



ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

โดย

นางไพวัล อัจหาญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

โดย

นางไพวัล อัจหาญ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558



THE EFFECTS OF A PSYCHOSOCIAL REHABILITATION PROGRAM
ON THE QUALITY OF LIFE OF ADDICTS

BY

MRS. PAIWAN ATHAN



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2015
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางไพวัล อัจหาญ


เรื่อง

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

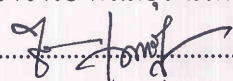
ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2559


ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นีรัทธราตร)


กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์หลัก


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ)


กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(นายแพทย์อังกร ภัทรากร)

คณบดี


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด
ชื่อผู้เขียน	ไพวัล อัจหาญ
ระดับปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดและสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง จำนวน 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จัดกลุ่มโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เพื่อคัดเลือกอำเภอก่อนที่จะดำเนินการ จำนวน 1 อำเภอ และสุ่มตัวอย่างสถานประกอบการสำหรับเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม จำนวน 7 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดยาเสพติด และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's Exact Test) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ dependence t-test และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ($M = 272.93, SD = 15.67$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 256.56, SD = 21.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.6$) (2) ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ($\bar{D}_1 = 16.37$)

สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 4.24$) ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=3.77$)

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการรักษา เพื่อกลับมาเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าต่อครอบครัว สังคมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม, ผู้ป่วยยาเสพติด, คุณภาพชีวิต



Thesis Title: THE EFFECTS OF A PSYCHOSOCIAL REHABILITATION PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF ADDICTS

Author: Mrs. Paiwan Athan

Degree: Master of Nursing Science

Department/University: Psychiatric and Mental Health Nursing
Faculty of Nursing, Thammasat University

Thesis Advisor: Assistant Professor Chomcheun Somprasert, Ph.D

Co-Advisor: Assistant Professor Nutchanart Bunthumporn, Ph.D

Academic Year: 2015

Abstract

The present study was based on a quasi-experimental research design conducted for the objective of studying the effects of a psycho-social rehabilitation program on quality of life in narcotic addict patients. The sample group for the study was composed of patients addicted to narcotics in business establishments who had been through treatment programs for narcotic addictions and were willing to receive services. The patients were waiting to receive follow-up treatment at hospitals in Rayong Province. There were two groups in which pre- and posttests were performed. The groups were arranged by simple random sampling aimed at screening in order to select one district where the testing was to be performed and the sample group at the business facility. An experimental group and a control group were used. The samples selected possessed characteristics meeting set criteria and willing to join in the research project. The control and experimental groups contained 30 subjects each. The experimental group received the psycho-social rehabilitation program for a total of 7 sessions over a period of 12 weeks. The control group received posttest follow-up following routine treatment. The instrumentation employed in data collection included the following: the narcotic addict quality of life evaluation questionnaire and the psycho-social rehabilitation program. Data were analyzed by percentage, Fisher's Exact Test. Comparison analysis involved comparing pre-and mean posttest scores on quality of life. Dependence t-test and comparison of the variances

in mean and quality of life scores were performed in the experimental and control groups by using independent t-test.

According to the findings, (1) After receiving the psycho-social rehabilitation program, the narcotic addict patients had higher quality of life scores ($M = 272.93$, $SD = 15.67$) than their pre-test scores ($M = 256.56$, $SD = 21.14$) with statistical significance at .001 ($t = 4.6$); (2) The variances in the pre- and posttest quality of life scores before and after receiving the psycho-social rehabilitation program of the experimental group receiving the psycho-social rehabilitation program ($\bar{D}_1 = 16.37$) higher quality of life scores the control group ($\bar{D}_2 = 4.24$) receiving routine nursing only varied with statistical significance at .001 ($t = 3.77$).

The research findings suggest that the psycho-social rehabilitation program can cause changes in the behavior of narcotic addict patients while giving these patients better quality of life. Therefore, the findings can be used as guidelines for therapy in addict patients in rehabilitation following treatment to ensure that this group of patients can be restored to their statuses as valued members of families and society as a whole.

Keywords: psycho-social rehabilitation program, addict patients, quality of life.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาดูแลเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาด บรรทมพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นีรัตตราตร ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ นายแพทย์อังกูร ภัทรากกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้คำชี้แนะ แนวทางในการศึกษา ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ตลอดจนการเสียสละเวลาอันมีค่าให้แก่ศิษย์ ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณนายแพทย์ชลิต เปสลาพันธ์ คุณกาญจนา ภูยาธร อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะ แนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต และคณาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่กรุณา ถ่ายทอดความรู้ คุณธรรม จริยธรรมเพื่อเป็นแนวทางในการทำงานและการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป

กราบขอบพระคุณนาวาอากาศตรีนายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ นายแพทย์ วิโรจน์ วีรชัย ที่กรุณาให้โอกาสได้ศึกษา ส่งเสริมและสนับสนุนด้วยดีตลอดมา กราบขอบพระคุณพี่น้อง ชาวธัญญารักษ์ ที่คอยดูแลให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด

กราบขอบพระคุณนายหนูกัน ศรีบุญเรือง และนางศรีพญา ศรีบุญเรือง บิดามารดา ที่ได้ให้ชีวิต อบรมสั่งสอนให้มีความมุ่งมั่น อดทน และส่งเสริมด้านการศึกษาของผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณนายรัชชัย-เด็กชายกานตภัท อาจหาญ ผู้ที่เอื้ออาทร สร้างแรงจูงใจ เป็นกำลังใจ และมอบความ ห่วงใยให้มาโดยตลอด

ขอบพระคุณพี่น้องนักบำบัดยาเสพติดทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอบพระคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยและขอขอบคุณบุคคลอื่นๆซึ่ง ไม่สามารถจะกล่าวนามได้ทั้งหมด ที่ได้เป็นที่ปรึกษา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ที่มีส่วน ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ไพวัล อาจหาญ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2559

สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพประกอบ	(12)
บทที่ 1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	4
1.5 ขอบเขตการศึกษา	4
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	4
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
1.8 สมมุติฐานการวิจัย	7

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การบำบัดรักษายาเสพติด	
2.1.1 ความหมายของยาเสพติด	9
2.1.2 ความหมายของการเสพติด	10
2.1.3 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติด	11
2.1.4 การจำแนกผู้ป่วยยาเสพติด	13
2.1.5 ขั้นตอนการบำบัดรักษายาเสพติด	14
2.2 โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม	
2.2.1 แนวคิดและหลักการ	17
2.2.2 วัตถุประสงค์	20
2.2.3 แนวทางการดำเนินงาน	21
2.2.4 วงจรควบคุมคุณภาพ	22
2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
2.3 คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด	
2.3.1 แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต	25
2.3.2 เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพชีวิต	26
2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการทดลอง	29
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
3.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	35
3.5 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล	36
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	39
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ผลการวิจัย	41
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	45
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
5.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	56
5.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	56
5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	57
5.3 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	58
5.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	58
5.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	58
5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	59
5.5 สรุปผลการวิจัย	59
5.6 ข้อจำกัดการวิจัย	60
5.7 ข้อเสนอแนะ	60
รายการอ้างอิง	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	70
ภาคผนวก ก ใบรับรองพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์	71
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง	73
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	76
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	77
ภาคผนวก ง-1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	78
ภาคผนวก ง-2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	85
ภาคผนวก จ ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้าน	95
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ประวัติผู้วิจัย	97

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 รูปแบบการทดลอง	29
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัดรักษา	41
4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามอายุ และ ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด	43
4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	44
4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง 12 สัปดาห์	44
4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	45

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่	
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานยาเสพติดโลก ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีประชากรใช้ยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งประมาณ 230 ล้านคนหรือร้อยละ 5 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก โดยมีผู้ติดยาเสพติด จำนวน 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดถึง 200,000 คน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012) ในแต่ละปียาเสพติดก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย และนำความทุกข์มาสู่ตนเองและครอบครัวเกิดปัญหาอาชญากรรม และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ เมื่อปี ค.ศ 2009 มีผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาทั่วโลกประมาณ 4.5 ล้านคน ทำให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาประมาณ 200 – 250 ล้านล้านดอลลาร์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเสพติดมีผลกระทบต่อกระบวนการผลิต ซึ่งเกิดจากการสูญเสียความสามารถของบุคคลที่ไม่สามารถที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด ซึ่งบางรายอาจจะเข้าสู่ระบบการบำบัดมากกว่า 4 - 8 ครั้ง (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014) นอกจากนี้ผู้ติดยาเสพติดยังต้องสูญเสียเงินและทรัพยากรเพื่อให้ได้มาซึ่งยาเสพติดที่จะต้องเสพอยู่ตลอดเวลา ญาติต้องเสียเวลา เสียเงิน สำหรับการดูแล รักษาผู้ติดยาเสพติด

ในประเทศไทยรัฐบาลได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง และมีการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ทำให้มีผู้ติดยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษามาก ในปี 2556 - 2558 มีผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ จำนวน 356,107 ราย, 263,057 ราย และ 164,068 รายตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยพบว่ามีค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องสูญเสียในการบำบัดรักษาเฉลี่ยขั้นต่ำ 8,366 บาทต่อราย (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2552) ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการบำบัดรักษาพบว่าเป็นต้นทุนที่สูงมาก อย่างไรก็ตามยังพบว่าหลังจากที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาแล้วกลับไปเสพซ้ำสูงถึง ร้อยละ 75 ในระยะสามเดือนแรกหลังจากหยุดยา (ทรงเกียรติ ปิยะกะและเวทิน ศันสนีย์วิทย์, 2544) เนื่องจากขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคมอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา และพบว่าปีงบประมาณ 2556 - 2558 หลังการรักษาครบกำหนดเลิกได้เพียงร้อยละ 49.47, 37.30 และ 16.10 ตามลำดับ

ในพื้นที่จังหวัดระยองมีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และเมื่อสิ้นสุดการติดตามการรักษาพบว่าเลิกได้ เพียงร้อยละ 45.14, 71.29 และ 42.66 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งพบว่าอัตราการเลิกได้ยังคงค่อนข้างน้อย เนื่องด้วย ผลของการใช้ยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การบกพร่องในกระบวนการรู้คิด การหลงลืม (Cammen, et.al., 2014, p.20) ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และอาจย้อนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้อีก ซึ่งหากใช้ยาเสพติดเป็นระยะ

เวลานานๆ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆด้าน โดยด้านร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม คิดช้า ความจำเสื่อม และจิตใจไม่ปกติ บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลง ขาดความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ดำเนินการต่างๆด้วยตนเอง มีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ บกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ตลอดจนขาดความอดทนในการกระทำการสิ่งใดๆให้บรรลุเป้าหมาย ขาดความรับผิดชอบ มักเก็บตัว หรือปลีกตัวออกจากสังคม หรือบางครั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นโรคทางจิตเวช ในรายที่เสพปริมาณมากๆ จะมีผลต่อสมอง (วิโรจน์ วีระชัย, 2548) เกิดปัญหาด้านครอบครัว ด้านการเงิน การศึกษา และอาชีพ มีโอกาสถูกเลิกจ้างงานได้ (พิเชษ จันทรเจนนจบและคณะ, 2555) ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในสังคมมักได้รับการตีตราจากสังคม หรือจากผู้ป่วยเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (สำนักงาน ป.ป.ส., 2557; เบลูจมาศ ดวงจำปาและมานพ คณะโต, 2558) เนื่องจากยาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นภัยคุกคามกับสังคมโดยรวม และจากฤทธิ์ของยาที่ติดจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดพยายามทุกวิธีเพื่อที่จะหายามาเสพ

จากการทบทวนการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย พบว่าในผู้ที่ใช้ยาเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไปในทุกด้าน (นันทวิช สิริธรรักษ์และคณะ, 2555) ดังนั้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดกลับคืนสู่สังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงเป็นประเด็นปัญหาที่ทำนายของทีมสุขภาพ ว่าควรมีการออกแบบ กลวิธี พัฒนามาตรการ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด รวมถึงคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ และให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล สามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการพึ่งตนเองได้ เพิ่มศักยภาพให้สามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่กลับไปเป็นผู้ติดยาเสพติดอีก และให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ รวม 6 ด้าน ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHO,1997; เสาดาทหอ โสดาติส และคณะ, 2552)

การฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการดูแลต่อเนื่องที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการพัฒนาทักษะต่างๆที่จำเป็น ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อ การดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา สันเสรี และคณะ (2554) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการได้รับการจัดการรายกรณี มีระดับดีขึ้น

จากที่กล่าวข้างต้นควรให้ความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (พรพิมล ศักดิ์สูง, 2548) ในผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ มองเห็นคุณค่าและมีความ

ภาคภูมิใจในตนเอง มีการทำหน้าที่ในครอบครัวที่เหมาะสมก็จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุวิมล สนั่นชาติวณิช, 2554)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องที่สำคัญ เนื่องจากสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเครียดและจากตัวผู้ป่วยเองที่มักจะเป็นผู้ด้อยโอกาส ขาดการสนับสนุนทางสังคม หากได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ และให้ความรู้ ก็จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดและคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง และสังคม ลดการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาลและการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ติดยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษาและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม อีกทั้งพบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมยังมีงานวิจัยค่อนข้างน้อยและเป็นศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยอื่น สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดยังค่อนข้างมีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาครบตามกำหนดแล้ว สามารถพัฒนาศักยภาพตัวเองในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับไปติดยาเสพติดซ้ำ

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

1.3.2 ผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาและมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง ตั้งแต่วันที่ 19 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2558

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดทุกประเภทที่รับการรักษาที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง และสิ้นสุดการรักษาโดยการจำหน่ายครบเกณฑ์กำหนด

1.6.2 โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม หมายถึง โปรแกรมการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลและพัฒนาสภาพร่างกาย จิตใจ การมีอิสรภาพในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม การปฏิเสธ การรับการสนับสนุนทางสังคมและการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง เรียนรู้เพื่อทำตนเป็นที่พึ่งตนเอง ใช้ชีวิตในสังคมให้เป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดยาซ้ำ โดยการสนับสนุนทางสังคม ภายใต้อาสาสมัครเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตดำเนินการทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่ละครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดตามโปรแกรมดังกล่าว เพื่อช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรคในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม โดยมีขั้นตอน คือ

1.6.2.1 วางแผน (Plan) หมายถึง การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม วิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยการร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา การตรวจสอบ และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา

1.6.2.2 ปฏิบัติ (DO) หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งการปฏิบัติจริงจะต้องดำเนินการไปตามแผน วิธีการและขั้นตอน ที่ได้กำหนดไว้และจะต้องเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป

1.6.2.3 ตรวจสอบ (Check) เป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนากิจกรรมต่อไป

1.6.2.4 การปรับปรุง (Act) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่มีการตรวจสอบแล้ว เพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำ ด้วยวิธีการใหม่

1.6.3 โปรแกรมการพยาบาลตามปกติ หมายถึง โปรแกรมการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยองจัดให้สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย การสังเกตอาการ/พฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู การพูดคุย ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ การให้ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิต การเลิกยาเสพติด/ทักษะการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และการประสานกับหน่วยบำบัด เพื่อส่งต่อในกรณีที่พบว่าผู้ผ่านการบำบัดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

1.6.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง สภาวะความพร้อมของผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคลซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย องค์ประกอบดังนี้

1.6.4.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง การปลอดจากอาการถอนพิษยาต้านอาการทางกายทั่วไป ด้านระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาการทางจิตเวช และการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยยาเสพติด

1.6.4.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง การปลอดจากความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า การมีสมาธิ ความคิด ความจำ และการนับถือตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด

1.6.4.3 คุณภาพชีวิตด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล หมายถึง การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งพาการรักษา และการทำงานของผู้ป่วยยาเสพติด

1.6.4.4 คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และเพื่อนของผู้ป่วยยาเสพติด

1.6.4.5 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การมีสภาพแวดล้อมอยู่อาศัยที่มีความปลอดภัยมั่นคงในชีวิต และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพติด

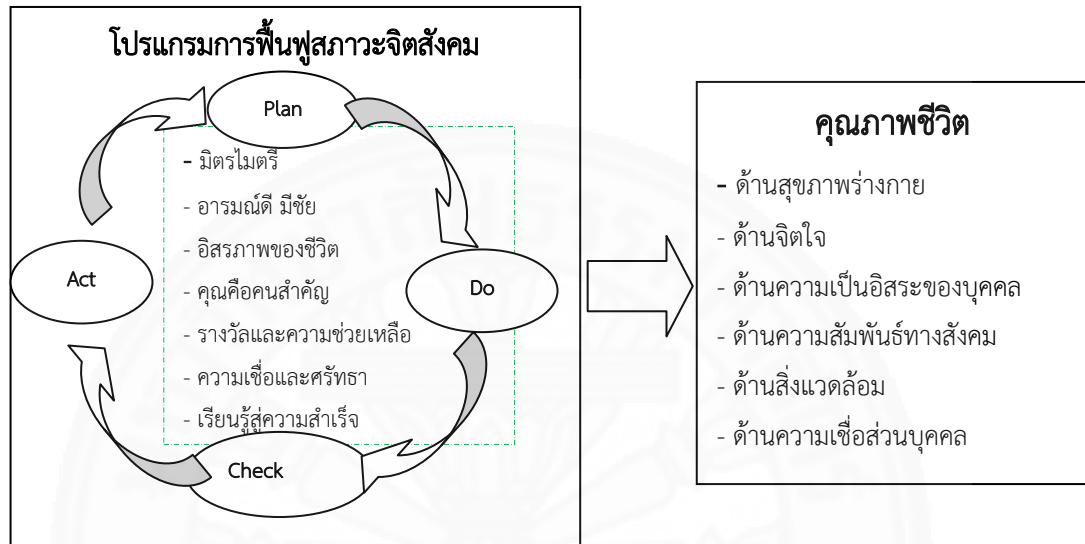
1.6.4.6 คุณภาพชีวิตด้านความเชื่อส่วนบุคคล หมายถึง การมีความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยยาเสพติด

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ ยูยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดที่สำคัญ เนื่องจากสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเครียดและตัวผู้ป่วยเองที่มักจะเป็นผู้ต้อโอกาส ขาดการสนับสนุนทางสังคม หากได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เป็นต้น และให้ความรู้ จะเป็นเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง สังคม ลดอาการทางยาเสพติด ลดการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข

ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดครอบคลุมการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลและพัฒนาสภาพร่างกาย จิตใจ การมีอิสรภาพในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม การปฏิเสธ การรับการสนับสนุนทางสังคมและการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง เรียนรู้เพื่อทำตนเป็นที่พึ่งตนเอง ใช้ชีวิตในสังคม ให้เป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดไปติดยาซ้ำ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดให้สามารถฟื้นฟูสมรรถนะตนเองในด้านต่างๆ โดยเริ่มจาก 1) การวางแผน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม วิธีการและขั้นตอนที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยการร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา การตรวจสอบ และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา 2) การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ตามวิธีการและขั้นตอน ที่ได้กำหนดไว้และเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานกิจกรรมไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป 3) การตรวจสอบเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาผู้ป่วยต่อไป และ 4) การปรับปรุง

กิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่มีการตรวจสอบแล้ว เพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำ ด้วยวิธีการใหม่ในกรณีที่มีการดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ไม่บรรลุตามเป้าหมาย (มรรยาท รุจิวิษชญ์, 2556) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาและให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงในแผนภาพ ที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

1.8.2 ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าตำรา เอกสาร รายงาน บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 การบำบัดรักษายาเสพติด

- 2.1.1 ความหมายของยาเสพติด
- 2.1.2 ความหมายของการเสพติด
- 2.1.3 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติด
- 2.1.4 การจำแนกผู้ป่วยยาเสพติด
- 2.1.5 ขั้นตอนการบำบัดรักษายาเสพติด

2.2 การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

- 2.2.1 แนวคิดและหลักการ
- 2.2.2 วัตถุประสงค์
- 2.2.3 แนวทางการดำเนินงาน
- 2.2.4 วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A)
- 2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3 คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด

- 2.3.1 แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต
- 2.3.2 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การบำบัดรักษายาเสพติด

2.1.1 ความหมายของยาเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ให้ความหมายว่า "any substance which, when taken into the living organism, may modify one or more of its functions" ยาเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น

องค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สารใด ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ที่มีผลต่อจิตใจและระบบประสาท

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ให้ความหมายของยาเสพติดไว้ว่า สารเคมี หรือวัตถุชนิดใดๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะที่สำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพ มีอาการถอนพิษยาเมื่อขาดยา มีความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดเวลา สุขภาพทรุดโทรม

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ให้ความหมายของยาเสพติดว่า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 และสารระเหย

พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ.2534 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ให้ความหมายของยาเสพติดว่า หมายถึง ยาเสพติดตามกฎหมายยาเสพติดให้โทษและยาเสพติดตามกฎหมายป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตามที่รัฐมนตรีกำหนดในกฎกระทรวง

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ให้ความหมายของยาเสพติดว่า ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษและยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ให้ความหมายของยาเสพติดว่า หมายถึง ยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า ยาเสพติด ในที่นี้หมายถึง สารใดๆ ที่เสพเข้าไปสู่ร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น รับประทาน สูบ ฉีด ดมฯ หรือวิธีการใดๆ แล้ว เมื่อใช้ติดต่อกัน

ขณะหนึ่งแล้วมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ไม่สามารถหยุดได้ หรือมีอาการถอนพิษเมื่อหยุดยา

2.1.2 ความหมายของการเสพติด

"เสพ" ตามพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (สำนักงาน ป.ป.ส., 2555) ให้ความหมายว่า การรับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ หรือมีอาการติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งสามารถตรวจสอบและแสดงผลได้ตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่าผู้นั้นได้รับยาเสพติดให้โทษ ประเภทใดเข้าสู่ร่างกาย

Diagnosis and statistical manual of mental disorder fifth edition DSM-5™ (American psychiatric association, 2013) ให้ความหมายของการเสพติดว่ามีข้อบ่งชี้ที่สำคัญ คือ

- 1) ใช้สารในปริมาณมาก และนานกว่าที่ตั้งใจ
- 2) มีความต้องการสารนั้นตลอดเวลา แม้พยายามลดหรือหยุดใช้ แต่ก็ไม่สำเร็จ
- 3) เสียเวลา มีการใช้ง่ายมากกับการใช้สารนั้น หรือการฟื้นฟูอาการ
- 4) มีอาการโหยหาและสารเสพติด (craving)
- 5) ไม่สามารถทำภารกิจ ที่สำคัญได้เนื่องจากการเสพสารนั้น
- 6) ยังคงเสพสารนั้น แม้เกิดปัญหาต่อความสัมพันธ์กับบุคคล
- 7) ตัดทอนสิ่งสำคัญในการดำเนินกิจกรรมๆต่างที่เคยปฏิบัติ แม้แต่การพักผ่อนหย่อนใจ
- 8) ยังคงเสพสารนั้น แม้อยู่ในสถานการณ์ที่อันตรายต่อชีวิต
- 9) ยังคงเสพสารนั้น แม้รู้ว่าการเสพนั้นทำให้สุขภาพกายและจิตใจแย่ลง
- 10) เกิดภาวะติดยา
- 11) เกิดภาวะถอนยา

มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2555) ให้ความหมายของคำว่า การเสพติด หมายถึง เมื่อใช้สารแล้วเกิดผลอย่างน้อย 3 อย่าง ดังนี้ มีอาการติดยา มีอาการขาดยา ใช้สารเป็นระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจไว้ ต้องการสารนั้นตลอดเวลาแม้จะพยายามหยุดแต่ไม่สำเร็จ ใช้เวลากับการเสาะหาสารนั้นมาเสพ กิจกรรมสำคัญ หน้าที่การทำงานเสียไป และถึงแม้ว่าจะทราบว่าจะเสพสารนั้นก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจก็ยังคงใช้สารนั้นต่อไป

ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ (2545) กล่าวว่า การติดยาเสพติดจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีอาการอย่างชัดเจนใน 12 เดือน และมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 1 อย่าง ประกอบด้วย การงานเสียไป ยังใช้ยาต่อไปทั้งที่มีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต ถูกจับกุม หรือมีปัญหากับครอบครัว

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 (กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด, 2551) ให้ความหมายของการติดยาเสพติดว่า หมายถึง การเสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้นได้ตามหลักวิชาการ

จากความหมายของการเสพติดดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การเสพติด เป็นการรับสารเข้าไปสู่ร่างกายและเมื่อใช้นานๆ จะไม่สามารถหยุดได้เอง ทั้งที่รู้ว่าเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ หรือหยุดแล้วมีอาการถอนยา มีความต้องการตลอดเวลา ต้องพยายามทุกวิธีเพื่อให้ได้ยามาเสพ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางลบ ทำให้กิจวัตรประจำวันเสีย การทำหน้าที่ของตนเองบกพร่อง

2.1.3 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติด

ปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นเรื่องซับซ้อนและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โทษพิษภัยที่เกิดจะทำให้ผู้เสพมีร่างกายที่ทรุดโทรม ส่งผลกระทบต่อเนื่องในเรื่องของภาวะจิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ใช้ยาเสพติด ผลกระทบที่เกิดจากยาเสพติดที่สำคัญ คือ

2.1.3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เสพ ฤทธิ์ยาเสพติด จะมีผลต่อระบบประสาท และระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายตลอดจนจิตใจของผู้ที่เสพเสมอ ผลกระทบที่เกิดคือ

(1) ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ติดยาเสพติดเกือบทุกประเภทร่างกายจะซูบซีด ผอมเหลือง เหลือแต่หนังหุ้มกระดูก ความคิดอ่านช้า ความจำเสื่อม ขาดสติ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ในรายที่เสพปริมาณมากๆ อาจจะมีผลต่อสมอง (วิโรจน์ วีรชัย, 2548) ทำให้ฟันเพี้ยนอาจเกิดอาการประสาทหลอน ซึ่งนำมาสู่การทำร้ายตนเอง หรือเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะถึงแก่ชีวิตได้

(2) ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้เกิดสภาวะทางจิตใจไม่ปกติ สมรรถภาพทางจิตเสื่อมลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งจะผลักดันให้ผู้เสพกลายเป็นผู้ที่ด้อยสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ (พิชัย แสงชาญชัย, 2557) ในการอยู่ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกภาพเสีย ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เช่น การโกหก ไม่รับผิดชอบ ก้าวร้าวหรือพิการ

2.1.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้ติดยา มักได้รับความเดือดร้อนไม่มีความสุขจากผู้ติดยาเสพติด นอกจากจะทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของตนเองและครอบครัวแล้ว ยังทำให้เป็นคนที่ไม่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ไม่ดูแลห่วงใยครอบครัว ต้องสูญเสียเศรษฐกิจและรายได้ เนื่องจากต้องหางานมาซื้อยา บางรายมีโรคแทรกซ้อนทำให้ต้องสูญเสียเงินในการรักษาตนเอง ทำให้เป็นภาระครอบครัว หรือในรายที่หัวหน้าครอบครัวถูกจับกุมทำให้บุตรไม่มีที่พึ่งพิง อาจนำไปสู่การเสพยาโดยการชักชวนของเพื่อน ทำให้ปัญหายิ่งเพิ่มขึ้นนำไปสู่การเกิดครอบครัวแตกแยกได้ (ธัญญารักษ์, 2545)

2.1.3.3 ผลกระทบต่อสังคม ในพื้นที่ที่มีการใช้ยาเสพติดมาก พื้นที่นั้นจะไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เนื่องจากจะเป็นแหล่งมั่วสุมและกระทำความผิดกฎหมายอื่นๆ เช่น การลักขโมย ปล้น ฆ่า ปัญหาเด็กและเยาวชน เนื่องจากผู้ติดยาต้องพยายามทุกวิถีทางในการหาเงินมาซื้อยาเพื่อเสพ และปัญหาที่น่าเป็นห่วงคือ การที่ผู้เสพยาครั้งแรกมีอายุน้อยลง เป็นกลุ่มวัยที่เป็นวัยรุ่นและวัยทำงานมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งจะเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่า ส่งผลให้การพัฒนาสังคมล่าช้าและกลายเป็นภาระสังคม

2.1.3.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การที่มีผู้ติดยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาจำนวนมากในประเทศไทย และพบว่ารัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาเฉลี่ยขั้นต่ำ 8,366 บาทต่อราย (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2552) การดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2554 - 2558 รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา ยาเสพติด 1,581 ; 2,545; 2,741 ; 3,001 และ 3,107 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดดังกล่าว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการ เรื่อง การป้องกันปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 5 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุมคณะรัฐมนตรี ชั้น 2 อาคารสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (หลังใหม่) กรุงเทพฯ) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด หากลดปัญหานี้ได้และพัฒนาบุคคลกลุ่มนี้ให้มีสมรรถนะ และสามารถหารายได้ให้เพิ่มขึ้นคนละ 100 บาทต่อวันไม่ต้องสูญเสียงบประมาณดังกล่าว รัฐจะมีรายเพิ่มขึ้นปีละกว่าสามพันล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณจำนวนมาก

2.1.3.5 ผลกระทบต่อประเทศชาติ ผลกระทบจากความร้ายแรงของสารเสพติดมีผลโดยตรงต่อความมั่นคงของประเทศชาติ โดยเฉพาะปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง การแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มของเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญปัญหา ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการทำลายศักยภาพของประชากร และปัญหาการขยายตัวขององค์กรอาชญากรรม นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับการลักลอบค้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเป็นประเทศทางผ่านและประเทศปลายทางในขณะที่การลักลอบขนยาเสพติดและแหล่งพักยาเสพติดอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดนฝั่งไทยและประเทศเพื่อนบ้าน กลุ่มนักค้าจากนอกภูมิภาคเข้ามามีบทบาทสำคัญในการค้ายาเสพติดระหว่างประเทศ ในการลำเลียงยาเสพติดจากหลายแหล่งผลิตทั้งในและนอกภูมิภาค ซึ่งการจับกุมกระทำได้ยากขึ้น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2558)

ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดในการศึกษาค้นคว้า พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ที่ตัวผู้ป่วยเองพบว่าร่างกายทรุดโทรม น้ำหนักลด เครียด หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ผู้ป่วยมีรายได้จากการทำงาน เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายของตัวเอง

ส่วนมากหมดไปกับการนำไปซื้อยาเสพติดไม่เหลือเก็บหรือเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในครอบครัว ต้องให้คนในครอบครัวเข้ามารับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่น ครอบครัวไม่รับรู้ในพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย เนื่องจากยังสามารถทำงาน และใช้ชีวิตในสังคมได้

2.1.4 การจำแนกผู้ป่วยยาเสพติด

การบำบัดรักษายาเสพติด (สถาบันธัญญารักษ์, 2554) ได้กำหนดแนวทางในการคัดกรองระดับการเสพติดเพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสม โดยใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จำแนกผู้ใช้ยาเสพติดเป็น 3 กลุ่ม และมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ ดังนี้

2.1.4.1 กลุ่มผู้ใช้

กลุ่มผู้ใช้เป็นกลุ่มที่ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข มีคะแนน 2-3 แนวทางในการให้ความช่วยเหลือในกลุ่มนี้คือ การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 – 2 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ตลอดจนการให้การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน และให้การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ในรายที่มีอาการ)

2.1.4.2 กลุ่มผู้เสพ

กลุ่มผู้เสพ เมื่อประเมินโดยใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข จะมี คะแนนระหว่าง 4 - 26 คะแนน ในกลุ่มนี้จะมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ คือ การนำเข้าค่ายปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) (Motivational Enchantment Therapy : MET) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified Matrix, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, คลินิกใกล้ใจในชุมชนและอาจจะมีการรักษาด้วยยา (Medication) และการรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) ซึ่งในการการให้ความช่วยเหลือแต่ละรูปแบบจะมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน

2.1.4.3 กลุ่มผู้ติด

กลุ่มผู้ติด เมื่อประเมินโดยใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข มีคะแนน 27 ขึ้นไป แนวทางในการให้ความช่วยเหลือในกลุ่มนี้คือ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, Matrix Program (ระยะเวลา 4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT), การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET), ครอบครัวบำบัด, จิตบำบัดแนวซาเทียน์ (Satir Model) ระยะเวลา 2 - 4 เดือน การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายไหม (FAST Model) ระยะเวลา 4 เดือน -1 ปีการรักษาด้วยยา (Medication) การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

ผู้ป่วยยาเสพติดที่ร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา ได้รับประเมินโดยใช้แบบคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข มีคะแนน 27 ขึ้นไป ซึ่งจำแนกได้ว่าเป็นประเภทผู้ติด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย หรือจิตใจ และได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจิตสังคมบำบัด (Modified Matrix) ใช้ระยะเวลา 4 เดือน

2.1.5 ขั้นตอนการบำบัดรักษายาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพ และสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้กำหนดขั้นตอนการบำบัดรักษาเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

2.1.5.1 การเตรียมการ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ภายใต้นี้จะมีการซักประวัติข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการใช้ยาและสารเสพติดของบุคคลในครอบครัว ข้อมูลทางสังคม การประเมินสภาพร่างกาย สภาพสิ่งแวดล้อมและคัดกรองระดับการเสพติดทั้งนี้เพื่อให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสม ทำความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเพื่อเตรียมตัวเข้ารับการรักษา รูปแบบของการบำบัดรักษาในแต่ละรูปแบบ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา และบทบาทของญาติที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารวมถึงการให้คำปรึกษาต่างๆ

2.1.5.2 การบำบัดด้วยยา เป็นการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อลดอาการถอนพิษยา และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อขาดยา เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น ในการบำบัดรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะมีการให้ยาตามแต่ชนิดของยาเสพติดที่ผู้ป่วยใช้และตามอาการที่เกิดขึ้นและในขั้นตอนนี้จะมีการให้คำปรึกษา สุขศึกษา และประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

2.1.5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิด และพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า ระยะเวลาประมาณ 4 เดือน เพื่อให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยไม่เสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติดซ้ำ

2.1.5.4 การติดตามหลังการบำบัดรักษายาเสพติด เป็นการติดตามดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อร่วมเป็นกำลังใจและเป็นที่ปรึกษาหากผู้ป่วยมีปัญหาของตนเองขณะอยู่ในสังคม ใช้ระยะเวลา 1 ปี

(1) ความหมายของการติดตามหลังการบำบัดรักษายาเสพติด

การติดตามการรักษา หมายถึง การติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัด ฟื้นฟูและพัฒนาที่กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน โดยให้การช่วยเหลือ ประคับประคอง

ให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผ่านการบำบัด ฟันฟูสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก ระยะนี้ใช้เวลา 1 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามดูแลผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่ได้ผ่านการบำบัดรักษา โดยให้การช่วยเหลือระดับประคอง ให้คำแนะนำ เสริมสร้างความมั่นใจทั้งผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัวเพื่อใช้ความสามารถของตนเองดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติสุข โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

การติดตามดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การติดตาม ดูแลผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด ฟันฟูและพัฒนาที่กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนโดยให้การช่วยเหลือระดับประคอง ให้คำแนะนำ เสริมความมั่นใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติดที่รักษาหายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติโดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก รวมถึงการติดตามผลของการบำบัด ฟันฟูและพัฒนา ป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยให้คำปรึกษาช่วยเหลือและสร้างความมั่นใจ (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การติดตามหลังการบำบัดรักษายาเสพติด ในที่นี้ หมายถึง การติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ในระยะไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อให้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถดูแล ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

(2) วิธีการติดตาม ดูแลหลังการบำบัดรักษายาเสพติด

ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้กล่าวถึงวิธีการติดตาม ดูแลหลังการบำบัดรักษา ฟันฟูและพัฒนา ที่ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ และสัมภาษณ์ญาติ

กระทรวงสาธารณสุข (2546) กล่าวถึงวิธีการติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษายาเสพติด ประกอบด้วยการติดตามทางตรง เป็นการพบกับตัวผ่านการบำบัดฟันฟูเอง ทำได้โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือที่ทำงาน สถานศึกษาที่ผู้ผ่านการบำบัด ฟันฟู กลับไปอาศัยอยู่ ทำงานต่อ ศึกษาต่อ หรือโดยการนัดมาพบที่ใดที่หนึ่ง เช่น ที่สถานบำบัด ที่ทำการในชุมชนต่างๆ และการติดตามทางอ้อม เป็นการติดตามที่ไม่ได้พบกับตัวผ่านการบำบัดฟันฟูโดยตรง อาจจะใช้วิธีการสอบถามจากผู้ใกล้ชิดของผู้ผ่านการบำบัด ฟันฟู หรือการสอบถามทางจดหมาย ทางโทรศัพท์

(3) กิจกรรมในการติดตามหลังการรักษายาเสพติด

กิจกรรมที่สำคัญในการติดตามหลังการบำบัดรักษายาเสพติด มีดังนี้

- 1) สังเกตอาการ/พฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัด ฟันฟูและพัฒนา
- 2) การพูดคุย ให้คำปรึกษา ให้ความมั่นใจ
- 3) ให้ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิต การเลิกยา

เสพติด/ทักษะการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

4) ประสานกับหน่วยบำบัดเพื่อส่งต่อในกรณีพบว่าผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

5) บันทึกข้อมูลในแบบรายงาน

ผู้ป่วยยาเสพติดที่ร่วมในการวิจัยในครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนการติดตามรักษา ซึ่งได้ผ่านขั้นตอนการเตรียมการ การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมและการพยาบาลตามปกติดังกล่าวข้างต้น ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความพร่องทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ให้สามารถปรับตัวคืนสู่ภาวะปกติได้ ผู้ติดยาเสพติดเป็นบุคคลที่บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลง การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ บกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ตลอดจนขาดความอดทนในการกระทำการสิ่งใดๆให้บรรลุเป้าหมาย ขาดความรับผิดชอบ มักเก็บตัวหรือปลีกตัวออกจากสังคม ซึ่งเมื่อได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้รับการจำหน่ายให้กลับไปดำเนินชีวิตในสังคม จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการติดตามหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดให้ประสบความสำเร็จในการป้องกันมิให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

2.2.1 แนวคิดและหลักการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมว่า เป็นกระบวนการที่ให้โอกาสแก่ผู้ที่ด้อยโอกาสที่มีความบกพร่อง พิกัดจากการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้และทำหน้าที่ของตนเองในชุมชนได้ โดยพัฒนาสมรรถนะของบุคคลและการแนะนำในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยทางจิตดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของบุคคล และสังคมให้ได้มากที่สุด และลดความพิการให้เหลือน้อยที่สุด เป็นทางเลือกที่ทำให้การดำเนินชีวิตในชุมชนประสบความสำเร็จที่ผ่านมาการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม ได้ดำเนินการหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้น ดังนั้นแนวคิดจึงมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและลดความพิการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและจิตใจ การทำงานเริ่มแรกดำเนินการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และต่อมาได้มีแนวคิดที่ว่าผู้ที่ทำงานในชุมชนก็มีศักยภาพสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน วิธีการดำเนินงานจะจัดให้มีบริการที่ให้การดูแล การรักษาและการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ลดระดับความเครียด และให้มีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมให้

มากที่สุด เพื่อลดการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (เกียรตินิยม วงศ์จรจิตและคณะ, 2552)

ยูยส์ (Uys, 1991) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคม และมีสมมุติฐานว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสมรรถภาพจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดที่สำคัญ เนื่องจากสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเครียดและตัวผู้ป่วยเองที่มักจะเป็นผู้ด้อยโอกาส ขาดการสนับสนุนทางสังคม หากได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เป็นต้น และให้ความรู้ จะเป็นเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง สังคม ลดอาการทางยาเสพติด ลดการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข กรอบนื้ออธิบายขั้นตอนของการกลับมาเสพติดหรือทำให้โรคกำเริบในผู้ป่วยจิตเวชซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- 1) การเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือหลังจากเกิดภาวะเครียด
- 2) ความเครียดทำให้อาการเพิ่มขึ้น เกิดความตึงเครียด หูแว่วประสาทหลอน
- 3) แนวทางการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะเครียด ก่อนที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาเสพติดหรือป่วยซ้ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาเสพติด คือ ตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การด้อยค่าผู้ป่วยซึ่งหมายถึงการสูญเสียบุคลิกภาพ โครงสร้างทางสรีรวิทยาหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย การติดยาผู้ป่วย ผลกระทบอาจจะมากกว่าหรือน้อย เป็นผลจากการได้รับยาว่าเพียงพอหรือไม่ ข้อจำกัดของความสามารถในการดำเนินกิจกรรม หมายถึง ข้อบกพร่องใน ทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการเผชิญปัญหา ทักษะสังคม ทักษะการประกอบอาชีพ และปัจจัยเครือข่ายทางสังคม เนื่องจากการขาดทักษะต่างๆเป็นจุดเด่นของผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวช และจะมีสุขภาพจิตศึกษาเป็นทางเลือก พื้นฐานของรูปแบบนี้กล่าวว่าความสามารถโดยธรรมชาติว่ามีหรือไม่มีก็ได้ แต่เป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้

ปัจจัยเครือข่ายสังคม หมายถึง เครือข่ายสังคม เครือข่ายผู้ป่วย กลุ่มและสถาบันที่จะเชื่อมต่อสังคม ได้แก่ แหล่งที่ให้การสนับสนุน การสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มขึ้นโดยให้ความรู้ในเรื่องแหล่งจัดการทรัพยากร ทักษะต่างๆคล้ายกับกรณีของแต่ละบุคคล คนในเครือข่ายทางสังคมต้องมี ทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะทางสังคมของครอบครัว รวมถึงการมีสุขภาพดี มีรูปแบบการสื่อสาร ทักษะการเผชิญปัญหา รวมถึงการจัดการทั้งการรักษาและ ความด้อยค่าของผู้ป่วย ให้การรักษาเพื่อพัฒนาทักษะ

กิจกรรมที่ให้ในการฟื้นฟูสภาวะจิต สังคม ประกอบด้วย สุขภาพจิตศึกษา ที่ให้ความรู้ใน ทักษะที่จะช่วยเพิ่มส่งเสริมการฝึกการทำหน้าที่ทางจิตสังคม ยาที่ใช้งานใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และการจัดการทรัพยากร เป้าหมายมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยที่ได้รับการประสานงาน สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ และการพัฒนาทรัพยากรให้มีความเหมาะสม

ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมตามแนวคิดนี้ คือ การฟื้นคืนสถานการณ์การทำงาน หมายถึง ความสามารถในการใช้ทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การสื่อสาร ในสังคม การสันทนการฯ บันที่กอาการของโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต

คราวด์ และแกรนด์ฟิลด์ (Cloud & Granfield, 2008) ได้ศึกษาเรื่องแนวคิดของทุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ติดยาเสพติด วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อขยายผลของโครงสร้างและอธิบายผลของการศึกษาที่ผ่านมา ในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการคงไว้ในการใช้ยาที่ผิดและแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงลบ ซึ่งจะทบทวนความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างเพศ อายุ สุขภาพกาย สุขภาพจิต การกีดกัน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาจากงานวิจัยหลายๆ งาน พบว่าการนำตนเองออกจากการใช้ยาในทางที่ผิดขึ้นกับความสามารถและคุณลักษณะของบุคคล และการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรหรือแหล่งทุนในการให้ความช่วยเหลือ การศึกษาในครั้งนี้ได้ให้ความสนใจสถานะของผู้ป่วยที่มีอาชิว, การศึกษา, และอาชญากรรมของกลุ่มตัวอย่าง และสนใจที่จะพัฒนางานมากกว่าการยืนยันทฤษฎี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ที่ต้องการเลิกยาเสพติด ซึ่งมีการจำแนกโดยใช้ DSM IV โดยศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่ม กลุ่มแรกและกลุ่มที่ 2 จำนวน 46 คน ที่ผ่านการบำบัดและกระบวนการกลุ่มให้การช่วยเหลือกันและกัน และไม่ใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลา 1 ปี กลุ่มที่ 3 จำนวน 22 คน ที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและร่วมกลุ่มให้การช่วยเหลือกันและกัน 12 ขั้นตอน กลุ่มเป้าหมายเป็นแอฟริกาอเมริกันที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาเองได้ เนื่องจากยังเรียนไม่จบและไม่ม้งานทำ

จากการศึกษาครั้งนี้และจากข้อมูลเดิมที่มีจึงแบ่งทุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (Cloud & Granfield, 2008)

1) ทุนทางสังคม หมายถึง แหล่งสนับสนุนที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ช่วยทำให้พวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นแหล่งทุนที่เขาได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความใกล้ชิดผูกพันกัน ช่วยอำนวยความสะดวกในการเอาชนะอุปสรรคในชีวิตที่สำคัญ และให้การช่วยเหลือในด้านอารมณ์ ซึ่งจะทำให้เขามีความตั้งใจในการหยุดยา

2) ทุนทางกายภาพ หมายถึง เศรษฐกิจ การเงินรวมถึงรายได้ เงินออม การลงทุน และสินทรัพย์ทางการเงินอื่นๆ ซึ่งหากพวกเขามีความพร้อมในทุนจะสามารถเลือกการรับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลสุขภาพจากมี้อาชีพ และสามารถแยกตัวเองจากสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมการใช้สารเสพติด จนปราศจากการใช้ยาเสพติดอย่างถาวรหรือเป็นการชั่วคราวได้

3) ทุนด้านมนุษย หมายถึง วิธีการที่บุคคลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในสังคม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา ความรู้ทักษะ สุขภาพกายจิตฯ ซึ่งจะทำให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้ตนเอง คุณลักษณะ 3 อย่างนี้มักจะเห็นได้ในผู้ที่ต้องการเลิกยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดขนาดของคอนทางกายภาพและจิตใจ การมีอาชีพเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากต้องมีรายได้ในการดำรงชีวิตและเป็นความมั่นคงในชีวิต ซึ่งหากเกิดการว่างงานจะทำให้ผันมาเป็นผู้ค้ายาเสพติดและก่ออาชญากรรม

4) ทุนทางวัฒนธรรม หมายถึง บรรทัดฐานทางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองที่อยู่ในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและเพิ่มโอกาสทางสังคม ทั้งนี้ต้องให้มีการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงปรับตัว และหากมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องคุณธรรม จริยธรรม ผู้ที่ใช้จ่ายสามารถจะหยุดยาได้

จากการศึกษา เรื่อง ทุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพในระยะฟื้นฟู (the behavioral health recovery management model : BHRM) โดยแผนงานโคลัมโบ (2011) ซึ่งมีหลักการเบื้องต้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องสอดคล้องกับความต้องการ จุดแข็ง สุขภาพของผู้ป่วย เป็นการชี้นำตนเองและเสริมสร้างพลังใจ (self – directed and empowering) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและมีการตั้งเป้าหมายชีวิตให้ปลอดจากยาเสพติด ทั้งนี้กระบวนการนั้นจะคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่มีติดรอบคลุมองค์รวม ได้แก่ มิติทางกายภาพ ทางด้านอารมณ์ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ทางด้านการรู้คิดและปัญญา (intellectual and spiritual aspects) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สถานที่ทำงาน ชุมชน โดยกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนี้ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่จะพัฒนาให้ผู้ติดยารู้สึกชีวิตมีความหมาย มองโลกด้านดี ไม่เกิดความรู้สึกเป็นตราบาบ นำไปสู่ความเป็นผู้มีสุขภาพดี มีความสมดุลทั้ง กาย จิต ปัญญา (mind body spirit) รวมถึงมีการจัดการทางด้านสังคม การงานอาชีพ สิ่งแวดล้อม การเงิน โดยองค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย หลักการ 7 ข้อ (White, Boyle & Corrington, 2005) คือ 1) การเสริมสร้างพลังใจ 2) การประเมิน 3) การค้นหาแหล่งสนับสนุน 4) การศึกษาและฝึกอบรม 5) การติดตามและให้การสนับสนุน 6) การพัฒนานโยบายเชิงสังคมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุนฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว และ 7) การจัดรูปแบบการรักษาและการสนับสนุนที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อแก้ไขอุปสรรคที่มีต่อการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด โดยส่งเสริมและสนับสนุนทุนทางสังคม ให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้เรียนรู้และพัฒนาทุนทางกายภาพ ด้วยตนเองโดยให้รู้จักการจัดสรรรายได้เพื่อการใช้จ่าย เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติด สามารถทำงานได้

อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดและบรรลุตามเป้าหมายของแต่ละคน นั้นหมายถึงทุนด้านมนุษย์ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาทุนทางวัฒนธรรม ให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองที่อยู่ในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพตามบรรทัดฐานทางสังคมและเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและเพิ่มโอกาสทางสังคม

2.2.2 วัตถุประสงค์

การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อลดตราบาป และลดความพิการเพื่อให้โอกาสและความเท่าเทียมกัน และเกิดความสมดุลจึงมีการดำเนินการด้านกฎหมาย คุณภาพการบริการ และหลักประกันคุณภาพชีวิต องค์กร ครอบครั้ว การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการช่วยเหลือกันและกัน มีการศึกษาให้เกิดความเข้มแข็ง ขยายการบริการและงานวิจัยเพื่อปรับปรุงงานบริการ เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคลและให้เกิดความพึงพอใจ การดำเนินงานแต่ละขั้นตอนจะแยกออกจากกัน และมีคุณค่าในตัวเอง ต้องประสานงานกันอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย

2.2.2.1 การลดอาการข้างเคียง โดยการลดหรือขจัดทางกายหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้น

2.2.2.2 การเพิ่มทักษะทางสังคม เพิ่มศักยภาพทางสังคม การเผชิญปัญหาทางด้านสังคมและด้านจิตใจ และความสามารถในการทำงาน

2.2.2.3 การลดตราบาปและการแบ่งแยกในสังคม

2.2.2.4 การสนับสนุนระดับประคองจิตใจแก่ครอบครั้วของผู้ที่มีความผิดปกติจากการเจ็บป่วย

2.2.2.5 การสนับสนุนทางสังคม มีระบบการสนับสนุนโดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็น ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย เครือข่ายทางสังคม การประกอบอาชีพ กลุ่มให้การช่วยเหลือต่างๆ

2.2.2.6 การเพิ่มพลังทางปัญญาแก่ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการมีความเป็นตัวของตัวเองและเป็นผู้ดูแลความมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเองและเรียกร้องสิทธิได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด โดยการเพิ่มทักษะและศักยภาพทางสังคม ให้เรียนรู้เพื่อทำตนเป็นที่พึ่งตนเอง สามารถดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มีความเป็นอิสระของบุคคล มีความเชื่อส่วนบุคคล เพื่อการใช้ชีวิตในสังคมและให้เป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

2.2.3 แนวทางการดำเนินงาน

วิธีการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม หลักการ คือ ฝึกให้ผู้รับบริการมีทักษะด้านพฤติกรรมในการปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดีขึ้น และเพิ่มการสนับสนุนจากสังคม และการดำเนินงานในชุมชนจะมีประสิทธิภาพมากถ้าครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้นเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งในการทำงานจะมีองค์ประกอบแต่ละระดับแตกต่างกัน (สุชาติ สาคร์เสถียร, 2557) ดังนี้

2.2.3.1 ระดับบุคคล โดยสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย

- (1) การรักษาทางยา เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้นและหยุดการรบกวน และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
- (2) การฝึกทักษะการดำรงชีวิตโดยพึ่งพาตนเองและทักษะทางสังคม โดยเฉพาะการจัดการอารมณ์ การจัดการเรื่องสารเสพติด การมีสัมพันธภาพ การสื่อสารขั้นพื้นฐาน สัมพันธภาพและความใกล้ชิดกับบุคคลอื่น
- (3) การประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน รวมถึงการให้การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ
- (4) ที่พักอาศัย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จัดที่พักอาศัยให้ทั้งนี้ภายใต้ทรัพยากรและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น
- (5) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและการจ้างงาน การมีงานทำจะเพิ่มความพึงพอใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ลดวงจรความยากจนและการพึ่งพิง นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสในการมีกิจกรรมทางสังคม การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น
- (6) เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เป็นกลุ่มสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีผลทางบวกต่อสุขภาพจิต อาจจะเป็นผลทางตรง หรือผลทางอ้อมต่อบุคคล
- (7) การพักผ่อน การร่วมกิจกรรมพักผ่อนที่เหมาะสมและมีอิสระในการเลือก เป็นภาวะที่ทำให้การพักผ่อนเป็นไปอย่างสมบูรณ์แบบ

2.2.3.2 ระดับสถานบริการสุขภาพจิตและทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วย

- (1) นโยบายการบริการทางสุขภาพจิตและทรัพยากรมนุษย์ ต้องมีความผสมผสานระหว่างบริการ การรักษา และการบริการที่เน้นการฟื้นฟูสภาวะทางจิตสังคม และเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์การจัดการผู้รับบริการแต่ละราย
- (2) การปรับปรุงสถานที่ในสถานบริการและที่อยู่อาศัย โรงพยาบาล ต้องได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ต้องมีแนวทางมาตรฐานการดูแลที่ดีสำหรับผู้ป่วย

(3) การฝึกอบรมบุคลากร ควรจัดเรื่ององค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสถานะทางจิตสังคมในหลักสูตรการเรียนการสอนของบุคลากรสาธารณสุข

(4) การประกันคุณภาพ ผู้ทำงานต้องพยายามให้การบริการดูแลที่ดี ควรมีการประเมินคุณภาพ มีมาตรฐานเป็นลายลักษณ์อักษร มีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมบริการทั้งหมด

2.2.3.3 ระดับสังคม ประกอบด้วย

(1) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ส่วนใหญ่ได้เริ่มมีการปรับปรุงแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพสูงสุด และควรเพิ่มเรื่องการเข้ารับการรักษาอย่างสมัครใจ และการเข้ารับตัวในโรงพยาบาล สิทธิของผู้ป่วย และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ

(2) การติดอาวุธทางปัญญาให้ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบและจุดมุ่งหมายของการฟื้นฟูสถานะจิตสังคม และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผน การให้บริการและการประเมินโปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคม

(3) การปรับแนวคิดและทัศนคติของสาธารณชนเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งตราบาปนี้จะมีผลไปถึงผู้ดูแล ซึ่งเกิดจากทัศนคติทางลบและความเชื่อผิดๆ ทำให้มีการแบ่งแยก

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นในระดับบุคคลหรือตัวผู้ป่วยยาเสพติด ได้ฝึกให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีทักษะด้านพฤติกรรม ให้มีการพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทให้ดีขึ้น เช่น การจัดการอารมณ์ การจัดการเรื่องยาเสพติด การมีสันถนาการ การสื่อสารขั้นพื้นฐาน การสร้างสัมพันธภาพและความใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเพิ่มการสนับสนุนจากสังคม ได้เรียนรู้เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ซึ่งการมีงานทำ มีรายได้จะเพิ่มความพึงพอใจและความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้จักการพักผ่อนที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยให้รู้จักการวางแผน การดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีการตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามเป้าหมาย หรือการใช้วงจรควบคุมคุณภาพ เป็นเครื่องมือช่วยสำหรับการพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดครั้งนี้

2.2.4 วงจรควบคุมคุณภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับวงจร P-D-C-A เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักสถิติ ในสหรัฐอเมริกา เมื่อทศวรรษ 1930 โดยวอลเตอร์ ซีวาท (Walter Shewhart) ซึ่งได้พัฒนาจากการควบคุมกระบวนการเชิงสถิติที่ห้องปฏิบัติการเบล (Bell Laboratories) ต่อมาราวทศวรรษที่ 1950 ได้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง ดับเบิลยู เอ็ดเวิร์ดส เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคุณภาพ หลายคนจึงเรียกวงจรนี้ว่า " วงจร Deming " และได้มีการดัดแปลงให้เข้า

กับวงจรการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสม ดังนี้ (มรรยาท รุจิวิษญ์, 2556)

2.2.4.1 วางแผน (Plan) หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน อาจประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การเขียนแผนดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะ การดำเนินงาน การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้

2.2.4.2 ปฏิบัติตามแผน (Do) หมายถึง การดำเนินการตามแผน อาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับการดำเนินการ (เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน) มีวิธีการดำเนินการ (เช่น มีการพูดคุย การปรึกษา การสอน) และมีผลของการดำเนินการ (เช่น กิจกรรมที่ดำเนินการ)

2.2.4.3 ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (Check) หมายถึง การประเมินแผน อาจประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับการดำเนินการ การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลของการดำเนินงานตามแผนที่ได้ตั้งไว้ โดยในการประเมินดังกล่าวสามารถทำได้โดยการประเมินตนเองหรือโดยบุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้น ๆ

2.2.4.4 ปรับปรุงแก้ไข (Act) หมายถึง การนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน อาจประกอบด้วย การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หามีโครงสร้าง หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควร ปรับปรุงหรือพัฒนาสิ่งที่ดียอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินการใหม่ที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินการต่อไป

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้ในครั้ง นี้ มาจากแนวคิดของ ยูยส์ (Uys, 1991) ที่ให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม ที่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการพัฒนาครอบคลุม การพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม การดูแลและพัฒนาสภาพร่างกาย จิตใจ การมีอิสรภาพในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม การปฏิเสธ การรับการสนับสนุนทาง สังคมและการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง เรียนรู้เพื่อทำตนเป็นที่พึ่งตนเอง ใช้ชีวิตในสังคม ให้เป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ ทั้งนี้เพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้าน ความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Action) เป็นเครื่องมือสำหรับพัฒนาผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด

2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาการให้บริการการฟื้นฟูสภาวะจิต สังคม โดยการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันและความต้องการตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีระดับการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและถาวร ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และควรสนับสนุนการใช้การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวช แต่ทั้งนี้ยังมีการพัฒนาไม่เพียงพอที่จะตรวจสอบผลกระทบของที่ใช้บริการที่แตกต่างกัน ในระดับของความรุนแรงและกิจกรรม ระดับยาของยาที่ได้รับ หรือระยะของการเจ็บป่วย การศึกษาความคุ้มค่าของการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม พบว่ามีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 (Barton, 1999) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี 1995 – 1998 จำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นงานที่เน้นการฝึกทักษะและครอบครัวศึกษา การให้การสนับสนุน การจ้างงาน กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 8 เรื่อง และผู้ป่วยใน 1 เรื่อง โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และได้เลือกงานวิจัยแบบเชิงทดลองและกึ่งทดลองในเรื่อง การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติที่ 1) การฝึกทักษะ โดยการสร้างหลักสูตร สุขภาพจิตศึกษา และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เน้นไปที่การฝึกทักษะการรู้คิดขั้นพื้นฐาน เช่นความตั้งใจ การเรียนรู้และการพัฒนา มิติที่ 2) การสนับสนุนจากเพื่อน เช่น กลุ่มสังคม (social club) ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา (drop in centers) กลุ่มพึ่งพาตนเอง (self-help group) และเครือข่ายทางสังคม โดยกลุ่มเหล่านี้จะให้บริการในชุมชน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับบริการได้รับการสร้างพลังใจ (empowerment) ค้นหาศักยภาพในตนเอง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเข้าสู่ภาวะปกติ มิติที่ 3) เป็นบริการที่ส่งเสริม การงานอาชีพ ด้วยการให้ฝึกอาชีพที่ผู้รับบริการสนใจ และมีแรงจูงใจการเลือกประกอบอาชีพ ในช่วงระยะการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม มิติที่ 4) เป็นการบริการในชุมชนที่เป็นแหล่งสนับสนุนการพัฒนาให้กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม เช่นการให้ความรู้กับครอบครัว การป้องกันปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ในผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิต มุ่งเน้นที่การฝึกทักษะทางสังคม การลดอาการทางจิต การปรับตัวทางสังคม การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ความร่วมมือในการรับประทานยา ลดเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบที่เหมาะสมจะเป็นลักษณะการใช้การจัดการรายกรณี (case management program) ซึ่งจะรวมไปถึงการให้บริการฝึกอาชีพ การฟื้นฟูสภาวะทางจิตสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษาในครอบครัว (Dixon & Lehman, 1995, Mari & Streiner, 1994) พบว่าได้ผลลัพธ์ในการลดการกลับมาเป็นซ้ำ ลดอาการทางจิต เพิ่มความสามารถในตนเองของสมาชิกในครอบครัว

ในด้านการบำบัดรักษาและดูแลผู้ใช้ ผู้ติดยาเสพติด มีรูปแบบที่นำเสนอโดยสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime – UNODC, 2016) โดยรูปแบบของการบำบัดรักษาที่มีชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) องค์กรในชุมชน ที่ช่วยค้นหาคัดกรอง ผู้ใช้ยาเสพติด ประเมินปัญหา และส่งต่อมายังหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน พันธกิจขององค์กรจะครอบคลุมการให้ความรู้เพื่อป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ

การประสานงานเชื่อมโยง ระหว่างสถานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กับครอบครัวและชุมชน 2) การบริการ ในสถานบริการ ซึ่งจะเป็นการให้บริการด้านการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อ บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยติดเชื้ และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และ 3) องค์กรภาคประชาชน และ ภาคประชาสังคม (social welfare agencies and NGO) จะให้บริการด้านการให้ความรู้ การให้การ ปรึกษา การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา การฝึกทักษะงานอาชีพ การเพิ่มโอกาสในการ สร้างรายได้ การฝึกทักษะชีวิต บริการด้านที่อยู่อาศัย

นอกจากนี้การให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ต้องตระหนักถึง บริการด้านกฎหมายร่วมด้วย (NIH, 2016)

2.3 คุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด

2.3.1 แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต

การพัฒนาการทางด้านแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิตเริ่มต้นโดยมาส โลว์(1954) ได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) เป็นทฤษฎีการจูงใจ โดยนำมาเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลมีความตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่ เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายสูงสุดของหน่วยงานและส่วนหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลเช่นกัน ทั้งนี้ เนื่องจากมนุษย์ย่อมมีความต้องการ และเมื่อความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิด ความเครียด นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อน เพื่อหาวิธีการหรือพฤติกรรมที่นำไปสู่สิ่งที่ตนเอง ต้องการ เพื่อลดความตึงเครียดนั้น ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีลำดับขั้น ความ ต้องการของมาสโลว์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ความต้องการ อาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น 2) ความต้องการความปลอดภัย เช่น ความ ต้องการความมั่นคง ความต้องการความคุ้มครองจากอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ 3) ความ ต้องการทางสังคม เช่น ความต้องการความรัก ความใส่ใจ การได้รับการยอมรับในสังคม 4) ความ ต้องการเกียรติยศ เช่น ชื่อเสียงเกียรติยศ และ 5) ความต้องการให้ความฝันของตนเป็นจริง ความต้องการ ของมนุษย์ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ จะพบว่าเป็นเป็นความต้องการตอบสนอง ภายนอก และความต้องการตอบสนองทางจิตใจ

ฮาร์แลนด์ (Harland, 1972) ได้ทำการวิจัยด้านคุณภาพชีวิตซึ่งใช้ทฤษฎี ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์เป็นพื้นฐานในการวิจัย ได้ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นความ ต้องการในด้านอาหาร การได้รับการบริการ ฐานะ ความอยากมีอยากได้ ซึ่งเป็นความต้องการขั้น พื้นฐานของมนุษย์ และลุย (Lui, 1975) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นในด้านกายภาพ ได้แก่ อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การบริการที่ดี สิ่งของเครื่องใช้ที่มีคุณภาพ และความร่ำรวย และใน

ด้านจิตใจที่วัดไม่ได้จะเป็นเรื่องของจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความนับถือ และความเป็นตัวตน เซอร์ริก (1976) ได้ศึกษาทฤษฎีคุณภาพชีวิตที่พัฒนาต่อจากมาสโลว์ โดยให้ความสำคัญในมิติทางวัฒนธรรมและเห็นว่าลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์นั้นได้ให้จุดเริ่มต้นของการวิเคราะห์เพื่อค้นหาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต แคมป์เบลและคณะ (Campbell et al., 1976) ได้กล่าวว่านอกจากความสุขใจและสุขภาพแล้ว ก็ยังมีมิติอื่นๆ อีก ชีวิตที่ดีสามารถวัดได้จากสิ่งของอุปโภคบริโภค และสันนิษฐานว่าเป้าหมายระดับชาติได้เพิ่มความสนใจไปที่คุณภาพชีวิตมากกว่าการมีทรัพย์สินสมบัติ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หรือ Health ไว้ว่า “A state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease ” หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า “individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.” หมายถึง การรับรู้สถานะของบุคคลที่อยู่ภายใต้วัฒนธรรม ที่มีคุณค่าในความเป็นอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย คาดหวัง มาตรฐาน และความกังวล

วิลโล ซินเวทิกจวานิชย์และคณะ (2551) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดีมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เสาดาทหอรอ โสตาติสและคณะ (2552) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความพึงพอใจในร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคมของปัจเจกบุคคล เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ของสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละบุคคล

คณะกรรมการประสานงานโครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข (2545) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับเกณฑ์ทางความจำเป็น ความต้องการ และความปรารถนาของคนในแต่ละท้องถิ่นและสังคม ทั้งนี้อาจหมายถึง ความสุข ความพึงพอใจที่ตอบสนองต่อความคาดหวังที่กำหนดไว้ เป็นการรับรู้ด้านร่างกายและจิตใจ

2.3.2 เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพชีวิต

ประเทศไทยมีการศึกษาทดลองกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ พ.ศ. 2525 ซึ่งจะมีการกำหนดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เพราะการดำรงชีวิตจะดีหรือไม่ดีนั้นต้องอาศัยเครื่องชี้วัด โดยมีเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งหมายถึง ความจำเป็นขั้นต่ำสุด ที่ทุกคนในชุมชนควรมีหรือควรจะเป็นในช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามสมควร การนำเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มาเป็นเครื่องมือในการวัด เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนว่าบรรลุตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานแล้วหรือไม่ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่การร่วมกันกำหนดปัญหาตามต้องการที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล จปฐ.ที่มีอยู่เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ประกอบด้วย 8 หมวด ดังนี้ 1) ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 2) มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 3) มีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ 4) มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อาหารดี มีบ้านอาศัย การศึกษาอนามัยถ้วน ครอบครัวปลอดภัย 5) มีการผลิตและหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ 6) ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนการมีบุตรได้ตามต้องการ 7) มีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชน และ 8) มีการพัฒนาจิตใจที่ดีขึ้น (คณะกรรมการประสานงานโครงการปรัณรงค์คุณภาพชีวิตของของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ดังกล่าวสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ที่กำหนดแนวคิดในเรื่องคุณภาพชีวิต เป็น 6 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านระดับความเป็นอิสระ 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 5) ด้านสิ่งแวดล้อม และ 6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด (drug addict quality of life scale) ซึ่งพัฒนาโดยเสาดาทหรือ โสดาติสและคณะ (2552) มาใช้ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดชุดนี้พัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The world health organization on quality of life: WHOQOL) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต จำนวน 65 ข้อคำถาม ด้านร่างกาย จำนวน 19 ข้อคำถาม ด้านจิตใจจำนวน 15 ข้อคำถาม ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคลจำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านความสัมพันธ์ของสังคม จำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 11 ข้อคำถามและด้านความเชื่อส่วนบุคคลจำนวน 4 ข้อคำถาม โดยรวมลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)

5 ระดับ เรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย ในข้อความเชิงบวก จำนวน 32 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 33 ข้อ เรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไปในทุกด้าน (นันทวิรัช สิริธรรักษ์ และคณะ, 2555) การศึกษาการจัดการรายกรณี (รัตติยา สันเสรี และคณะ, 2554) คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการได้รับการจัดการรายกรณี มีระดับดีขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดชาวเขาโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านร่างกายพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษากลับไปเสพซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และควรให้ความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (พรพิมล ศักดิ์สูง, 2548) ในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความสามารถปฏิเสธ เฝ้ายาปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีการทำหน้าที่ในครอบครัวที่เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุวิมล สนั่นชาติวิณิช, 2554) จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยเฮโรอีนระยะบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดที่ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ การนับถือตนเอง ที่สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (มัทธรา ฮะ, รัตติยา สันเสรี และกิ่งกมล เตียนวล, 2558)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคม ด้วยกรอบแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) ที่ให้ความสำคัญต่อการดูแล ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาทักษะชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การค้นพบศักยภาพในการประกอบอาชีพ เพื่อการพึ่งตนเองได้ และการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดให้สามารถฟื้นฟูสมรรถนะตนเอง ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ได้ผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ขณะที่ใช้ชีวิตในชุมชน ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรม มิตรไมตรี อารมณ์ดี มีชัย อิสรภาพของชีวิต คุณคือคนสำคัญ รางวัลและความช่วยเหลือ ความเชื่อและศรัทธา และเรียนรู้ สู่ความสำเร็จ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง-2

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ศึกษาและวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มซึ่งมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการทดลอง

ตารางที่ 3.1 รูปแบบการทดลอง

Group	Pretest	Intervention	Posttest
กลุ่มทดลอง	O_{11}	X_1	O_{12}
กลุ่มควบคุม	O_{21}		O_{22}
	$\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$		
	$\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$		

โดยกำหนดให้

O_{11} หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของกลุ่มทดลอง

O_{12} หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของกลุ่มทดลอง

O_{21} หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

O_{22} หมายถึง คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

X_1 หมายถึง โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดและสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่ จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 19 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2558

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด และสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง จำนวน 60 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

- (1) ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดและสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาในโรงพยาบาล
- (2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- (3) ไม่เคยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ

- (1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ระหว่างการติดตามการรักษาและกลับไปติดซ้ำ
- (2) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน
- (3) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางกาย ที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

3.2.2.3 เกณฑ์การให้ยุติจากการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติในการให้ยุติจากการวิจัย คือ

- (1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ยินดียอมรับโครงการระหว่างการวิจัย
- (2) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมตามโปรแกรมไม่ครบถ้วน (< ร้อยละ 80)

3.2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.10 ใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 หรือระดับนัยสำคัญที่ .05 (Polit & Hungler, 1999; Polit & Sherman, 1990) และจากการทบทวนงานวิจัยของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมที่ไม่ติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553) ได้ค่าอิทธิพลของความตั้งใจในการ

ป้องกันการติดซ้ำ เท่ากับ 0.69 ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับงานวิจัยดังกล่าวที่ 0.69 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในระดับกลาง (Cohen,1969) และได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 ราย และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน

3.2.3.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(1) ผู้วิจัยทำการสุ่มสถานที่ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเลือกอำเภอในจังหวัดระยอง จำนวน 1 อำเภอ จากทั้งหมด 8 อำเภอ ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการที่จะทำการศึกษา

(2) ทำการจับสลากสถานประกอบการ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอที่จับสลากได้ในข้อ (1) เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมให้ได้จำนวน 30 คน แล้วสุ่มสถานประกอบการเพื่อคัดเลือกสำหรับเป็นกลุ่มทดลองให้ได้จำนวน 30 คน ตามการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่คนละสถานประกอบการ) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมและการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติ ทั้งสองกลุ่มทำการทดลองพร้อมกัน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12

3.2.3.2 สถานที่ศึกษา พื้นที่การศึกษาคือ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดระยอง สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลชุมชนอำเภอที่คัดเลือกได้ สถานที่กว้างและสามารถกำหนดการใช้ห้องได้ตลอดทำการทดลอง มีเครื่องปรับอากาศ ลักษณะห้องเป็นส่วนตัว เียบสงบสามารถควบคุมไม่ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามารบกวนได้ มีโต๊ะเก้าอี้เพียงพอ

3.2.3.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 19 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2558

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

3.3.1.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อคำถาม ซึ่งครอบคลุมเรื่องของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา

3.3.1.2 ตอนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด (drug addict quality of life scale : DAQOL) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด (drug addict quality of life scale) ซึ่งพัฒนาโดยเสาดาทหรือ โสตาติสและคณะ (2552) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The world health organization on quality of life: WHOQOL) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต จำนวน 65 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ด้านร่างกายจำนวน 19 ข้อคำถาม ด้านจิตใจจำนวน 15 ข้อคำถาม ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคลจำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านความสัมพันธ์ของสังคมจำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 11 ข้อคำถามและด้านความเชื่อส่วนบุคคลจำนวน 4 ข้อคำถาม โดยรวมลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย ในข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 32 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 33 ข้อ เรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ ความเห็น	ความหมายของพฤติกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก	เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงทุกครั้ง	5	1
มาก	ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงเกือบทุกครั้ง	4	2
ปานกลาง	ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงบ่อยครั้ง	3	3
เล็กน้อย	ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงเป็นครั้งคราว	2	4
ไม่มีเลย	ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงเลย	1	5

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม โปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม ที่ให้ความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ให้ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของยุคส์ (Uys, 1991) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ และหลักการวิเคราะห์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูล The CINAHL Databases Basic Searching, The Cochrane library, Pub Med และคัดเลือกงานวิจัยที่เหมาะสมได้ 3 เรื่อง นำมาสังเคราะห์เนื้อหาที่เหมาะสมมาใช้สร้างโปรแกรมให้สอดคล้องกับคำนิยาม (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2554) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ดำเนินการทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่แต่ละครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมอบหมายงานรายบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างไปฟื้นฟูสุขภาพ วันละ 15 นาที กิจกรรมเน้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดมีส่วนร่วมและมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ ประสบการณ์และวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติด (มรยาท รุจิวิชัย, 2556) ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมพอสังเขป ดังนี้ (เนื้อหาในภาคผนวก)

ครั้งที่ 1 มิตรไมตรี (วันแรกของการจำหน่ายจากสถานบำบัด)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดกับผู้วิจัยและระหว่างผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดกับครอบครัว
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมและประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัย
3. สร้างบรรยากาศส่งเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบำบัดรักษาเสพติด
4. ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดได้ทบทวนเหตุการณ์ และการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา
5. เสริมสร้างความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 อารมณ์ดี มีชัย

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ
2. ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง
3. เพื่อฝึกทักษะและเรียนรู้ในการจัดการอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ
4. สามารถระบุทางเลือกการจัดการกับอารมณ์

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 อิศรภาพของชีวิต

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเรียนรู้การดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดตระหนักรู้ในความคิดและพฤติกรรมที่มาจากการตัดสินใจด้วยตนเอง
3. เพื่อฝึกทักษะและเรียนรู้ในการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท
4. สามารถระบุทางเลือกในการดำเนินชีวิตด้วยการพึ่งตนเอง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 คุณคือคนสำคัญ

วัตถุประสงค์

1. สร้างบรรยากาศแลกเปลี่ยน เรียนรู้ บทบาทหน้าที่ ต่อตนเองและต่อบุคคลอื่น
2. ส่งเสริมความเข้าใจในการยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์กติกาทางสังคม
3. สะท้อนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 รางวัลและความช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเรียนรู้ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของตนเอง
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดรับรู้ในแนวทางการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนของแหล่งช่วยเหลือในชุมชน
3. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือในชุมชนตามสิทธิของตนเองได้

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 10 ความเชื่อและศรัทธา

วัตถุประสงค์

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถบอกในสิ่งที่เป็นความเชื่อของตนเองได้
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสร้างแรงบันดาลใจที่เกิดจากความเชื่อและศรัทธามาเป็นพลังในการเลิกยาเสพติดได้
3. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดบอกแนวทางการเลิกยาเสพติดได้

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 12 เรียนรู้ สู่ความสำเร็จ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเอง
2. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงตนเองและผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิต
3. สามารถบอกประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมได้

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด ที่พัฒนาโดยเสาดาทหรือ โสดาติสและคณะ (2552) ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาโดยการรวบรวมข้อมูลแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบบวัด WHOQOL – 100 ขององค์การอนามัยโลก, คำถามของ QOL-DA เพื่อจัดทำเป็นแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดแล้วนำมาตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหาและพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยการสนทนาในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 3 กลุ่ม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้เหมาะสม ต่อมาได้นำเสนอต่อนักวิจัยที่มีประสบการณ์เรื่องคุณภาพชีวิต จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2) จิตแพทย์ 3) นักจิตวิทยา 4) นักสังคมสงเคราะห์ 5) พยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นรวบรวมผลการประเมินและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามที่ได้เข้ากระบวนการทบทวนความเข้าใจ (think around) และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบกับผู้ติดสารเสพติด แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดนี้ ได้มีการทดสอบความตรง 2 แบบ คือ ความตรงเชิงโครงสร้าง (structure validity) เป็นการตรวจสอบว่าความสัมพันธ์ของแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดกับ The Short Form Health survey-36 (SF-36) มีลักษณะที่เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดหรือไม่ และพบว่ามี ความตรงเชิงโครงสร้าง

ความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมมุติฐานที่วางไว้ และ ตรวจสอบความตรงกับกลุ่มที่ทราบคุณภาพชีวิต (Known group - validity) เป็นการพิจารณาแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ควรมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในขั้นตอนต่างของการบำบัดรักษา ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านต่างๆของแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดมีค่าอิทธิพล (effect size) น้อยกว่า SF-36 และอยู่ในระดับต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางวิจัยด้านยาเสพติด อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวัดและการประเมินผล และนักสังคมสงเคราะห์ที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ได้พิจารณาความสอดคล้องของโปรแกรมกับกิจกรรมในแต่ละครั้งโดยพิจารณา วัตถุประสงค์ กิจกรรม การประเมินผลกิจกรรมมีความสอดคล้องกับนิยาม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แก้ไขตามผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

3.4.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด ที่พัฒนาโดยเสาดาทหรอ โสดาติสและคณะ (2552) ได้มีการหาค่าคุณภาพของการนำแบบสอบถามไปใช้ โดยมีค่าความเที่ยงที่ดีและค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) สูงกว่า 0.7 ทุกมิติ ยกเว้นมิติแหล่งการเงินที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .67 สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดดังกล่าว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด เท่ากับ .74

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 เสนอโครงร่างวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยเพื่ออนุมัติก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล

3.5.2 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการศึกษาวิจัย

3.5.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์สังคม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยศึกษาประวัติของผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ที่มารับบริการติดตามการรักษา ที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนด และทำการสุ่มสถานประกอบการเพื่อคัดเลือกผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด เข้ากลุ่มทดลองจนครบ 30 คน ต่อมาจึงสุ่มสถานประกอบการเพื่อคัดเลือกผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเข้ากลุ่มควบคุมให้ได้ครบ 30 คน

3.5.5 แจกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนทราบ เพื่อขอความร่วมมือ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันในวันปฐมนิเทศก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาทำการทดลอง โดยนัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองในวันศุกร์ เวลา 09.00 – 11.00 น. ส่วนกลุ่มควบคุมนัดเวลา 13.30 – 15.30 น. ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาล

3.5.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาในวันนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ์ต่างๆ เช่น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ - นามสกุล ทุกอย่างเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หากไม่สมัครใจ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยก็จะนำเสนอเป็นภาพรวม

3.5.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน

3.5.8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด ให้เข้าใจก่อนตอบคำถาม โดยผู้วิจัยคอยตอบข้อสงสัยให้กับกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ทุกครั้ง ถ้าพบว่าไม่สมบูรณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทำให้ครบถ้วนอีกครั้งก่อนส่งคืนผู้วิจัย

3.5.9 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างกำหนดวันและเวลาที่สะดวกร่วมกันในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ในวันศุกร์ เวลา 08.00 – 10.00 น., เวลา 10.30 – 12.30 น. และเวลา 13.30 – 15.30 น. ครั้งละ 10 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์และเกิดความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย และนัดกลุ่ม

ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองให้มาเข้าร่วมโครงการตามวันและเวลาที่กำหนด ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมนัดมาให้ทำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 12

3.5.10 ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อในเรื่องที่จะต้องแจ้งเตือนวันนัดล่วงหน้า และติดตามกรณีขาดการทดลอง

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง โดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

3.6.1 ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ หากรู้สึกไม่สะดวกใจ

3.6.2 ตลอดกิจกรรมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างจะขอถอนตัวออกจากกรวิจัยก็สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3.6.3 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และสวัสดิการ รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย

3.6.4 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมและการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อการทดลองเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามหลักจริยธรรม

3.6.5 ในการเข้าร่วมการทดลองทุกครั้ง ผู้วิจัยจะสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด หากเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจะรีบให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างทันที โดยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ส่วนกลุ่มควบคุมหากพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการทดลองจะแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

3.6.6 ในการเข้าร่วมการทดลองทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างต้องมีข้อตกลงร่วมกันในการรักษาความลับของตนเองและผู้อื่น โดยเรื่องทุกอย่างที่พูดคุย หรือดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างการทดลองจะเป็นความลับ ไม่นำออกไปพูดที่อื่น และสิ้นสุดเฉพาะในกลุ่มเท่านั้น

3.6.7 การปกปิดข้อมูลโดยมิให้ผู้ใดเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นั้นจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น การเปิดเผยข้อมูลจะเป็นผลสรุปภาพรวม โดยจะไม่มีกรกล่าวถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ การเปิดเผยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำในกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลเชิงวิชาการเท่านั้น ส่วนการทำลายเอกสาร แบบสอบถาม ผู้วิจัยจะทำลายทั้งหมดโดยการใช้เครื่องทำลายเอกสารภายหลังจากได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3.6.8 การให้ยุติจากการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติจากการศึกษาวิจัย ได้เมื่อกลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือเมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาสร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าร้อยละ

3.7.2 วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับคุณภาพชีวิต

3.7.3 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ dependence t - test

3.7.4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent t - test

การวิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดและสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง จัดกลุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากเพื่อคัดเลือกอำเภอที่จะดำเนินการ จำนวน 1 อำเภอ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยจับสลากเพื่อคัดเลือกสถานประกอบการสำหรับเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาข้อมูลเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยจำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาและจำแนกตามอายุ ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

สมมุติฐานการวิจัยที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

สมมุติฐานการวิจัยที่ 2 ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการเสนอข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

<i>M</i>	หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (Mean)
<i>n</i>	หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
<i>SD</i>	หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<i>p</i> -value	หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
<i>t</i>	หมายถึง ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน

\bar{D}_1	หมายถึง	ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม (O_{12}) กับเฉลี่ยค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม (O_{11}) ($\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$)
\bar{D}_2	หมายถึง	ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (O_{21}) กับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ (O_{22}). ($\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$)

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยจำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ดังตารางที่ 4.1 และจำแนกตามอายุ ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					3.18	.37 ^{ns}
ประถมศึกษา	0	0	2	6.7		
มัธยมศึกษา	24	80.0	22	73.3		
ประกาศนียบัตร	6	20.0	5	16.7		
ปริญญาตรี	0	0	1	.33		
สถานภาพสมรส					3.28	.51 ^{ns}
โสด	21	70.0	17	56.7		
สมรส	7	23.3	10	33.3		
หม้าย/หย่า/ แยก	2	6.6	3	10		

ns=non-significant

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					1.02	.31 ^{ns}
พุทธ	29	96.7	30	100		
คริสต์	1	3.3	0	0		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					5.92	.11 ^{ns}
3,001- 6,000	1	3.3	0	0		
6,001- 9,000	1	3.3	4	13.3		
9,001- 12,000	4	13.3	9	30		
มากกว่า 12,000	27	83.3	17	56.7		
โรคประจำตัว					1.07	.30 ^{ns}
มีโรคประจำตัว	1	3.3	3	10.0		
ไม่มีโรคประจำตัว	29	96.7	27	90.0		
ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา					1.02*	.31 ^{ns}
ยาบ้า						
ยาบ้า	29	96.7	30	100		
ยาไอซ์	1	3.3	0	0		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา					3.16	.08 ^{ns}
บำบัดรักษาเสพติดที่ผ่านมา						
1 ครั้ง	30	100	27	90		
2-5 ครั้ง	0	0	3	10		

ns = nonsignificant

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 และ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 20 และ 16.7 ตามลำดับ และที่พบน้อยที่สุดคือในระดับปริญญาตรีพบเพียงในกลุ่มควบคุมร้อยละ 0.33 สำหรับสถานภาพสมรสนั้น พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 และ 56.7 ตามลำดับ รองลงมา คือ สถานภาพสมรส ร้อยละ 23.3 และ 33.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นหม้าย/หย่าและแยกกันอยู่ร้อยละ 6.6 และ 10 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 80.3 และ 56.7 ตามลำดับ รองลงมาไม่มีรายได้

เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 9,001-12,000 บาท ร้อยละ 13.3 และ 30 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมมี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 3.3 ในด้านโรคประจำตัว พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.7 และ 90 ตามลำดับ และไม่มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 3.3 และ 10 ตามลำดับ ด้านการใช้ยาเสพติดพบว่ายาเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับ การบำบัดรักษาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 96.7 รองลงมาคือใช้ยาไอซ์ ร้อยละ 3.3 และในกลุ่ม ควบคุมพบว่าใช้ยาบ้าเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ยาเสพติดที่ผ่านมานั้นในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเสพติดที่ผ่านมาก็คือ 1 ครั้ง คิด เป็นร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเสพติดที่ผ่านมาก็คือ 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 90 รองลงมา คือ เข้ารับการรักษาเสพติดจำนวน 2-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 10

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก ทেসต์ (Fisher's Exact Test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั้นหมายถึงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการใช้ยาเสพติดคล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามอายุ และระยะเวลา ที่ใช้ยาเสพติด ($n = 30$)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		t
	M	SD	M	SD	
อายุ (ปี)					.13 ^{ns}
อายุเฉลี่ย	29.43	4.90	27.50	4.81	
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด (ปี)					.59 ^{ns}
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดเฉลี่ย	1.60	.97	1.60	1.04	

ns = nonsignificant

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 29.43 ปี และ 27.50 ปี ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่า 4.90 และ 4.81 หมายถึง การกระจายอายุเฉลี่ย น้อย ส่วนระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดนั้น พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด เฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่า .97 และ 1.04 หมายถึง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดเฉลี่ยแตกต่างกันน้อย

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามอายุ และ ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

(independent t-test) พบว่าอายุ และระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4.1.2 ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4.3 และ 4.4 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยยาเสพติด ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	<i>M</i>	<i>SD</i>	df	t
ก่อนทดลอง	256.56	21.14	29	4.6***
หลังทดลอง	272.93	15.67		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4.3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมจำนวน 30 คนหลังการทดลอง ($M = 272.93$, $SD = 15.67$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 256.56$, $SD = 21.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.6$)

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง 12 สัปดาห์ ($n = 30$)

กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	<i>M</i>	<i>SD</i>	df	t
ก่อนทดลอง	256.80	23.41	29	1.02***
หลังทดลอง	252.56	27.29		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4.4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 30 คน หลังการทดลอง ($M = 252.56$, $SD = 27.29$) น้อยกว่าก่อนหลังการทดลอง ($M = 256.80$, $SD = 23.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t
	M	SD	\bar{D}_1	M	SD	\bar{D}_2	
ก่อนทดลอง	256.56	21.14	16.37	256.80	23.41	-4.24	3.77***
หลังทดลอง	272.93	15.67		252.56	27.29		

*** p<.001

จากตารางที่ 4.5 พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่า ($\bar{D}_1 = 16.37$) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = -4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.77$)

4.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐานได้ ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

การศึกษานี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานสามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยยาเสพติดในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเรียนรู้เรื่องอารมณ์ การจัดการกับอารมณ์ การพึ่งตนเอง การอยู่ร่วมกันในสังคม การรู้จักร้องขอความช่วยเหลือ รู้จักตนเองอย่างแท้จริง สามารถนำตนเองไปสู่เป้าหมายของชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ในการดำเนินกิจกรรมได้มีการวางแผน ลงมือปฏิบัติ ตรวจสอบประเมินผลและปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) ซึ่งกระบวนการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามองค์ประกอบด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคลตามขั้นตอน สามารถอธิบายผลกิจกรรมได้ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 มิตรไมตรี กิจกรรมนี้ดำเนินการในวันแรกของการร่วมกิจกรรม ได้แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกระบวนการควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบ

ประเมินผลและปรับปรุงเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย และรู้จักวิธีการคลายเครียด เพื่อให้มีความรู้สึกผ่อนคลาย โดยในระยะวางแผนผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความเครียดของตนเอง และได้รับข้อมูลทางวิชาการที่ผ่านมา เรื่อง บุคลิกภาพพื้นฐานของผู้เสพ ซึ่งมักจะเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ อ่อนไหวทางจิตใจและอารมณ์ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ชอบพึ่งพิงผู้อื่น ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจด้วยตนเอง (พิชัย แสงชาญชัย, 2557) และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในการดำเนินชีวิต จะทำให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ก้าวร้าว ได้ง่าย เนื่องจากฤทธิ์ของยาที่มีต่อสมองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (มณฑนา ดำรงค์ดี และธีรนุช ห่านิรติศัย, 2555) ดังนั้นจึงต้องมีการแก้ไข เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ผู้ป่วยมีการประเมินในปัญหาของตนเองและหาแนวทางแก้ไขเมื่อมีปัญหากระทบต่อสภาพจิตใจหรือมีความเครียด เพื่อที่จะผ่อนคลายความเครียด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความเครียดของตนเองแล้ว จึงให้มีการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการคลายเครียด เพื่อให้มีความรู้สึกผ่อนคลาย โดยจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการคลายเครียดเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยนำแนวทางการปฏิบัติที่เลือกสรรไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติและปรับปรุงหากการปฏิบัตินั้นให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้กระบวนการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเชิญชวนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน หรือที่ทำงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง โดยมีการประเมินระดับความเครียดก่อน-หลังปฏิบัติตามแนวทางการคลายเครียดของตนเองเพื่อตรวจสอบอารมณ์ทุกวัน เช่น การฝึกหายใจให้ช้าลง การออกกำลังกายให้เหงื่อออก เป็นต้น และนำประสบการณ์ที่ไปปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนในการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 อารมณ์ดี มีชัย กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์มีความสุข และอารมณ์เศร้า โดยก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งนี้ได้มีการออกกำลังกาย การทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรมครั้งแรกที่ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ซึ่งพบว่าการฝึกตนเองดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย สามารถควบคุมตนเองได้ มีสุขภาพจิตดีขึ้น มีความพร้อมในการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงตนเอง จึงเริ่มกิจกรรมต่อไปโดยแบ่งกลุ่มศึกษาตามกรณีศึกษาด้านอารมณ์โกรธ อารมณ์มีความสุข และอารมณ์เศร้า โดยกิจกรรมในกลุ่มให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในความรู้สึกของตนเองต่ออารมณ์ดังกล่าว ความรู้สึกต่อเพื่อนขณะที่แสดงออกในอารมณ์นั้น และตัวผู้ป่วยเองหากอยู่ในเหตุการณ์นั้นจะแสดงออกอย่างไร ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนและฝึกปฏิบัติการควบคุมอารมณ์เหตุการณ์ที่กำหนด มีการตรวจสอบและการประเมินผลอารมณ์ตนเองทุกวัน ขณะอยู่ที่บ้านหรือที่ทำงานว่าสามารถแสดงออกได้เหมาะสมหรือไม่ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ และ

สามารถที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติได้หากวิธีการที่ปฏิบัติเดิมยังไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ประสบการณ์ฝึกทักษะในการควบคุมตนเองในการแสดงออกของอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะความโกรธซึ่งเป็นอารมณ์ด้านลบ จะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรง หากไม่สามารถรับมือกับเหตุการณ์หรือสาเหตุได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจภายหลังได้ จำเป็นจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการอย่างเหมาะสม (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2544, หน้า 29, สุพรรณิการ์ณ มาศยคง, 2554) ทักษะการจัดการกับความโกรธมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะในชีวิตเรานั้นต้องเผชิญกับความขัดแย้งและคับข้องใจประจำ การจัดการกับความโกรธอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ความโกรธลดลง เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข การควบคุมความโกรธ การยับยั้งที่จะแสดงความโกรธออกมา จะทำให้มีเวลาเพียงพอที่จะพิจารณาถึงวิธีการแสดงออกอื่นๆ (สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, 2553) มีผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นและแสดงออกได้อย่างเหมาะสมตามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 อิสระภาพของชีวิต ก่อนจะเริ่มกิจกรรมได้มีการออกกำลังกาย และการทบทวนการปฏิบัติในกิจกรรมที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยยังมีการฝึกผ่อนคลายความเครียดอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินอารมณ์ตนเองทุกวัน อารมณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละวันผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเอง และสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม ไม่พบมีข้อขัดแย้งกับบุคคลอื่นๆ ในกิจกรรมครั้งนี้ให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายสำคัญ คือ สามารถพึ่งตนเองได้ มีงานทำ มีรายได้ที่เพียงพอที่จะสามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ในพื้นฐานที่สำคัญคือ การจัดหาปัจจัยสี่ ประกอบด้วย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรคและที่อยู่อาศัย (Maslow, 1970) ผู้ป่วยทุกคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินในชีวิตที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร เพียงพอหรือไม่เพียงพอ พร้อมทั้งหาสาเหตุที่ทำให้เกิดผลดังกล่าว ด้วยการใช้กระบวนการพัฒนา (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เริ่มต้นจากการวางแผนการใช้จ่ายเงิน โดยให้จัดทำบัญชีการสร้างอนาคตของตนเอง ที่ประกอบด้วยประมาณการใช้จ่าย การประมาณการที่มาและรายได้ต่อเดือน (นภาพร ลิขิตวงศ์ขจร, 2550) และวางแผนในการจัดการชีวิต การใช้จ่ายในครอบครัว การหาแหล่งสนับสนุน ในการหาหาซึ่งรายได้ หรือการช่วยเหลือ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทุกคนร่วมวิเคราะห์แนวทางของแต่ละคน และแลกเปลี่ยนแนวคิดเพื่อวางแผนการใช้จ่ายเงินให้เหมาะสม ต้องรู้จักหารายได้หรือการลดรายจ่ายลง และได้ยกตัวอย่างแนวทางการใช้จ่ายเงิน โดยยึดความพอประมาณ ความมีเหตุผลรวมถึงความจำเป็น ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญาและความรอบคอบ ตามหลักพุทธศาสนา “โศคาวิภาค 4” (แนวหน้า, 2550) ซึ่งเป็นวิธีการจัดสรรทรัพย์ในการใช้จ่าย หลังจากให้ผู้ป่วยแผนการใช้จ่ายเงินแล้ว ให้นำไปใช้ดำเนินชีวิตที่บ้านตามแผน ในครั้งนี้ให้มีการจัดทำบัญชีการสร้างอนาคต ที่พร้อมทั้งมีการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ในแต่ละสัปดาห์ และหาแนวทางหรือวิธีการแก้ไขหากไม่เป็นไปตามแผน หรือตามวัตถุประสงค์ที่

กำหนดไว้ กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาด้านระดับความเป็นอิสระของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความเป็นอิสระ ภาวะพึ่งพิงลดลง จะส่งผลให้มีความเชื่อมั่นและเกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น (รัตติยา สันเสรี และคณะ, 2554) จากการตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยที่มีความเป็นอิสระในกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดสรรเงินที่ได้มาให้เพียงพอกับการใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว มีความรับผิดชอบในการใช้จ่าย นอกจากนี้ยังสามารถมีเงินเหลือจากการใช้สอยส่วนตัวและนำมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจของคนในครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 4 คุณคือคนสำคัญ ก่อนเริ่มกิจกรรมได้มีการออกกำลังกายและการทบทวนการปฏิบัติในกิจกรรมที่ผ่านมาทุกคนยังมีการฝึกผ่อนคลายความเครียดตามแนวทางของตนเอง มีการตรวจสอบอารมณ์ทุกวัน และในการจัดทำบัญชีการสร้างอนาคต ผู้ป่วยพบว่ารายจ่ายที่ปรากฏบางรายการไม่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถที่จะลดหรือเลิกได้ เช่น ค่าบุหรี ค่าเบี้ยรถ เป็นต้น เมื่อพบรายการที่ไม่จำเป็นดังกล่าวผู้ป่วยพยายามลด หรือเลิกในการใช้จ่ายดังกล่าว ทำให้มีเงินเหลือจากการใช้จ่ายส่วนตัว และพบว่าบุคคลในครอบครัวพอใจในการที่มีเงินจากส่วนนี้มาก เมื่อสรุปผลการปฏิบัติที่ผ่านมาแล้วจึงเริ่มกิจกรรมคุณคือคนสำคัญ กิจกรรมนี้ผู้ป่วยยาเสพติดได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาท วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงานผ่านบทบาทสมมติ ทั้งนี้กระบวนการพัฒนา (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เริ่มต้นด้วยการวางแผนในการเล่นบทบาทสมมุติดังกล่าว และได้แลกเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับ “คนสำคัญ” ของแต่ละคนว่าหมายถึงใคร เพราะเหตุใด และร่วมกันให้คำจำกัดความคำว่า “คนสำคัญ” ก่อนเล่นบทบาทสมมุติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ป่วยจับคู่กันเล่นในบทบาทเพื่อนกับเพื่อน พ่อกับลูก และบทบาทของนายจ้างและลูกจ้าง โดยมีผู้ป่วยอื่นเป็นผู้สังเกตการณ์ และร่วมกันสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวและการตอบสนองจากผู้ที่มีความคาดหวังว่าทำหน้าที่ตามบทบาทและบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ การทำหน้าที่ของบุคคลจะต่างกันไปตามบทบาทนั้นๆ และเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมได้มอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยไปปฏิบัติทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองตามความเหมาะสมในดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง และให้สังเกตและบันทึกการปฏิบัติดังกล่าวในการปฏิบัติจริงว่าพบปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร พร้อมทั้งปรับแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมหากพบอุปสรรค เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันตามบทบาทและหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพตามกฎเกณฑ์กติกาทางสังคม กิจกรรมนี้ผู้ป่วยพบว่าบทบาทต่างๆ ของตนเอง เช่น บทบาทพ่อ - ลูก บทบาทพี่ -น้อง และบทบาทของนายจ้างและลูกจ้างที่ได้ปฏิบัติหลังจากได้เรียนรู้จากกิจกรรมและนำไปปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ท่าทาง ด้านอารมณ์ เช่น จากเดิมที่ไม่ค่อยได้พูดคุยกับคนอื่นๆในบ้าน หรือที่ทำงาน เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องปกติไม่ต้องพูดคุยกันก็ได้ เพราะต่างคนต่างก็มีหน้าที่ของตนเอง การปฏิบัติแรกๆ รู้สึกเขิน ประหม่าในการพูดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ เช่น การพูดคุยกับลูกหลานๆ การกอดแม่ - พ่อ - ลูก แต่เมื่อได้ปฏิบัติอย่าง

ต่อเนื่องทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น รักใคร่ กลมเกลียว ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองก็สามารถทำให้คนรอบข้างมีความสุขได้ และตนเองก็มีความสุขเช่นกัน อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนว่ายังมีหลายคนที่คุณเองไม่ค่อยใส่ใจ จากผลลัพธ์กิจกรรมดังกล่าว ผู้ป่วยบอกว่า “ตนเองรับรู้ถึงสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว เพื่อน นายจ้างในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากได้รับคำชมจากครอบครัว นายจ้างว่ามีความขยัน อดทน รับผิดชอบ มีเหตุผลมากขึ้น” ซึ่งสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และนายจ้างดังกล่าวของผู้ป่วยข้างต้น เป็นสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อมีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณนิภาณ์ มาศยงค์ (2554) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร และพบว่า การได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัว เพื่อนส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเช่นเดียวกับการศึกษาของมนัส สุทรโชติและแพทย์พัชร์ อุทิศ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพติดยาบ้าขณะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ครอบครัว และเพื่อนเป็นสิ่งที่มียุทธพลอย่างมากในการช่วยปรับทัศนคติและพฤติกรรมมิให้หวนกลับมาเสพติดซ้ำ (เกษมศานต์ โชติสาครพันธ์และคณะ, 2558, ธนิตา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพย์กุล และรณชัย คงสกนธ์, 2556) นอกจากนี้การรับรู้ว่าคุณเป็นความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เสพติดซ้ำ (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554) ซึ่งการพัฒนาสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ดีของผู้ป่วยจะส่งผลต่อการสื่อสาร การประสานงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิจกรรมครั้งที่ 5 รางวัลและความช่วยเหลือ ก่อนเริ่มกิจกรรมได้มีการออกกำลังกาย และทบทวนการปฏิบัติในกิจกรรมที่ผ่านมาทุกคนได้บอกเล่าถึงวิธีการฝึกผ่อนคลายความเครียดตามแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังได้มีการตรวจสอบอารมณ์ทุกวัน สมาชิกมีการสนทนาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และการทำหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว โดยผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีเงินเหลือเก็บ มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนดีขึ้น โดยเฉพาะการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ในช่วงแรกๆอาจจะรู้สึกเขินประหม่าในการพูด หรือกระทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ แต่เมื่อได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา แล้วจึงให้เสริมแรงทางบวกด้วยการจัดรางวัลและแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องสิทธิ์ของพลเมืองไทย และสิทธิ์ที่พึงได้รับในการเป็นพลเมืองของประเทศ สวัสดิการที่คนไทยทุกคนพึงได้รับจากภาครัฐ และการเข้าถึงสวัสดิการนั้น ประกอบด้วยการสนับสนุนในสิ่งที่มีความจำเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอิสรภาพของชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อ จิตวิญญาณ ในการดำเนินกิจกรรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผ่านใบงาน

การระดมความคิดและแลกเปลี่ยนในเรื่องแหล่งให้การสนับสนุนและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนนั้นๆ หลังสิ้นสุดกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลมากขึ้นและสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนนั้นๆ ตามความจำเป็น เช่น เมื่อมีการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ตนเองประกันตนไว้ และมีค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ์ที่ตนเองมี และเมื่อต้องการการฝึกอาชีพ การพัฒนาทักษะระยะสั้น หรือการศึกษา และเมื่อมีโอกาสหรือต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆเมื่อจำเป็นให้ผู้ป่วยไปขอรับการบริการที่ตนเองต้องการ พร้อมทั้งมอบหมายงานกลับไปทำที่บ้าน และนำมาแลกเปลี่ยนในการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป กิจกรรมนี้มีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยได้มีการพัฒนาตามความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ต้องให้เข้ามามีโอกาสเข้ามาร่วมกิจกรรมในชุมชน การสนับสนุนจากแหล่งช่วยเหลือในชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยยาเสพติดสาเหตุที่จะทำให้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ คือ การมีโอกาสได้งานทำ (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554) พร้อมกับการสร้างอาชีพและรายได้ โดยชุมชนต้องร่วมมือกันในการฟื้นฟูและพัฒนาหลังผ่านการบำบัดแล้ว (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ รัตนา บรรณาธรรม และคณะ 2550) หากผู้ป่วยมีงานทำจะทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจ และมีศรัทธาในตนเองที่มีรายได้สามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัวต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 6 ความเชื่อและศรัทธา ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งนี้ได้มีการออกกำลังกายและการทบทวนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติในระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่เริ่มกิจกรรมด้วยความมั่นใจและภาคภูมิใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ชื่นชมและให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป กิจกรรมครั้งนี้เริ่มจากใบงานที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมายกลับไปทำที่บ้านในครั้งที่ผ่านๆ มา โดยให้ผู้ป่วยบอกในสิ่งที่มีความเชื่อ ศรัทธาที่นำมาเป็นพลังในการเลิกยาอย่างถาวรได้ แล้ววางแผนให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มในเรื่อง สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความเชื่อและและศรัทธา โดยให้ผู้ป่วยบอกสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของตนเอง การมีความเชื่อและศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และประโยชน์ที่ได้จากสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความเชื่อและศรัทธาที่เกิดพลังต่อการเลิกยาเสพติดอย่างถาวร หลังจากนั้นได้มีการสรุปถึงการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งเป็นที่พึ่ง และศรัทธาที่เป็นพลังแห่งความเชื่อมั่น ช่วยให้เกิดความพยายามฝ่าฟันอุปสรรคไปสู่เป้าหมายตามความปรารถนา รวมไปถึงการก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ ในการไม่ให้ตนเองกลับไปเสพยาซ้ำ โดยเฉพาะการปลูกฝังศรัทธาในตนเองที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายในการเลิกยาเสพติดให้ได้ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ เมื่อได้แนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปได้แล้วให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด เช่น การไม่สูบบุหรี่ฯ และพยายามหลีกเลี่ยงเมื่ออยากสูบบุหรี่ และสามารถนำไปฝึกทักษะ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองและพิจารณาตรวจสอบพบว่ามึจุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสพัฒนาตนเอง เช่น เพื่อนรอบข้างสูบบุหรี่ เป็นต้น จนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม นำไปสู่ การตรวจสอบหรือประเมินว่าอาจจะไม่บรรลุตาม

เป้าหมายที่จะกลับไปเสพยาซ้ำอีก ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติ และหมั่นตรวจสอบ ประเมินว่าเพื่อปรับปรุงตนเองปรับพฤติกรรม ให้บรรลุตามเป้าหมายชีวิต และค้นพบศักยภาพในตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่สามารถควบคุมตนเองไม่กลับไปเสพยาซ้ำ ก่อนจบการดำเนินกิจกรรมมีการ มอบหมายให้ผู้ป่วยทบทวนการพัฒนาจากการเรียนรู้โปรแกรมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่ได้มีส่วนร่วม และร่วมกันสรุปผลเพื่อได้แนวทางการฝึกตนไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งเป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรม ฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ความเชื่อและศรัทธาที่กำหนดเป็นกิจกรรมครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชา ฮายา จี เซลแวน (2015) ได้สังเคราะห์จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 53 เรื่อง การสังเคราะห์ งานวิจัยครั้งนี้ได้สะท้อนคุณค่าของบุคคลที่ออกมาเป็น 6 ด้านที่ประกอบด้วย 1) ความรู้และสติปัญญา 2) ความกล้าหาญ ความวิริยะอุตสาหะ 3) ความรักในความเป็นมนุษย์ 4) ความยุติธรรม 5) ความเป็น ผู้นำ และ 6) ความเชื่อความเลื่อมใส ซึ่งคุณค่าที่กล่าวมาจะมีผลต่อความสุข ที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และคุณค่าต่างๆ นี้จะเป็นจุดแข็งในตนเองและเป็นพลังผลักดันให้ชีวิตเป็นอยู่อย่างมี ความหมายและมีความสุข สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับกิงแก้ว จันดีบ และคณะ (2557) ได้ศึกษาในเรื่อง การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุราและสารเสพติดของกลุ่มชาติพันธุ์ ที่พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาได้เอง โดยพ่อแม่เป็นผู้อบรมสั่งสอนโดยอิงหลักคำสอน ของศาสนา และเชื่อมโยงการดำเนินชีวิตในระดับครอบครัวและชุมชนที่มีความเชื่อและศรัทธาในหมู่ เดียวกัน การเลี้ยงดูเด็กให้มีความเชื่อและศรัทธาและประพฤติตามคำสอนของศาสนาทำให้เด็กมี คุณภาพชีวิตดีขึ้น เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดลดลง รวมทั้งสามารถทำให้อัตราการสูบบุหรี่และการดื่ม สุราลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของนิศา ศิลารัตน์ และ สัญญพงค์ ลิ่มประเสริฐ (2556) ที่ศึกษาใน เรื่องการดำเนินชีวิตในสังคมของอดีตผู้ต้องขังคดียาเสพติด พบว่าอดีตผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีความสุข และไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน โดยมีคำสั่งสอนทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มี ครอบครัวและสังคมที่เข้าใจ และการใช้สัญลักษณ์ทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ก็เป็นสาเหตุที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่เสพยาซ้ำ (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554)

กิจกรรมครั้งที่ 7 เรียนรู้ สู่ความสำเร็จ กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมครั้งนี้เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย และผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตรวมถึง ประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งนี้ได้มีการ ออกกำลังกายร่วมกัน ในขั้นการวางแผนได้ให้ผู้ป่วยเตรียมนำเสนอไปงานตนเองที่ได้รับมอบหมายเป็น การบ้านในครั้งก่อน และร่วมสรุปกิจกรรม เป้าหมาย วิธีการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด 7 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) มิตรไมตรี 2) อารมณ์ดี มีชัย 3) อิศราภาพของชีวิต 4) คุณคือคนสำคัญ 5) รางวัลและความช่วยเหลือ 6) ความเชื่อและศรัทธา และ 7) เรียนรู้ สู่ความสำเร็จ รวมทั้งหมดใช้ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตลอดจนมีการมอบหมายงานเป็นรายบุคคล การดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ ประสบการณ์ วิธีปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจ มีความ

ภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติ และให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทบทวนและพัฒนาจากการเรียนรู้โปรแกรมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมายของชีวิตพร้อมแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่จะไม่กลับไปเสพยาซ้ำ มีการแสดงความเห็นแนวทางการปฏิบัติของแต่ละคนภายในกลุ่มและเสริมแรงบวกซึ่งกันและกัน ในขั้นการปฏิบัติตามแผนผู้ป่วยได้นำเสนอผลการทบทวนและพัฒนาตนเองที่ผ่านมาที่ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การคลายเครียด การจัดการอารมณ์ การมีอิสระในการตัดสินใจ การทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง และการมีความเชื่อและศรัทธาที่จะเลิกยาเสพติดให้ได้ ซึ่งหากมีกิจกรรมที่ผู้ป่วยปรับปรุงแก้ไขแล้วยังไม่สำเร็จจะมีผู้ป่วยอื่นช่วยให้ข้อเสนอแนะ เช่น การสูบบุหรี่ การจัดการอารมณ์ให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม เพื่อเป็นการปรับปรุงต่อไป ผู้ป่วยได้มีการประเมินและพิจารณาตนเอง โดยประเมินความคิด ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไป และสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีความภาคภูมิใจในตนเอง และสรุปให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยจะเกิดผลดีถ้าผู้ป่วยมีการดำเนินการต่อเนื่องให้เป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน ตามกระบวนการพัฒนาผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตนเองโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่ดำเนินนี้มีกิจกรรมที่ชัดเจน มีการกำหนดประเด็นกิจกรรม การตรวจสอบทบทวน การเชื่อมโยงประเด็น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวนและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การกำหนดกิจกรรมมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และนำมาใช้โดยมีวงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดตามโปรแกรมดังกล่าว ทำผู้ป่วยให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์กติกาทางสังคมและ รู้จักทำหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม รักษาสิทธิประโยชน์ของตนเอง มีแนวทางการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนจนสามารถเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือในชุมชนตามสิทธิ์ของตนเอง จะทำให้เกิดการนำตนเองออกจากการใช้ยาในทางที่ผิด ซึ่งเป็นทักษะและคุณลักษณะของบุคคล (William Cloud & Granfield, 2008) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ทำให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ (Coopersmith, 1981) และบรูค (Brook, 1992) จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

จากที่กล่าวมาข้างต้นยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 30 คน หลังการทดลอง ($M = 252.56, SD = 27.29$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($M = 256.80, SD = 23.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยอธิบายได้ว่า

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่โปรแกรมการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ ประกอบด้วย การสังเกตอาการ/พฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู การพูดคุย ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ การให้ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิต การเลิกยาเสพติด/ทักษะการป้องกัน การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และการประสานกับหน่วยบำบัด เพื่อส่งต่อในกรณีที่พบว่าผู้ผ่านการบำบัดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ กิจกรรมตามปกติ อาจไม่เพียงพอที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพราะเป็นการดำเนินกิจกรรม โดยไม่ได้เป็นความต้องการรายบุคคล และไม่ได้มีกิจกรรมที่จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งขาดอิสระในการเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้กิจกรรมตามปกติไม่ได้ออกแบบเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม ได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้คุณภาพชีวิตของสมาชิกกลุ่มควบคุมมีระดับลดลงโดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงหลัง 12 สัปดาห์

สมมุติฐานที่ 2 ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ($\bar{D}_1 = 16.37$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = -4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.77$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดที่สำคัญ เนื่องจากการคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการพัฒนาทักษะต่างๆที่จำเป็น ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อ การดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดคุณภาพชีวิตไว้ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHO, 1997) การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยที่เกิด เนื่องจากผลของการใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือพัฒนาของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถฟื้นฟูสมรรถนะตนเองในด้านต่างๆ โดยเริ่มจากที่ผู้ป่วยมีการวางแผน (Plan) กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย มีการหาแนวทางการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้ และปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้กำหนดไว้ พร้อมทั้งมีการตรวจสอบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ และปรับปรุงกิจกรรมหากไม่เป็นตามแผน หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ การดำเนินการดังที่กล่าวข้างต้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพเพื่อพัฒนา

ตนเอง ในด้านร่างกายรู้จักดูแลตนเองมากขึ้น สามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเล่นกีฬา เป็นต้น ส่วนการดูแลด้านจิตใจก็ตระหนักชัดถึงในเรื่อง ปัจจัยก่อความเครียด และสามารถเลือกวิธีการการคลายเครียดด้วยตนเอง มีทักษะการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างความมั่นใจมากขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาด้านความเป็นอิสระของบุคคล และมีความรักคนในครอบครัว เพื่อนมากขึ้นซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี รู้จักใช้ประโยชน์จากสาธารณะตามสิทธิ์ของตนเองที่พึงในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และนอกจากนี้ยังมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ ซึ่งเป็นความเชื่อส่วนบุคคลเพื่อที่จะเลิกยาเสพติด ซึ่งพบในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์จะมีครอบครัว และผู้บริหารสถานประกอบการให้การสนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือในการทำงาน สถานประกอบการตามปกติ อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมจนครบโปรแกรม ตั้งแต่กิจกรรมแรก คือ มิตรไมตรีที่ผู้ป่วยได้รู้จักค้นหาตนเอง หาวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้สึกผ่อนคลาย ให้อารมณ์ดี มีความพร้อมในการปรับตัวเมื่อมีอารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า หรือดีใจ สุขใจ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ โดยเชื่อมโยงไปสู่กิจกรรมอารมณ์ดี มีชัย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ แสดงออกอย่างเหมาะสม เพราะผู้ป่วยคือคนที่มีคุณค่าคนหนึ่งในครอบครัว ที่มีบทบาทและหน้าที่หลายอย่าง เช่น บทบาทลูกที่ต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ บทบาทพ่อที่ต้องดูแลลูก และเป็นผู้นำครอบครัว บทบาทของเพื่อนที่ต้องการความจริงใจ หรือบทบาทของลูกจ้างที่ต้องขยัน ซื่อสัตย์ อดทน ในการทำงานเพื่อพัฒนาประเทศชาติ ทั้งนี้ภายใต้ของกฎระเบียบ และวัฒนธรรมของชุมชน สังคมของผู้ป่วย ที่มีการดูแลกันและกันตามสิทธิที่พึงมี เช่น สวัสดิการการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือด้านเงินทุนสำหรับประกอบอาชีพ การพักผ่อนหย่อนใจ หรือเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับพรพิมล ศักดิ์สูง (2548) ที่กล่าวว่า ควรให้ความสำคัญในผู้ติดสารเสพติดเรื่องการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมคือการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการทำหน้าที่ในครอบครัวที่เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุวิมล สนั่นชาติวณิช, 2554) สอดคล้องกับสุปราณี สูงแข็ง (2559) ที่พบว่าการได้รับการดูแลจากครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมยังส่งเสริมให้สมาชิกมีการค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตระหนักชัดในความเชื่อที่เป็นปัจจัยของการสร้างศรัทธา โดยพบว่าการยึดถือพ่อแม่ และนำตนเองเข้าสู่ศาสนาจะเป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาตนเองสู่การเลิกยาเสพติด (เรื่องสิทธิ เนตรนวลใยและคณะ, 2557) การมีความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจจะเป็นพลังหรือแรงบันดาลใจให้สามารถดูแลตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า โดยไม่พึ่งพายาเสพติด การดำเนินโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในขั้นตอนของการพัฒนาศักยภาพของสมาชิก ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ มากกว่าร้อยละ 80 ส่วนผู้ที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ตามกำหนด เนื่องจากเหตุผลจำเป็น เช่น อุบัติเหตุ ญาติเสียชีวิต ก็ได้รับการเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ขาดไปก่อนที่จะเริ่ม

กิจกรรมใหม่ ทำให้ได้ผู้ป่วยทุกคนได้เรียนรู้ในกิจกรรมของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยยาเสพติดในการเรียนรู้ การเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้าไปในชีวิต ซึ่งเป็นการฟื้นคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม มีการพัฒนาทักษะต่างๆที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถดูแลตนเองได้ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยยาเสพติดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้โดยปกติสุขในสังคม โดยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก สอดคล้องกับแผนงานโคลัมโบ (2011) ที่มีหลักการเบื้องต้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องสอดคล้องกับความต้องการ จุดแข็ง สุขภาพของผู้ป่วย เป็นการชี้นำตนเองและเสริมสร้างพลังใจ (self-directed and empowering) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและมีการตั้งเป้าหมายชีวิตให้ปลอดจากยาเสพติด ทั้งนี้กระบวนการนั้นจะคำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่มีติครอบคลุมนครวม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สถานที่ทำงาน ชุมชน โดยการบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนี้ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่จะพัฒนาให้ผู้ติดยา รู้สึกชีวิตมีความหมาย มองโลกด้านดี ไม่เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป นำไปสู่ความเป็นผู้มีสุขภาพดี มีความสมดุลทั้ง กาย จิต ปัญญา สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สนั่นชาติวิณิช (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีสามารถปฏิเสธ เผชิญปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีการทำหน้าที่ในครอบครัวที่เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นกิจกรรมตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมจึงส่งผลโดยรวมให้คุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.6$) ดังตารางที่ 4.3 และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับกลุ่มควบคุม จึงพบความแตกต่างที่ดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.77$) ดังตารางที่ 4.5 เป็นไปตามสมมุติฐาน การวิจัยที่ 2 ว่า ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ศึกษาและวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ผลการการศึกษาที่พบเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยยาเสพติด สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขในสังคม โดยไม่พึ่งพายาเสพติด

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ที่มารับบริการติดตามการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 19 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2558 จำนวน 9,609 ราย

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด และสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง จำนวน 60 คน จัดกลุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากเพื่อคัดเลือกอำเภอที่จะดำเนินการ จำนวน 1 อำเภอ หลังจากนั้นจับสลากเพื่อคัดเลือกสถานประกอบการในอำเภอที่จับสลากได้ สำหรับเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอยู่คนละสถานประกอบการ แล้วพิจารณาผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจากสถานประกอบการที่จับสลากได้ เพื่อเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติ จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม จำนวน 30 คน การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

5.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

5.2.1.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อคำถาม ซึ่งครอบคลุมเรื่องของเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา

5.2.1.2 ตอนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด (drug addict quality of life scale : DAQOL) เป็นแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติด สารเสพติด (drug addict quality of life scale) ซึ่งพัฒนาโดยเสาดาทหรือ โสดาติสและคณะ (2552) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The world health organization on quality of life: WHOQOL) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต จำนวน 65 ข้อคำถาม ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกายจำนวน 19 ข้อคำถาม ด้านจิตใจจำนวน 15 ข้อคำถาม ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคลจำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านความสัมพันธ์ของสังคม จำนวน 8 ข้อคำถาม ด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 11 ข้อคำถามและด้านความเชื่อส่วนบุคคลจำนวน 4 ข้อคำถาม โดยรวมลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย ในข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 32 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 33 ข้อ เรียงลำดับคะแนนจากน้อยไปหามาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเห็น	ความหมายของพฤติกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	ความจริงที่เกิดขึ้นเกือบทุกครั้งหรือเป็นประจำ	5	1
มาก	ความจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	4	2
ปานกลาง	ความจริงที่เกิดขึ้นหลายครั้ง แต่ไม่บ่อย	3	3
เล็กน้อย	ความจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง	2	4
ไม่มีเลย	ไม่ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้นเลย	1	5

5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการพัฒนาทักษะต่างๆที่จำเป็น ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อ การดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ดำเนินการทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่ละคร้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมอบหมายงานรายบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างไปฟื้นฟูสุขภาพตามกระบวนการ P-D-C-A วันละ 15 นาที กิจกรรมเน้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาพยาบาลมีส่วนร่วมและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ประสบการณ์และวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดตามโปรแกรมดังกล่าว (มรรยาท รุจิวิษณุ, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเอง ซึ่งในกระบวนการประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การดำเนินตามกิจกรรม 7 ครั้ง มีดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1) มิตรไมตรี กิจกรรม ครั้งที่ 2) อารมณ์ดี มีชัย กิจกรรมครั้งที่ 3) อีสราภาพของชีวิต กิจกรรมครั้งที่ 4) คุณคือคนสำคัญ กิจกรรมครั้งที่ 5) รางวัลและความช่วยเหลือ กิจกรรมครั้งที่ 6) ความเชื่อและศรัทธา และกิจกรรมครั้งที่ 7) เรียนรู้ สู่ความสำเร็จ

5.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดดังกล่าวไปตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษาพยาบาล ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษาพยาบาล จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ คะแนนรวมทั้งฉบับของแต่ละข้อคำถาม และคำนวณค่าความสอดคล้องภายในจากข้อคำถามที่ผ่านการวิเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .74

5.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องของโปรแกรมกับกิจกรรมในแต่ละครั้ง วัตถุประสงค์ กิจกรรม การประเมินผลกิจกรรมมีความสอดคล้องกับนิยามความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางวิจัยด้านยาเสพติด อาจารย์พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติดดังกล่าวไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับการติดตามหลังการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยองจากสถาน

ประกอบการแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการจัดโปรแกรม อุปกรณ์ ความสนใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลาดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง จากนั้นได้นำไปปรับแก้ก่อนนำไปใช้

5.4 การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ตั้งแต่วันที่ 19 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย การดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ ละ 10 ราย จำนวน 3 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ต่อครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's Exact Test)

5.4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำแนกตามอายุ และระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

5.4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

5.4.4 เปรียบเทียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติเปรียบเทียบของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

5.5 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัย ดังนี้

5.5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว โดยใช้

สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's Exact Test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน

5.5.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามอายุ และระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าอายุ และระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

5.5.3 ผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ($M = 272.93, SD = 15.67$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ($M = 256.56, SD = 21.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.5.4 ผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ($\bar{D}_1 = 16.37$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5.6 ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดเพศชายในสถานประกอบการเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด และการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมไปใช้ ผู้ดำเนินกิจกรรมต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อให้เกิดประสิทธิผล

5.7 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม สามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.7.1.1 ผู้บริหารในระดับนโยบายควรวางแผนกลยุทธ์ จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดครอบคลุมถึงระยะติดตามหลังการรักษา และระดับหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต้องตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด

5.7.1.2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านยาเสพติดในระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้ครอบครัว สถานประกอบการ ผู้ดูแล (Care giver) มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษายาเสพติด

5.7.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

5.7.2.1 ควรมีการฝึกอบรมผู้เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระยะติดตามการรักษาให้มีความรู้และทักษะปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

5.7.2.2 ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะการจัดการรายกรณี (Case management) เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย และ/หรือจัดกลุ่มช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้คำแนะนำและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะสามารถนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนกันได้

5.7.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.7.3.1 ศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อติดตามดูแลการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมโดยมีการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการกลับไปเสพซ้ำ

5.7.3.2 การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมไปใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช หรือกลุ่มโรคเรื้อรัง ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน หรือชุมชน

รายการอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *แนวทางการปฏิบัติงานด้านยาเสพติด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). *คู่มือความฉลาดทางอารมณ์*. กรุงเทพฯ: มพท.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังรักษาสำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. *ระบบรายงาน บสต*. (10 ตุลาคม 2557). สืบค้นจาก <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>.
- กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. (2551). *รวมกฎหมาย (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. กรมคุมประพฤติ. กระทรวงยุติธรรม. ม.ป.พ.
- การ์ตูนมดแมน. (10 มีนาคม 2558). *การทำงานเป็นทีม*. สืบค้นจาก <http://www.monmantoon.com/wp-content/uploads/2013/06/35.jpg>.
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ. (2552). รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 10(1), 31-42.
- คณะกรรมการประสานงานโครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *การนำ จปฐมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชิงช้าสวรรค์. (10 มีนาคม 2558). สืบค้นจาก <https://www.youtube.com/watch?v=PdGV56WOnZa>.
- दनัย จันทร์เจ้าฉาย. (10 มีนาคม 2558). *เหตุเกิดที่ลานจอดรถ: กรณีศึกษาเรื่อง ความโกรธ*. สืบค้นจาก <http://pantip.com/topic/30055586>.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, และ เวทีน ศันสนีย์วิทย์. (2544). *ยี่มู่สู๊ เรียนรู้ยาเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, และ สาวิตรี อัจฉนางค์กรชัย. (2545). *เวชศาสตร์โรคติดยา*. สงขลา: ลิบบราเดอ์การพิมพ์.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2544, มกราคม - มีนาคม). *เหยี่ยวอารมณ์โกรธด้วยการสร้างความฉลาดทางอารมณ์*. *वासुक*, 24(132), 28-29.
- ธนิตา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, และ รณชัย คงสกนธ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2), 157-164.
- นภาพร ลิขิตวงศ์จร. (2550). บัญชีครัวเรือน: เครื่องมือสู่เศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ*, 15(3), 25-29.
- นนทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ. (2553). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 185-198.

- แนวหน้า. (2550). *เศรษฐกิจพอเพียงกับการบริหารเงิน*, 28(9747).
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- เบญจมาศ ดวงจำปา, และ มานพ คณะโต. (2558). การเปรียบเทียบตราบาปทางสังคมระหว่างผู้เสพเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดกับประชาชนทั่วไป ในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 3(2), 201-211.
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ม.ป.พ.
- พรพิมล ศักดิ์สูง. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดชาวเขาที่บำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาว และปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาในจังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชัย แสงชาญชัย. (สิงหาคม 2557). Schizophrenia and Co-morbid Substance Use Disorders. *Newsletter Rapid Social Change and Mental Health*, สังคมเปลี่ยนไว ใส่ใจสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ. ครั้งที่ 13, เชียงใหม่.
- พิเชษ จันทรเจนนจบ, และคณะ. (2555). *ปัญหาและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการรักษาในฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดของสถานบำบัดรักษายาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พุทธบูชา. (13 มีนาคม 2558). พุทธศาสนากับเศรษฐกิจพอเพียง. สืบค้นจาก <http://www.buddhabucha.net/buddhism-and-economy/>.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: พรวิวัน.
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, สำนักหอสมุด. (2556). *คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์*. พิมพ์ครั้งที่ 8 (ฉบับแก้ไขและเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน, และ อัมพรพรรณ ธีรานูตร. (2555). *โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อผ่อนคลายความเครียดของอาจารย์ นักศึกษาและเจ้าหน้าที่ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. แผนงานพัฒนาเครือข่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- มันทนา ดำรงค์ศักดิ์, และธีรนุช ห่านิรติชัย. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของพนักงานรักษาความปลอดภัย. *พยาบาลสาร*, 39(2), 15-25.
- มรรยาท รุจิวิชญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ, และ นิดา ลี้มสุวรรณ. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี.
- มูลนิธิชัยพัฒนา. (13 มีนาคม 2558). *พระราชดำริว่าด้วยเศรษฐกิจพอเพียง*. สืบค้นจาก <http://www.chaipat.or.th/chaipat/content/porpeing/porpeing.html>.
- เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี และคณะ. (2552). การสำรวจความต้องการของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด. *เทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 42(1), 71-81.
- มัชตุรา ฮะ, รัตติยา สันเสรี, และ กิ่งกมล เตียนวล. (2558). การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยเฮโรอีนระยะบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. *ปัตตานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี*.
- รัตติยา สันเสรี, สรินญา ปุติ, รอดิทย๊ะ เจ๊ะไซ๊ะ, และ มัชตุรา ฮะ, (2554). *การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกรณีเสติดหนัก (Hard core) โดยการจัดการรายกรณีในระยะติดตามผลการบำบัดรักษาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่สงบใน 3จังหวัดชายแดนใต้*. ปัตตานี: ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดปัตตานี สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์. (2545). *ตำราการพยาบาลยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง.
- เรืองสิทธิ์ เนตรนวลใย, และคณะ. (2557). กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 36-44
- วิโรจน์ วีรชัย บรรณารักษ์. (2548). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, นุชนาฏ หวนนากลาง และ อรุมา ชองรัมย์. (2551, 13 มีนาคม 2558). โครงการสำรวจคุณภาพชีวิตของบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551. สืบค้นจาก <http://www.surveillance.cphs.chula.ac.th/attachments/article/121>.
- วุฒิไกร ศักดิ์สุรกันต์. (2558). ประสิทธิภาพการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิต เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพติด ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 612-620.
- วันเพ็ญ พิชาติพรชัย, และ อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). *การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.
- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ, อุษณีย์ พึ่งปาน, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, ชัชชัย ทวีทรัพย์, และ ญาณธร เจียรรัตนกุล. (2552). *โครงการการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษา ยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือวิทยากรหลักสูตรอบรมเพิ่มพูนศักยภาพการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดห้รับ บุคลากรผู้ดูแลในชุมชน*. นนทบุรี: ปา ปา เทรด.
- (2557). *สมุดบันทึกการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้มีปัญหาสารเสพติดในชุมชน(สำหรับผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ติดตาม ห้วงระยะเวลาเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2557)*. นนทบุรี: ปา ปา เทรด.
- สกุณา แก้วพริ้ง. (10 มีนาคม 2558). เผยแพร่ความรู้สู่ศึกษา ป. 4 “อารมณ์กับสุขภาพ”. สืบค้นจาก http://sakunakawprink.blogspot.com/2012/02/blog-post_18.html.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2554). *คู่มือการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานบำบัดในชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2555). *คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติหลังการบำบัดรักษา*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (2553). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารกรมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 8(2), 105-112.
- สวนีย์ สุขเจริญ , นันทนา วงษ์อินทร์, และ มณฑิรา จารุเพ็ง, (2552). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อจัดการความโกรธของวัยรุ่น. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 4(1-2), 131-144.
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีติดยาของผู้ป่วยสุรา*. (ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต) สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาดา สากรเสถียร. (31 มกราคม 2558). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ Recovery Model 2557*. สืบค้นจาก <http://www.srihanya.go.th/network/index.php/2014-03-21-09-00-35/2014-03-19-08-02-49>.
- สุพรรณิการ์ณ มาศยคง, (2554). *คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร*. (ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) สถิติประยุกต์และเทคโนโลยีสารสนเทศ, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุธิดา กมลวานิช. (2553). *ลักษณะการปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายในการติดตามการรักษาผู้เสพยาเสพติด: กรณีศึกษาสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด*. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

- สุปราณี สูงแข็ง. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้บำบัดสารเสพติดในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2). 218-227.
- สุวิมล สนั่นชาติวณิช. (2554, 29 พฤศจิกายน 2557). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด สร้างความเข้มแข็งสานใยรักทักษะปัญญาสังคม*. เครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 10 จังหวัดภาคใต้. สืบค้นจาก <http://www.sdtm.in.th/paper/17/>.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, ระวีวรรณ ตันติวัฒนกุล, และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย*. กรมสุขภาพจิต. ม.ป.พ.
- โสฬสวรรณ อินทสิทธิ์. (2554). *กระบวนการและความสัมพันธ์ของการตีเอลลกอฮอลส์กับการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ม.ป.พ.
- ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์. (2557). *สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาในปี 2558-2560*. (เอกสารประกอบการจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติด พ.ศ. 2558-2560). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2555). *รวมกฎหมายยาเสพติด พร้อมด้วยกฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- (2558). *เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการ เรื่อง การป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). *นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรี และราชกิจจานุเบกษา.
- เสาดาทหรือ โสดาติส, ธนุรัตน์ พุทชชาติ, กาญจนา รัตนพันธ์, และ นุรมา ยีตะหมะ. (2552). *การทดสอบความเที่ยงและความตรงแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- แมคซีรา เอ. (9 มีนาคม 2558) *หน้าที่พลเมือง วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตในสังคม ม.ปลาย ตอนที่ 7 : พลเมืองดีของประเทศชาติและสังคมโลก*. สืบค้นจาก <http://writer.dek-d.com/freya1412/story/viewlongc.php?id=733167&chapter=7>.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม, แวรวรัตน์ โชตินินพัทธ์, และ สหัทธยา หนูพลับ. (2550). *ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการเสพติดซ้ำ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

- องค์การตลาดเพื่อเกษตรกร . (10 มกราคม 2558). *Index of /web/uploads/news*. . สืบค้นจาก http://www.mof.or.th/web/uploads/news/199_12values.pdf.
- องค์การอนามัยโลก. (1997). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ข้อความตกลงร่วมกัน*. (สุชาดา สาครเสถียร ผู้แปล). 2547.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder fifth edition DSM-5TM*. Arlington.
- Barton, R. (1999, March. 11, 2016). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50,525-534. Retrieved from <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3512/525.pdf> 1.
- Bloom, E. (2009). The Effectiveness of Community Support Systems and Psychosocial Rehabilitation Services for Mentally Ill Children and their Families. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 14(1), 4-20.
- Brook, R. B. (1992). Self- esteem during the school Year. *Pediatrics clinice of North America*, 39(3), 537-551.
- Cammen, J.M., Rajkumar, C., Onder, G., Sterke, S.C., Petrovic, M. (2014). Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age and Ageing*, 43(1), 20–25. Doi: 10.1093/ageing/aft166.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1971-1986.
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. San Diego, CA: Academic.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedent of self-esteem*. California, Consulting Psychologists.
- Dixon, L.B. & Lehman, AF.(1995) Family intervention for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 21(4), 631-643.
- Gray, R.J., Grove, K.S. & Burns, N. (2013, May, 9, 2014). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Retrieved from. <https://books.google>.
- Harland, D. (1972, March 10, 2016). *Social Indicators toward the Measurement of Quality of Life*. Ottawa: Social and Human Analysis Branch, Department of Regional Economic Expansion. Retrieved from <https://www.google.co.th/search?q>.

- Liu, B.C. (1975). *Quality of Life Indicators in U.S. Metropolitan Areas: A Statistical Analysis*. New York: Praeger.
- Mari J.D.J, & Streiner D.L.(1994). An overview of family intervention and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research finding. *Psychological Medicine* 24(03), 256-578.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Collins.
 _____ (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- National institute on drug abuse. (2016, July 30, 2016). Therapeutic Communities. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>.
- Polit, D.F.& Hungler, B.P. (1999) *Nursing Research: Principles and Methods* (6th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Polit, D.F. & Sherman, R.E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, 39(6), 365-369.
- Professional Educational Organization International. (2016, March, 9). *Fundamentals of Nursing Practice A- Havighurst's Developmental Task Theory*. Retrieved from <http://www.peoi.org/Courses/Coursesen/nursepractice/ch/ch6a.html>.
- Sahaya G. Selvam. (2015). Positive Psychology's Character Strengths in Addiction-Spirituality Research: A Qualitative Systematic Literature Review. *The Qualitative Report* , 20(4), 376-405.
- Smith, T.E, Hull J.W, & MacKain S.J. et al.(1996) Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatric Services*, 47(10), 1099–1103.
- Soloman P. Draine, J. Mannion, E. et al. (1996). Impact of brief family psycho education on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (1), 41–50.
- The Columbo Plan. (2011). *Curriculum 2: Treatment for substance use disorders-the continuing of care for addiction professionals (participant manual)*. unpublished manuscript, 51-56.
- The Who Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument. In J.Orley, and W.Kuyken (eds.) *Quality of Life Assessment : International perspectives* (41-75), New York : Springer-Verlag.

- Uys, L. R. (1991). A Theoretical Framework For Psychiatric Rehabilitation. *Curationis*, 14(3), 1-5.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012, 2014). *World Drug Report*. Vienna: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (July 30, 2016), *Community Based Treatment for Drug Use and Dependence Information Brief for Southeast Asia*. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//cbtx/cbtx_brief_EN.pdf.
- White, W. Boyle M, Loveland D, & Corrington P. (2008). *What is Behavioral Health Recovery Management? A Brief Primer*.
- World Health Organization. (1997, March 12, 2016) Division of Mental Health WHO Initiative of support to People Disabled by Mental illness. *Psychosocial rehabilitation a consensus statement*. Retrieved from, WHO/MNH/MND/96.2.Unpubbished 9 p 32.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 โทร. 0 2-986-9813 ต่อ 7373
 ที่ ศธ 0516.25 /EC 26 วันที่ 20 พฤษภาคม 2558
 เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
 เรียน นางไพวัล อัจฉาญ

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ โครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด" รหัสโครงการที่ 003/2558 นั้น

บัดนี้ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคนให้กับโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว โดยแนบเอกสารใบรับรองผลการพิจารณาพร้อมนี้ ทั้งนี้ ข้อกำหนดของการดำเนินงานวิจัย เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน ให้ผู้วิจัยดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยนับจากวันที่ได้รับอนุมัติ ส่งมาที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชมงคล ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรศัพท์: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

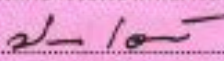
AF 01_12

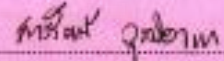
COA No. 003/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่	:	003/2558
ชื่อโครงการวิจัย	:	ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ยาเสพติด
	:	THE EFFECTS OF A PSYCHOSOCIAL REHABILITATION PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF ADDICTS.
ผู้วิจัยหลัก	:	นางไพโรธ อางพายุ
หน่วยงาน	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP)
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
(ศาสตราจารย์ ดร.ประพนธ์ โอธกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม 
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2558

วันหมดอายุ : 20 พฤษภาคม 2559

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 20 พฤศจิกายน 2558

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง
(Information sheet)
สำหรับผู้แทนที่เข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะดิฉัน นางไพวัล อัจหาญ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังทำโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง ในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเอง และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการรักษาพยาบาล
3. ผลของงานวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของท่านโดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ซึ่งในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่นี้เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ท่านได้มีส่วนร่วมและมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ ประสบการณ์และวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติ โดยขับเคลื่อนกิจกรรมด้วยวงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
4. การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้มีความเสี่ยงน้อย หากในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วมีอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจะทำการประเมินอาการของท่านก่อนแล้วจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเหมาะสม
5. โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้ และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ก่อนใช้จริงเพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับพื้นที่ที่ทำการวิจัย
6. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมจำนวนทั้งหมด 7 กิจกรรม ซึ่งจะพบกันทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่แต่ละครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์

รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมอบหมายงานรายบุคคล วันละ 15 นาที โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 มิตรไมตรี ดำเนินการในวันแรกของการจำหน่ายจากสถานบำบัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดกับผู้วิจัยและระหว่างสมาชิกทุกท่าน โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม การเสริมสร้างความเข้าใจในกระบวนการ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) และประโยชน์ที่สมาชิกผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดจะได้รับจากการร่วมกิจกรรมโครงการวิจัย ก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยจะให้ทุกท่านตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด เพื่อเป็นการประเมินในเบื้องต้นก่อน

กิจกรรมครั้งที่ 2 อารมณ์ดี มีชัย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ท่านได้ตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง ปัญหาที่เกิดจากในอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ฝึกทักษะ และเรียนรู้ ตลอดจนมีทางเลือกในการจัดการอารมณ์ที่มีประสิทธิผล

กิจกรรมครั้งที่ 3 อิสระภาพของชีวิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ท่านได้เรียนรู้การดำเนินชีวิตประจำวัน ตระหนักรู้ในความคิดและพฤติกรรมที่มาจากการตัดสินใจด้วยตนเอง ฝึกทักษะ และเรียนรู้ในการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท และมีทางเลือกในการดำเนินชีวิตด้วยการพึ่งตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 คุณคือคนสำคัญ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อสร้างบรรยากาศ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ บทบาทหน้าที่ ต่อตนเองและต่อบุคคลอื่นและส่งเสริมความเข้าใจในการยอมรับ และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์กติกาทางสังคม สะท้อนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า

กิจกรรมครั้งที่ 5 รางวัลและความช่วยเหลือ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อให้ผู้ท่านได้เรียนรู้ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของตนเอง รับรู้ในแนวทางการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนของแหล่งช่วยเหลือในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือในชุมชนตามสิทธิ์ของตนเองได้

กิจกรรมครั้งที่ 6 ความเชื่อและศรัทธา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 10 เพื่อให้ท่านสามารถบอกในสิ่งที่เป็นความเชื่อของตนเองได้ สร้างแรงบันดาลใจที่เกิดจากความเชื่อและศรัทธาเป็นพลังในการเลิกยาเสพติดได้ และมีแนวทางการเลิกยาเสพติดได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 เรียนรู้ สู่ความสำเร็จ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อให้ท่านได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเอง บอกประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมได้ และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดเองได้และในครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลเก็บข้อมูลโดยให้ท่านตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติดเพื่อประเมินอีกครั้ง ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม หากท่านที่มีปัญหาสามารถขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้เสมอ

7. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับค่าเดินทางในฐานะอาสาสมัคร 150 บาทต่อครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรม

8. ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมจะมีการถ่ายภาพ เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาวิจัยไม่มีการเผยแพร่ไปที่อื่นใด และจะดำเนินการทำลายทันทีหลังจากที่การวิจัยสิ้นสุดลง

9. สำหรับการรักษาความลับ ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข เฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

10. ผลจากการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

11. หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ 60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอดงหลวง จังหวัดพทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12130 หมายเลขโทรศัพท์ 081-810xxxx และอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกลองหลวง จังหวัดพทุมธานี 12120 หมายเลขโทรศัพท์ (02) 9869213-9 ต่อ xxxx ในวันและเวลาราชการ

12. หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครสามารถติดต่อได้ที่คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ศูนย์วิจัยทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอกลองหลวง จังหวัดพทุมธานี 12120 หมายเลขโทรศัพท์ (02) 986 9213 ต่อ 7373

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรดลงนามในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้ด้วย

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

นางไพวัล อัจหาญ

ผู้ให้ข้อมูล

ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือนพ.ศ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจและเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่เกิดผลกระทบใดๆตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าและผู้บริหารสถานสงเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ หรือเกิดอันตรายใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์โดยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น โดยผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยครั้งนี้คือ นางไพล์ อาจหาญ สามารถติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-810xxxx หรืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ สามารถติดต่อได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120 หมายเลขโทรศัพท์ (02) 9869213-9 ต่อ 7375 ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามอาสาสมัคร

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดครั้งนี้ มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด มี 2 ตอน ดังนี้
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด
2. โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ดำเนินการทั้งหมด 7 ครั้ง ตามระยะเวลา

ดังนี้

- ครั้งที่ 1 มิตรไมตรี (วันแรกของการจำหน่ายจากสถานบำบัด)
- ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 อารมณ์ดี มีชัย
- ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 อิศรภาพของชีวิต
- ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 คุณคือคนสำคัญ
- ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 รางวัลและความช่วยเหลือ
- ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 10 ความเชื่อและศรัทธา
- ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 12 เรียนรู้ สู่ความสำเร็จ

ภาคผนวก ง-1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ตอน คือ
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ตอนที่ 2 ข้อมูลคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด
2. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามคำอธิบายแต่ละตอน

หมายเหตุ ข้อมูลทั้งหมดจะปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ 1) ต่ำกว่า18 ปี 2) 18 – 20 ปี 3) 21 – 30 ปี
 4) 31 – 40 ปี 5) 41 – 50 ปี 6) 51 - 60 ปี
 7) มากกว่า 60 ปี
3. ระดับการศึกษา
 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา
 4) ประกาศนียบัตร 5) ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 1) โสด 2) สมรส 3) หม้าย
 4) หย่า 5) แยก 6) อื่นๆ(ระบุ)
5. ศาสนา
 1) พุทธ 2) อิสลาม 3) คริสต์ 4) อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 1) ไม่มีรายได้ 2) 1 – 3,000 บาท
 3) 3,001 – 6,000 บาท 4) 6,001 – 9,000 บาท
 5) 9,0001 – 12,000 บาท 6) มากกว่า 12,000 บาท
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 1) มี (ระบุ)..... 2) ไม่มี
8. ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1) เฮโรอีน (เสพมานาน.....ปี) 2) ยาบ้า (เสพมานาน.....ปี)
 3) ไอซ์ (เสพมานาน.....ปี) 4) สารระเหย (เสพมานาน.....ปี)
 5) กัญชา (เสพมานาน.....ปี) 6) ยาแก้ไอ (เสพมานาน.....ปี)
 7) ยาากล่อมประสาท (เสพมานาน.....ปี) 8) สี่คูณร้อย (เสพมานาน.....ปี)
 9) กระต่อม (เสพมานาน.....ปี) 10) อื่นๆ ระบุ..... (เสพมานาน...ปี)
9. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเสพติดที่ผ่านมา
 1) 1 ครั้ง 2) 2 – 5 ครั้ง 3) มากกว่า 5 ครั้ง

ตอนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด

คำชี้แจงให้อ่านข้อความทางซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบทางขวามือที่ตรงกับ
ความเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ประเมินดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงทุกครั้ง

มาก หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงบ่อยครั้ง

เล็กน้อย หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับความเป็นจริงเป็นครั้งคราว

ไม่มีเลย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงเลย

ข้อ	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
1	คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพียงพอ					
2	คุณรู้สึกตัวเองมีค่า					
3	คุณมีความรู้สึกหนาว ๆ ร้อน ๆ เป็นช่วง ๆ					
4	คุณขาดยาเสพติดไม่ได้					
5	คุณมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง					
6	คุณได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว					
7	คุณมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ					
8	คุณกังวลว่าจะไม่มีเงินพอสำหรับใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็น					
9	คุณมีน้ำมูกน้ำตาไหล					
10	คุณมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่บริเวณผิวหนัง					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
11	คุณประสบปัญหาในเรื่องเงินบ่อย ๆ					
12	คุณทำงานของคุณได้เต็มกำลังความสามารถ					
13	ยามที่เจอปัญหา หรือเรื่องเลวร้าย คุณมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้คุณเข้มแข็ง					
14	คุณรู้สึกพอใจในตัวของคุณเอง					
15	คุณหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจขัด					
16	คุณมีอาการเหงื่อออก					
17	คุณสามารถเข้ากับเพื่อนได้ดี					
18	คุณรู้สึกเหงา					
19	คุณรู้สึกชอบที่อยู่อาศัยของตนเอง					
20	คุณมีอาการมือสั่นตัวสั่น					
21	คุณมีสิ่งของตัวเองนับถือหรือยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ					
22	คุณมีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบายตามสมควร					
23	คุณพึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเพียงใด					
24	คุณมีคนในครอบครัวที่คุณไว้วางใจได้					
25	คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้ชีวิตมีความหมาย					
26	ชีวิตของคุณมีความปลอดภัยเพียงไร					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
27	คุณต้องใช้เวลาหลังจากเข้านอนแล้ว จึงจะข่มตาหลับลงได้					
28	คุณจำเป็นต้องได้รับยาทดแทนสารเสพติดเพื่อให้รู้สึกสบาย					
29	คุณหงุดหงิดง่าย					
30	คุณพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง					
31	คุณมีสมาธิในการคิดหรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้					
32	คุณมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน					
33	คุณพอใจความสามารถของตนเองในการทำงาน					
34	คุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ต่อไปได้					
35	คุณสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน					
36	คุณมีเพื่อนสนิทที่คุณไว้วางใจได้					
37	คุณตื่นตื่นง่าย					
38	ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่คุณต้องเจออยู่เสมอ					
39	คุณมีอาการปวดตามข้อ/กระดูก					
40	คุณทำงานได้ตามปกติ					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
41	คุณรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง					
42	ครอบครัวของคุณไม่ค่อยยอมรับในตัวคุณ					
43	คุณยังรู้สึกอยากเสพยาอยู่					
44	คุณมีความสุขกับคนในครอบครัวของคุณ					
45	คุณรู้สึกเบื่อ หงุดหงิดหรือความสนใจหรือความสุขใจ					
46	คุณรู้สึกปลอดภัย					
47	คุณคิดว่าคุณมีสติพอที่จะสามารถควบคุมตัวเองได้					
48	คุณมีอาการขนลุก					
49	คุณทำงานได้มากเท่าที่ตัวเองต้องการ					
50	คุณสามารถเข้ากับคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ดี					
51	คุณรู้สึกไม่ร่าเริง					
52	คุณรู้สึกว่าคุณทำอะไรไม่ค่อยได้					
53	คุณทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องมีใครมาช่วยเหลือ					
54	สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณทำให้คุณมีความหวังกับชีวิต					
55	คุณรู้สึกว่าเพื่อนรอบตัวคุณมีความเป็นมิตรกับคุณ					
56	ปัจจุบันคุณเป็นคนมั่นใจในตัวเอง					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
57	คุณมีอาการชักกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อ					
58	คุณได้รับการรักษาพยาบาลที่เพียงพอกับอาการหรือโรคที่เป็นอยู่					
59	คุณมีความรู้สึกว่าเป็นภาพแปลก ๆ โดยที่บุคคลอื่นมองไม่เห็น					
60	คุณมีความรู้สึกว่ามีคนมากระซิบข้างหู โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ยิน					
61	คุณยังคงต้องการยาเสพติด					
62	คุณมีอาการคลื่นไส้อาเจียน					
63	คุณรู้สึกว่าความจำของคุณไม่ดี					
64	คุณตกใจง่าย					
65	คุณรู้สึกสับสน					

ขอขอบคุณทุกท่านอย่างยิ่ง

ภาคผนวก ง-2

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม เป็นโปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดที่สำคัญ เนื่องจากสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเครียดและตัวผู้ป่วยเองที่มักจะเป็นผู้ด้อยโอกาส ขาดการสนับสนุนทางสังคม หากได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เป็นต้น และให้ความรู้ จะเป็นเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง สังคม ลดอาการทางยาเสพติด ลดการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข เนื่องจากผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด มักจะไม่ใช่ที่ยอมรับของสังคม ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงหรือได้รับการสนับสนุนจากสังคมได้ตามความต้องการที่จำเป็น อย่างเหมาะสมและครอบคลุม นอกจากนี้ตัวผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดเองยังขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม มีความบกพร่องในเรื่องความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดเอง

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่นำมาในการฝึกทักษะของผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็น (WHO, 1994) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลและพัฒนาสภาพร่างกาย จิตใจ การมีอิสรภาพในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม การปฏิเสธ การรับการสนับสนุนทางสังคมและการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด ให้เกิดการเรียนรู้เพื่อทำตนเป็นที่พึ่งตนเองและใช้ชีวิตโดยได้รับการยอมรับจากสังคม และไม่กลับไปติดยาซ้ำ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล กิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ดำเนินการ 7 ครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 120 นาที แต่ละครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มี

รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมอบหมายงานรายบุคคล วันละ 15 นาที รูปแบบเน้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ประสบการณ์และวิถีปฏิบัติ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือปรับปรุงกระบวนการฝึกทักษะ เพื่อช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรคของการฝึกทักษะและปรับให้เข้ากับบริบทของ ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด โดยเริ่มจาก 1) การวางแผน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม วิธีการและขั้นตอนที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย โดยการร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา การตรวจสอบ และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา 2) การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ตามวิธีการและขั้นตอน ที่ได้กำหนดไว้และเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานกิจกรรมไว้ด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป 3) การตรวจสอบ เพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนากิจกรรมต่อไป และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เป็นการกระทำภายหลังที่ทำตามกระบวนการขั้นต้นแล้วทั้ง 3 ขั้นตอน เป็นการนำเอาผลที่ได้จากการกระทำในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดให้เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้เพื่อพัฒนาให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด

1. พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ
2. กำหนดเป้าหมายแนวทางในการดำเนินชีวิตตนเองได้อย่างมีอิสระและเหมาะสม
3. เรียนรู้ มีความเข้าใจในการขอรับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุน และสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้
4. มีสิ่งยึดเหนี่ยวในการเลิกยาเสพติด และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต
5. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่า

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด และอยู่ในระยะติดตามการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่จังหวัดระยอง จำนวน 60 คน

รูปแบบ

ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม เน้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิเคราะห์ วางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการวงจรคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือในปรับปรุงกระบวนการฝึกทักษะ เพื่อช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรคของการฝึกทักษะและปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด ประกอบด้วย การปฏิบัติ 4 ขั้นตอน (มรรยาท รุจิวิชัย, 2556) ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) แผนจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยต้องเริ่มจากการค้นหาปัญหาและการรวบรวมข้อมูลสาเหตุของปัญหา นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและสุดท้าย คือ เลือกรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

2. การปฏิบัติตามแผน (Do) คือ นำทางเลือกที่เลือกไว้สำหรับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้และต้องมีการควบคุม กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. การตรวจสอบและการประเมินผล (Check) เป็นการตรวจสอบประเมินดูว่าเมื่อปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้เกิดจากอะไรก็นำปัญหาที่พบมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขใหม่เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีคุณภาพ

4. การนำผลการประเมินมาปรับปรุงงาน (Act) เป็นการนำผลจากการตรวจสอบในขั้นตอนที่ 3 มาปฏิบัติให้เกิดการแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพและได้คุณภาพต่อไป

กระบวนการทำงานในแต่ละกิจกรรมสามารถใช้วงล้อคุณภาพมาเป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับการทำงานให้มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งการดำเนินงานวงล้อคุณภาพจะช่วยให้เกิดการคิดวิเคราะห์ การวางแผนและการปฏิบัติที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ซึ่ง ซึ่งวงล้อคุณภาพนี้สามารถหมุนไปได้เรื่อยๆเมื่อการดำเนินงานมีปัญหาและอุปสรรค

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ครั้งที่ 1
“มิตรไมตรี”
วันแรกของการรวมกิจกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดกับผู้วิจัยและระหว่างผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมและประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัย
3. เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมีส่วนร่วมในกิจกรรม
4. เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมีความรู้สึกผ่อนคลาย
5. เสริมสร้างความเข้าใจในกระบวนการควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act)

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. ซีดีเพลง ศรัทธา
2. แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด
3. ใบงานที่ 1.1 ระดับความเครียดของฉันทัน
4. ใบงานที่ 1.2 กิจกรรมฝึกการหายใจ
5. เอกสารความรู้ที่ 1.1 กำหนดการจัดกิจกรรม
6. เอกสารความรู้ที่ 1.2 วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act)

วิธีการดำเนินการ

.....
.....

การประเมินผล

1. สังเกตความตั้งใจและการมีส่วนร่วมของผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด
2. การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม

ครั้งที่ 2
“อารมณ์ดี มีชัย”
สัปดาห์ที่ 2

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ
2. ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง
3. เพื่อฝึกทักษะและเรียนรู้ในการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. เทปเพลงเสียงน้ำตก เสียงนกบิน
2. ใบงานที่ 2.1 การจัดการอารมณ์
3. เอกสารความรู้ที่ 2.1 ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม

วิธีการดำเนินการ

.....

การประเมินผล

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถระบุอารมณ์ตนเองได้ถูกต้อง
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดระบุวิธีการจัดการอารมณ์ที่หลากหลายและเลือกวิธีการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

ครั้งที่ 3
“อิสรภาพของชีวิต”
สัปดาห์ที่ 4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดได้วิเคราะห์สถานการณ์ที่ผ่านมา และวางแผนในการดำเนินชีวิตเรื่องรายได้ในการดำรงชีพ
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเรื่องรายได้ เพื่อให้เกิดความสมดุล
3. ฝึกการวางแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้พึ่งตนเองได้

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. ฟลิปชาร์ต พร้อมปากกาเคมี
2. ใบงานที่ 3.1 บัญชีการสร้างอนาคต
3. เอกสารความรู้ที่ 3.1 หลักธรรมและแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

วิธีการดำเนินการ

.....

การประเมินผล

1. ผู้ผ่านการบำบัดฯ สามารถระบุการจัดสรรเงินเพื่อการพึ่งพาตนเองได้ ทำบันทึกบัญชีการสร้างอนาคต
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือให้สามารถพึ่งตนเองได้

ครั้งที่ 4
“คุณคือคนสำคัญ”
สัปดาห์ที่ 6

วัตถุประสงค์

1. สร้างบรรยากาศแลกเปลี่ยน เรียนรู้ บทบาทหน้าที่ ต่อดตนเองและต่อบุคคลอื่น
2. ส่งเสริมความเข้าใจในการยอมรับและปฏิบัติตามพัฒนาการพัฒนางานตามช่วงวัย
3. สะท้อนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษสี ขนาด A4
2. ปากกา สี
3. ใบงานที่ 4. 1 บทบาทหน้าที่
4. เอกสารความรู้ที่ 4.1 พัฒนาการของทฤษฎีงาน
5. เอกสารความรู้ที่ 4.2 บทบาท หน้าที่พลเมืองดี

วิธีการดำเนินการ

.....

.....

การประเมินผล

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถบอกบทบาทหน้าที่ตามวัยของตนได้
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 5
“รางวัลและความช่วยเหลือ”
สัปดาห์ที่ 8

วัตถุประสงค์

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดรับรู้ในแนวทางการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนของแหล่งช่วยเหลือในชุมชน
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเรียนรู้ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของตนเอง
3. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือในชุมชนตามสิทธิของตนเองได้

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5.1 สิ่งจำเป็น
2. ใบงานที่ 5.2 ความเชื่อและศรัทธาที่ฉันมี
3. ปากกา

วิธีการดำเนินการ

.....

.....

การประเมินผล

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถบอกสิทธิประโยชน์ของตนเองที่พึงได้รับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่รัฐ หรือภาคประชาชนจัดสรร และวิธีการเข้าถึงสิ่งสนับสนุน
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 6
“ความเชื่อและศรัทธา”
สัปดาห์ที่ 10

วัตถุประสงค์

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถบอกในสิ่งที่เป็นความเชื่อของตนเองได้
2. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสร้างแรงบันดาลใจที่เกิดจากความเชื่อและศรัทธามาเป็นพลังในการเลิกยาเสพติดได้
3. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดบอกแนวทางการเลิกยาเสพติดได้

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6.1 เป้าหมายในชีวิต
2. ใบงานที่ 6.2 สรุปการร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

วิธีการดำเนินการ

.....
.....

การประเมินผล

1. ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดสามารถระบุสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจของตนเอง และศรัทธาที่มีต่อการเลิกยาเสพติดได้
2. ความตั้งใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด

ครั้งที่ 7
“เรียนรู้ตน สู่ความสำเร็จ”
สัปดาห์ที่ 12

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเอง
2. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงตนเองและผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิต
3. สามารถบอกประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมได้

เวลา 120 นาที

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 7.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมของผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด
3. ปากกา

วิธีการดำเนินการ

.....

การประเมินผล

หลังการเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งที่ 7 ให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดประเมินระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง (post-test)

ภาคผนวก ง

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้าน

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		df	t
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ด้านร่างกาย						
ก่อนทดลอง	83.10	8.43	80.70	7.32	58	1.18 ^{ns}
หลังทดลอง	82.60	8.25	79.47	10.26		1.30 ^{ns}
ด้านจิตใจ						
ก่อนทดลอง	56.87	5.17	56.20	5.92	58	.47 ^{ns}
หลังทดลอง	61.70	4.84	54.60	6.54		4.77 ^{ns}
ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล						
ก่อนทดลอง	31.70	3.51	33.20	3.66	58	-1.62 ^{ns}
หลังทดลอง	34.23	2.49	32.26	4.88		1.97 ^{ns}
ด้านความสัมพันธ์ของสังคม						
ก่อนทดลอง	32.70	3.42	32.73	5.40	58	-.03 ^{ns}
หลังทดลอง	33.77	3.04	31.90	5.21		1.69 ^{ns}
ด้านสิ่งแวดล้อม						
ก่อนทดลอง	37.77	4.50	38.43	6.05	58	-.49 ^{ns}
หลังทดลอง	42.57	3.16	39.58	6.16		2.37 ^{ns}
ด้านความเชื่อส่วนบุคคล						
ก่อนทดลอง	14.43	3.36	15.53	3.34	58	-1.27 ^{ns}
หลังทดลอง	18.23	7.40	14.93	2.78		2.29 ^{ns}

ns = nonsignificant

ภาคผนวก จ**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ****สังกัด : สถาบัน**

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ชลิต เปสลาพันธ์ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| 2. นางสาวกาญจนา ภูยารุ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| 2. อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางไพวัล อัจหาญ
วันเดือนปีเกิด	02 มกราคม 2513
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี พ.ศ. 2544
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ประสบการณ์ทำงาน	พยาบาลประจำการสถาบันธัญญารักษ์ แผนกผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา พ.ศ. 2537-2545 แผนกผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2545-2547 พยาบาลประจำการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552-ปัจจุบัน
สถานที่ติดต่อ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130
E-mail	wanarthan@gmail.com