพติด การอบรมเลี้ยงดู การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวช่วยป้องกันการใช้ยาเสพติด และสามารถลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดได้ทั้งในระดับ ครอบครัว ชุมชนหรือสังคม และประเทศชาติ

การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน(Community Based Treatment : CBTx.)⁽²⁾ หลักแนวคิดสำคัญคือ การให้คุณค่าความสำคัญของมนุษย์ที่ใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม โดยถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วย เพื่อมุ่งแก้ไขด้านสุขภาพ แทนการลงโทษ เอาผิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นอันตรายจากยาเสพติดด้วยการให้ความรู้ทางการแพทย์ เป็นความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคม สังคมสงเคราะห์และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน แทนการแก้ไขปัญหาด้วยการใช้กฎหมาย หรือมาตรการลงโทษผู้ติดยาและสารเสพติด

จากผลการดำเนินงานในสถานบริการ เมื่อผู้ป่วยครบกำหนดการบำบัดตามเกณฑ์แล้ว ร้อยละของผู้ป่วย ยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission) ยังต่ำกว่าร้อยละ 50 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติด โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการดำเนินงานบำบัดรักษา 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2564 พบว่า ผลการบำบัดครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 49.25, 93.58, 87.3, 97.12 และ 71.42 ตามลำดับ คณะวิจัยจึงต้องการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ปรับรูปแบบการบำบัดรักษาจากรูปแบบตามปกติในสถานบริการ มาบริการในชุมชนโดยยึดผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

เป็นศูนย์กลางการบำบัดรักษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

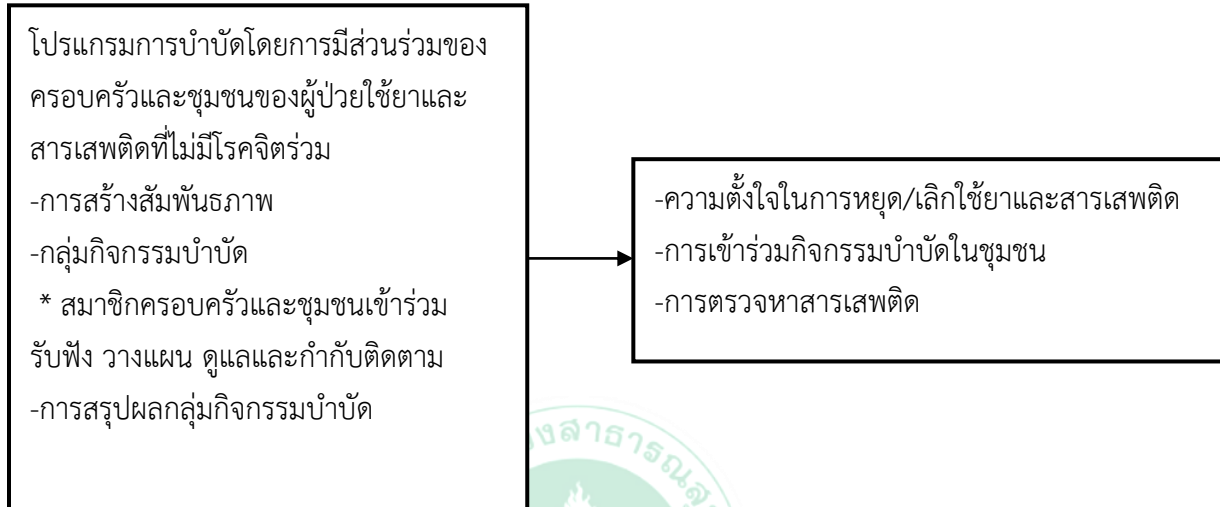
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ในระยะก่อนและหลังทดลอง (ใช้สถิติ Paired t-test)
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ (ใช้สถิติ Independent t – test)
3. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ (ใช้สถิติ Chi-square test)

3. สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดสูงขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ
3. การมาร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดและผลการตรวจหาสารเสพติดเป็นลบของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มาร่วมกิจกรรมบำบัดมากกว่าและมีผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model)⁽³⁾ ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ที่พัฒนาโดย Wright, Watson and Bell (1996) ต่อมา Family Nursing Unit, Faculty of Nursing University of Calgary ของประเทศแคนาดาเปิดให้บริการแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันเนื่องมาจากมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสังคมอื่น ๆ และแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment: CBTx, 2564)⁽²⁾ โดยถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วย มุ่งเน้นแก้ไขในมิติสุขภาพ แทนการเอาผิด ลงโทษ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นอันตรายจากยาเสพติด ด้วยการให้ความรู้ทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือด้วยสังคม รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความตั้งใจ (Abstinent intention) พัฒนาขึ้นโดยฟิชบายน์และไอเซน (Fishbein & Ajzen, 1980)⁽⁴⁾ ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใดก็ยิ่งมีความพยายามในการทำพฤติกรรมมากขึ้น ดังนั้นการที่มีทั้งผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ทำให้เกิดความไว้วางใจ เปิดใจรับฟังซึ่งกันและกัน การเห็นอกเห็นใจกัน ร่วมกันวางแผน กำกับและติดตามในชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดประสบความสำเร็จได้



5.วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบการทดสอบก่อน-หลัง (Two group pre - posttest design)

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์และผู้สมัครใจเข้าการบำบัดในชุมชน ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 42 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์และผู้สมัครใจเข้าการบำบัดในชุมชน ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 ระยะเวลา 6 เดือน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 40 ตัวอย่าง กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยที่กลุ่มทดลองมีสมาชิกครอบครัว 1 คนและชุมชน 1 คน และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย รวมจำนวนกลุ่มทดลอง 60 คน

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างมาจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999)⁽⁶⁾ เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คณะวิจัยได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 40 ตัวอย่าง

5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

โดยใช้หลักการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage Sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ตัวอย่าง รวม 40 ตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. นำรายชื่อของตำบลทั้ง 4 ของอำเภอสว่างวีระวงศ์ มาทำการแยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ตำบลแก่งโดมและตำบลสว่าง กลุ่มที่ 2 คือ ตำบลบึงมะแลงกับตำบลท่าช้าง โดยให้ทำการจับฉลากเขียนหมายเลข 1 แทน กลุ่มทดลองและหมายเลข 2 แทนกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากผู้ช่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม และถ้าผู้ช่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ทำการหยิบจากรายชื่อที่สำรวจไว้เพิ่มเติมจนครบจำนวนทั้งสองกลุ่มให้ได้ 40 ตัวอย่าง

2. การจัดหาสถานที่ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ให้สถานที่บำบัดในชุมชนห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 5 กิโลเมตร เพื่อเป็นการลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบและแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Contaminated Effect)

5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประยุกต์จากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM) (Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009) มี 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ พบบุคคลต้นแบบ 2) การสนทนาบำบัด การสร้างบริบท การค้นหา เปิดเผยและการแยกแยะความเชื่อ การปรับ เปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การสะท้อนคิด 4) การสรุปผลการสนทนา พบบุคคลต้นแบบ ยุติสัมพันธภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1. แบบสอบถามความเชื่อต่อการหยุด/เลิกยาและสารเสพติด แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อต่อการหยุด/เลิกยาและสารเสพติดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ⁽⁷⁾ โดยกำหนดรายละเอียดคำถามในแบบสอบถามตามความมุ่งหมายที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (Behavioral beliefs) การให้คุณค่าต่อผลของการกระทำพฤติกรรม (Outcome evaluation) ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitation belief) ความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ (Constraining beliefs) จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ

- ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 6 ข้อ
- การให้คุณค่าต่อผลของการเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 4 ข้อ
- แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของคนสำคัญใกล้ชิด จำนวน 4 ข้อ
- ความตั้งใจที่จะเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 6 ข้อ

โดยใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของ (Likert scale) กำหนดเป็น 4 ระดับ และให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนทางบวกและทางลบดังนี้

คำตอบ	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์⁽⁸⁾ ดังนี้

$$\text{สูตรอันตรายภาค} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(4-1)}{4} = 0.75$$

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง เชื่อว่าตนเองหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดได้อย่างยั่งยืน

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง เชื่อว่าตนเองจะหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดได้

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง เชื่อว่าตนเองจะหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดได้บางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง ไม่เชื่อว่าตนเองจะหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดได้

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อถ้าค่าคะแนนมากแสดงว่า มีความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดสูง และถ้าค่าคะแนนน้อยแสดงว่ามีความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดต่ำ คะแนนของแบบสอบถามความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติด มีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ซึ่งคะแนนที่มาก หมายถึง การมีความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดว่าจะสามารถทำได้มากกว่าคะแนนที่น้อย

2.2. แบบวัดความตั้งใจและแบบบันทึกผลการตรวจหาสารเสพติด กำหนดเป็น 5 ระดับเริ่มจากตั้งใจน้อยไปหาตั้งใจมาก ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดมาก

3 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดน้อย

1 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดน้อยที่สุด

การแปลผล ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้นำมาแปลความหมายได้ ดังนี้

4.50 – 5.00 หมายความว่า มีความตั้งใจระดับมากที่สุด

3.50 – 4.49 หมายความว่า มีความตั้งใจระดับมาก

2.50 – 3.49 หมายความว่า มีความตั้งใจระดับปานกลาง

1.50 – 2.49 หมายความว่า มีความตั้งใจระดับน้อย

1.00 – 1.49 หมายความว่า มีความตั้งใจระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบบันทึกการมาร่วมบำบัดและผลการตรวจหาสารเสพติด

5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. นำตัวอย่างเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

2. นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง คำนวนได้ค่า Content Validity Index = .83 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น นำไปทดลองใช้ (Try out) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) = .93

5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากโครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานีและสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์และสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจให้เป็นการตัดสินใจโดยอิสระ อธิบายการเข้าร่วมโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ กลุ่มตัวอย่างเขียนใบพิทักษ์สิทธิที่เข้าร่วมโครงการในการดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บรวบรวม 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ชี้แจงโครงการและขั้นตอนของการวิจัย ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและความตั้งใจต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติด ดำเนินการให้เสร็จสิ้นใน 1 สัปดาห์ นัดหมายการพบครั้งต่อไปรูปแบบตามปกติ

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่มีการบำบัดรักษาตามรูปแบบปกติ พูดคุยซักถามทั่วไป กล่าวขอบคุณ และดำเนินการปิดสัมพันธภาพ ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวม 2 ครั้งดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ชี้แจงโครงการและขั้นตอนของการวิจัย ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติด โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มทดลองเข้าใจและเริ่มดำเนินการการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและให้กลุ่มทดลองแนะนำตนเอง เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาและจำนวนการนัดหมาย ขั้นตอนการวิจัย โดยมีการเก็บข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน การเข้าร่วมในกิจกรรมบำบัดตั้งแต่ในขั้นตอนแรกของการวิจัย มีการจัดบันทึกกิจกรรมในภาคสนาม เพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

2. ดำเนินการสนทนابำบัด 4 ขั้นตอนคือ

2.1 ศึกษาบริบทของครอบครัว

2.2 การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดของกลุ่มทดลอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองเล่าและเปิดเผยความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติด

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดของกลุ่มทดลอง การชื่นชม การให้ข้อมูล การใช้สื่อ เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค

2.4 ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติด โดยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ซึ่งความคิดที่จะปฏิบัติตามต่อไป

3. การสะท้อนคิด ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองอธิบายผลการสนทนาบำบัด การเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่อการหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติด

4. สรุปผล ระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและชุมชน นัดหมายการพบครั้งต่อไปในอีก 1 เดือน เพื่อรับการ และหากพบว่ากลุ่มทดลองยังมีความเชื่อที่ขัดขวางต่อการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการปรับเปลี่ยนความเชื่อไปพร้อมๆกันด้วย

5. ปิดสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือเมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป

ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม คณะวิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมของการบำบัดในชุมชน 2) การสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในการบันทึกข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการจดบันทึกภาคสนาม

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ไคส์แควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ด้วยการทดสอบค่าที่แบบไม้อิสระ (Paired t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการหยุดใช้ยาและสารเสพติด ก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ด้วยการทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ด้วยการใช้การทดสอบค่าไคส์แควร์ (Chi-square test)

6.การพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๕ - ๑๓๔ การตระหนักและเคารพในสิทธิมนุษยชน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและเป็นการตัดสินใจโดยอิสระ ข้อมูลที่เก็บมาทุกข้อมูลในแบบสอบถาม จะปกปิดเป็นความลับ หากนำไปเผยแพร่ การนำข้อมูลทั้งหมดไปใช้ จะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลไปเผยแพร่ เช่น ข้อมูลในแบบสอบถาม จะไม่มีชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือสัญลักษณ์ใดที่จะแสดงความเป็นตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ขออนุญาตผู้เข้าร่วมโครงการพร้อมกับชี้แจงและได้มีการสอบถามยืนยัน โดยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างการวิจัย โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์และผลกระทบในการวิจัยครั้งนี้ และจะนำผลการวิจัยแสดงเป็นภาพรวมเท่านั้น

7. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่แตกต่างกันอย่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ หลังการทดลองมีค่าคะแนนของความตั้งใจที่จะหยุด/เลิกใช้ยาเสพติดสูงขึ้นมากกว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ มาเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลการตรวจสอบสารเสพติดเป็นลบของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ มีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ดังแสดงในตาราง 1-3

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัด (n = 20)

คะแนน ความตั้งใจ	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)			t	df	p-value
	Min-Max	$\bar{X}$	SD	Min-Max	$\bar{X}$	SD			
ก่อนทดลอง	3-7	4.30	1.38	2-7	4.35	1.18	10.25	38	.000*
หลังทดลอง	6-10	8.05	1.09	3-8	4.45	1.46			

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการมาเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด

การเข้าร่วมกิจกรรม	มารับบริการ		ไม่มารับบริการ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	18	90	2	10	0.15*	.013
กลุ่มควบคุม	11	55	9	45		

* Fisher's exact test

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผลการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ

ผลการตรวจสอบสารเสพติด (4 ครั้ง)	จำนวน (ครั้ง)	ผลลบ (ครั้ง)	ร้อยละ	ผลบวก (ครั้ง)	ร้อยละ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	72	63	87.5	9	12.5	-2.626	38	.000
กลุ่มควบคุม	44	26	59.1	18	40.9			

8. สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานการวิจัย

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดสูงขึ้น ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ มีความค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งใจหยุด/เลิกใช้ยาและสารเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การใช้โปรแกรมการบำบัดฯ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการหยุด/เลิกใช้ยาเสพติด โดยการใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชั้นสูง โดยให้ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชน ได้พูดคุยร่วมกันถึงในกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การสนทนากับครอบครัวประกอบด้วยการค้นหา เปิดเผยและการแยกแยะความเชื่อ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3. การสะท้อนคิด 4. การสรุปผลการสนทนา เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ให้เป็นความเชื่อที่เอื้อต่อการส่งเสริมผู้ป่วยเกิดความความตั้งใจในการหยุด/เลิกใช้ยาเสพติด คณะวิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองตื้อยา สิ่งกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธ การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน กับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชน ได้เกิดการรับรู้ร่วมกัน เกิดความไว้วางใจ นำมาสู่การเปิดใจสนทนา แยกแยะและเชื่อเชิญให้สมาชิกในครอบครัวสมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วม เล่าเรื่องราว ประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติดที่ผ่านมา การปรับเปลี่ยนความเชื่อโดยการให้คำชื่นชมผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำเร็จที่ผ่านมาของผู้ป่วยเห็นถึงความเข้มแข็งที่มีอยู่ของผู้ป่วยและนำมาเป็นจุดเด่น ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และเป็นการเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วย ที่ทำให้รู้สึกอยากกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป จากการสนทนาที่เกิดขึ้นระหว่างทีมวิจัยกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์การเลิกใช้ยาบ้าว่า “ผมเคยเลิกใช้ยาบ้ามาได้ 3 ปี แต่พอเพื่อนที่มาจากกทม.มาเยี่ยมเยียน พอเริ่มกินเหล้า เพื่อนใช้ยาบ้า ทำให้เกิดความต้องการขึ้นและเชื่อว่าตนเองก็คงจะหยุดได้เหมือนเช่นเคย จึงได้ลองเสพยาอีกครั้ง แต่หลังจากวันนั้นผมก็หยุดใช้ยาอีกไม่ได้เลย จนมาถูกจับนี้แหละครับคุณหมอ” ซึ่งทีมวิจัยกล่าวชื่นชมผู้ป่วยถึงความสำเร็จที่เคยทำได้ และให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับสาเหตุที่กลับไปใช้ ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น และวางแผนให้มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อกอยดูแลไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีกครั้ง คณะวิจัยได้ฟังเรื่องราวเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคสมองตื้อยาของสมาชิกในครอบครัวท่านหนึ่งที่ว่า “แม่เคยคิดว่า การเสพยามันเป็นนิสัยที่เลิกไม่ได้ของลูกชายเอง ไม่รู้หนทางที่จะทำให้ลูกเลิกยาบ้าได้ หรืออย่างน้อย ๆ ก็ให้ลดการใช้ยาบ้าง แต่การที่ได้พูดคุยกับหมอ แม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองตื้อยามากขึ้น ทำให้เกิดความหวัง ยังได้พูดคุยกับคนที่เลิกยาบ้าได้แล้ว แม่ยังมั่นใจลูกของแม่จะหยุดเสพยาบ้าได้ในที่สุด” การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนของผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับความตั้งใจ ประสบการณ์การเลิกยาที่ผ่านมา การได้ดูแลที่ดี และการได้รับข้อมูลจากทีมวิจัย ทำให้เกิดการแยกแยะความเชื่อเดิมเกี่ยวกับยาเสพติด มีข้อตกลงร่วมกันในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การสร้างเป้าหมายของผู้ป่วย สะท้อนคิดหาจุดร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการบำบัดฯ เป็นส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อความตั้งใจของผู้ป่วย โดยมีคำถามจากผู้ป่วยว่า “ไม่ต้องไปโรงพยาบาลก็ได้ เพราะถึงไปก็ไม่ได้มียาจ่ายให้อยู่แล้ว มันคงจะสะดวกมากกว่านี้ เพราะการหยุดหรือใช้ยาบ้าอยู่ที่ความตั้งใจของผู้ป่วยเอง” จากคำถามนี้ ทำให้คณะวิจัยได้เข้าใจข้อคับข้องใจของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการเปิดเผยอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการมารับบริการที่ว่า “มาโรงพยาบาลเสียเวลาทำมาหากิน มาฟังหมอพูดเรื่องที่พวกเราทำอยู่แล้ว” ทีมวิจัยได้เอาคำถามนี้มาเป็นจุดสำคัญในการอธิบายให้ผู้ร่วมเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดได้รับทราบข้อมูลรูปแบบการดูแลในชุมชน ซึ่งเมื่อผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้มีความเข้าใจมากขึ้น ทำให้เกิดความตั้งใจจากความเชื่อเดิมที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการ มาเป็นการร่วมส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วย

มารับการบำบัดตามนัดในชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ (2561)⁽⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า การมีแหล่งสนับสนุนภายนอก มีต้นแบบที่ดีที่จะสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง รับรู้ตัวตนเองมีความเข้มแข็งจากภายใน เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ มีความภูมิใจในตนเอง ยอมรับและยกย่องผู้อื่น พร้อมทั้งจะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนกระทำและยอมรับผลของการกระทำ มีความสามารถวางแผนอนาคตได้และเชื่อว่าตนเองมีความมุ่งมั่นในงานและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ การที่สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยกันนั้น เป็นความสมัครของทั้ง 3 ฝ่ายตกลงร่วมกัน ช่วยการเฝ้าระวัง ติดตาม แต่ไม่ใช่การจ้องจับผิด พูดคุยในกำลังใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเองตั้งใจและมุ่งมั่นมากขึ้น สร้างเป้าหมายในชีวิต รับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ดังมีคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า “ก่อนหน้านี้ผมก็ใช้ชีวิตไปวัน ๆ ไม่ได้สนใจใคร อนาคตข้างหน้าก็ช่างหัวมัน วันนี้มีความสุขก็พอใจแล้ว” เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความทางความคิดมาเป็นด้านที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมองเห็นหนทางข้างหน้าของชีวิต ที่เป็นไปได้และจะลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกรัตน์ หามนตรี (2561)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติด ที่พบว่า ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดจำเป็นต้องนำปัจจัยในการดำเนินการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติด จำเป็นที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันแก้ไข ทั้งปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ ชุมชน ผู้นำ ท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่น ผู้ค้า ผู้เสพ และองค์กรหน่วยงานภายนอกทั้งเกี่ยวข้องกับยาเสพติดต้องร่วมกันวางแผนดำเนินการติดตามประเมินผล

ความตั้งใจเป็นรากฐานของพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากครอบครัวและชุมชนเกิดความตั้งใจขึ้นมาแล้ว ทำให้เกิดความร่วมมือตามมา เป็นข้อตกลงร่วมกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง หากจุดร่วมมือร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นการบำบัดในชุมชนลดขั้นตอนกระบวนการ เพิ่มความสะดวกในการมารับบริการตามนัด การขาดนัดลดลง ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของตนเองมาก การมาร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดและผลการตรวจหาสารเสพติดเป็นลบ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีรูปแบบการดูแลรักษาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและมีสมาชิกในชุมชนร่วมกัน เป็นรูปแบบใหม่ที่ต่างจากรูปแบบตามปกติที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการในสถานพยาบาลเท่านั้น ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมบำบัดรักษา ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ได้เปิดใจรับฟัง เกิดความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจกันและกัน นำมาซึ่งความร่วมมือในการวางแผนดูแล กำกับและติดตามในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาจนครบตามเกณฑ์ได้ อันจะทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดได้

9.ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการบำบัดนี้ ทำให้การอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วย เกิดความต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรได้ศึกษาถึงรูปแบบ วิธีการบำบัดรักษาในชุมชนของโปรแกรมนี้อย่างจริงจัง ซึ่งจะเกิดความร่วมมือที่มากขึ้น อันจะส่งผลเกิดความตั้งใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวรวมทั้งชุมชนได้
2. พยาบาลสามารถนำผลที่ได้นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดทำโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทั้งทีมบำบัด สมาชิกในครอบครัวและในชุมชน สถานที่โดยการร่วมกันกำหนด เนื่องจากมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่นอกเหนือจากในครอบครัว มีบางเรื่องราวของครอบครัวที่ไม่อยากเปิดเผยให้บุคคลภายนอกได้ทราบ หากทำเป็นรายครอบครัวอาจจะทำให้การเข้ารับรู้อุปสรรคของการที่ยังกลับมาใช้ยาเสพติดมากยิ่งขึ้นและนำมาสู่การวางแผนป้องกันต่อไปได้

2. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบทเท่านั้น ซึ่งผลที่ได้อาจแตกต่างหากดำเนินการวิจัยในเขตชุมชนเมือง ดังนั้นจึงควรวิจัยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงในเขตชุมชนเมืองในครั้งต่อไป

3. เพื่อป้องกันกรปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง(contamination) งานวิจัยครั้งกลุ่มตัวอย่างควรดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเดียว

10.เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. คู่มือวัยรุ่น เส้นทางรอด ปลอดภัยบำบัดสุขภาพจิต. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2563.
2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี [Community based treatment and rehabilitation (CBTx) and Best Practices]. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาล ัญญารักษ์ภูมิภาค; 2562.
3. Wright, L. M., & Bell, J. M. Beliefs and Illness: A Model for Healing. Calgary, Canada: 4th Floor Press Tnc; 2009.
4. Ajzen, I., & Fishbein, M. Understanding attitude and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
5. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3) :p.607 – 610.
6. Polit DF & Hungler BP. Nursing research: Principles and methods. 6th edition. Philadelphia:Lippincott; 1999.
7. พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2561.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การพัฒนาหลักสูตรและการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร. กรุงเทพมหานคร:สุวีริยาสาส์น. 2546.
9. เอกรัตน์ หามนตรี. ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. วารสาร มหาคุพานาครทรรศน์ 2561;5(2).