

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด*

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

ไพวัลด์ อัจหาญ, พยบ. (Paiwan Athan, BNS.)**

ชมชื่น สมประเสริฐ, วท.ค. (Chomchuen Somprasert, Ph.D.)***

นุชนาท บรรทุมพร, ปร.ค. (Nuchanart Bunthumporn, Ph.D.)****

Abstract

Objective: To study the effect of a psycho-social rehabilitation program on quality of life in narcotic addict patients.

Methods: Subjects for this quasi experimental research was addict patients in work place who had been through treatment programs for narcotic addictions and agreed to participate in this study. Simple random sampling was used to select one district in a province in the eastern region. Work place in the district was randomly selected and assigned in to control and experimental group. The samples who met criteria were selected from each work place. The control and experimental groups contained 30 subjects in each group. 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.

Research instruments included the narcotic addict quality of life questionnaire and the psycho-social rehabilitation program. Data were analyzed by percentage, Fisher's Exact Test, dependent t-test and independent t-test.

Results: Quality of life mean score ($M = 272.93$, $SD = 15.67$) of the narcotic addict patients after receiving the psycho-social rehabilitation program was significantly higher than that before ($t = 4.6$, $p < .001$). The differences between mean difference of quality of life mean scores of the experimental group ($\bar{D}_1 = 16.37$) was higher than the control group ($\bar{D}_2 = 4.24$) with statistical significance. ($t = 3.77$, $p < .001$)

Conclusion: The research findings suggested that the psycho-social rehabilitation program can help changing behaviors of

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Master thesis (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Thammasat University)

** พยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse)

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University), E-mail; chomchuen@nurse.tu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University)

วันที่รับ (received) 21 พฤษภาคม 2559 วันที่แก้ไข (revised) 20 กรกฎาคม 2559 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 สิงหาคม 2559

narcotic addict patients and increasing quality of life of these patients.

Keywords: Psycho-social rehabilitation program, Addict patients, Quality of life

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองนี้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษาเสพติดและสมัครใจ จัดกลุ่มโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จาก 1 อำเภอของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสุ่มตัวอย่างสถานประกอบการสำหรับเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม จำนวน 7 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติ เครื่องมือใช้ แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ติดยาเสพติด และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's Exact Test) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependence t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ($M = 272.93, SD = 15.67$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 256.56, SD = 21.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.6, p < .001$) และความแตกต่างของผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 16.37$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.77, p < .001$)

สรุป: โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมสามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ผู้ป่วยยาเสพติด คุณภาพชีวิต

ความสำคัญของปัญหา

จากรายงานยาเสพติดโลก ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีประชากรใช้ยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ประมาณ 230 ล้านคนของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก โดยมีผู้ติดยาเสพติด จำนวน 27 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดถึง 200,000 คน (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012) ยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหาและนำความทุกข์มาสู่ตนเองและครอบครัวเกิดปัญหาอาชญากรรม และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ เมื่อปี ค.ศ. 2009 มีผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาทั่วโลกประมาณ 4.5 ล้านคน ทำให้รัฐต้องสูญเสียในค่าใช้จ่ายประมาณ 200–250 ล้านล้านดอลลาร์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเสพติดมีผลกระทบต่อกระบวนการผลิตทรัพยากรบุคคล ซึ่งเกิดจากการสูญเสียความสามารถของบุคคล

ที่ไม่สามารถที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด ซึ่งบางรายอาจจะเข้าสู่ระบบการบำบัดมากกว่า 4-8 ครั้ง (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014) นอกจากนี้ผู้ติดยาเสพติดยังต้องสูญเสียเงินและทรัพยากรเพื่อให้ได้มาซึ่งยาเสพติดที่จะต้องเสพอยู่ตลอดระยะเวลา ญาติต้องเสียเวลาสำหรับการดูแล รักษาผู้ติดยาเสพติด

ในประเทศไทยการแก้ไขปัญหาหายาเสพติดได้กระทำโดยรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง มีการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ทำให้มีผู้ติดยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาจำนวนมาก ในปี 2556-2558 มีผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศจำนวน 356,107 ราย, 263,057 ราย และ 164,068 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยพบว่า มีค่าใช้จ่ายที่ในการบำบัดรักษาเฉลี่ยขั้นต่ำ 8,366 บาทต่อราย (ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ, อุษณีย์ พึ่งปาน, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, ชัชชัย ทวีทรัพย์ และญาณธร เจริญรัตนกุล, 2552) ซึ่งเป็นต้นทุนที่สูงมาก แต่หลังจากที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาแล้วกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 75 ในระยะสามเดือนแรกหลังจากหยุดยา เนื่องจากขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคมอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา และพบว่าปีงบประมาณ 2556-2558 หลังการรักษาครบกำหนดเลิกได้เพียงร้อยละ 49.47, 37.30 และ 16.10 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สถานการณ์ผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดระยองพบว่า หลังเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามการรักษาพบว่าเลิกได้ค่อนข้างน้อย เพียงร้อยละ 45.14, 71.29 และ 42.66 ตามลำดับ (กระทรวง

สาธารณสุข, 2559) เนื่องด้วยผลของการใช้ยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การบกพร่องในกระบวนการรู้คิด การหลงลืม (Cammen, Rajkumar, Onder, Sterke, & Petrovic, 2014) ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และอาจย้อนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้อีก และหากใช้ยาเสพติดเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน โดยด้านร่างกายทำให้สุขภาพทรุดโทรม คิดช้า ความจำเสื่อม และจิตใจไม่ปกติ บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลง ขาดความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ดำเนินการต่างๆ ด้วยตนเอง มีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ บกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ตลอดจนขาดความอดทนในการกระทำการสิ่งใดๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ขาดความรับผิดชอบ มักเก็บตัวหรือปลีกตัวออกจากสังคม หรือบางครั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นโรคทางจิตเวช ในรายที่เสพปริมาณมากๆ จะมีผลต่อสมอง (วิโรจน์วีรัชย์, 2548) เกิดปัญหาด้านครอบครัว ด้านการเงิน การศึกษา และอาชีพมีโอกาสถูกเลิกจ้างงานได้ (พิเชษ จันท์เจนจบ และคณะ, 2555) ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในสังคมมักได้รับการตีตราจากสังคม หรือจากผู้ป่วยเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (เบญจมาศ ดวงจำปา และมานพ คณะโต, 2558; ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์, 2557) เนื่องจากยาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นภัยคุกคามกับสังคมโดยรวม และจากฤทธิ์ของยาที่ติดจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดพยายามทุกวิถีเพื่อที่จะหายาเสพติด

จากการทบทวนการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยพบว่าในผู้ที่ใช้ยาเสพติดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า

ประชากรทั่วไปในทุกด้าน (นันทวัช สิริรักษา และคณะ, 2555) ดังนั้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดกลับคืนสู่สังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จึงเป็นประเด็นปัญหาที่ทำนายของทิมสุภาพ ว่าควรมีการออกแบบกลวิธี พัฒนามาตรการ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดรวมถึงคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล สามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการพึ่งตนเองได้เพิ่มศักยภาพให้สามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่กลับไปเป็นผู้ติดยาเสพติดอีก และให้ครอบครัวคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ รวม 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (เสาดาทรอ โสดาจิต, ธนรัตน์ พุทธชาติ, กาญจนา รัตนพันธุ์, และนุรมา ยีคะหมะ, 2552; WHO, 1997)

การฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคมเป็นการดูแลต่อเนื่องที่สำคัญเนื่องจากการคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็น ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา สันเสรี, สรีนญาปุดิ, รอดิหะเยะ เจ๊ะโซ๊ะ, และมัชตุราฮะ (2554) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังจากได้รับการจัดการรายกรณี มีระดับดีขึ้น

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

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาล และการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ติดยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษาและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม อีกทั้งพบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมยังมีงานวิจัยค่อนข้างน้อยและเป็นศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยอื่น สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดยังค่อนข้างมีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาครบตามกำหนดแล้ว สามารถพัฒนาศักยภาพตัวเองในการ

แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับไปติดยาเสพติดซ้ำ

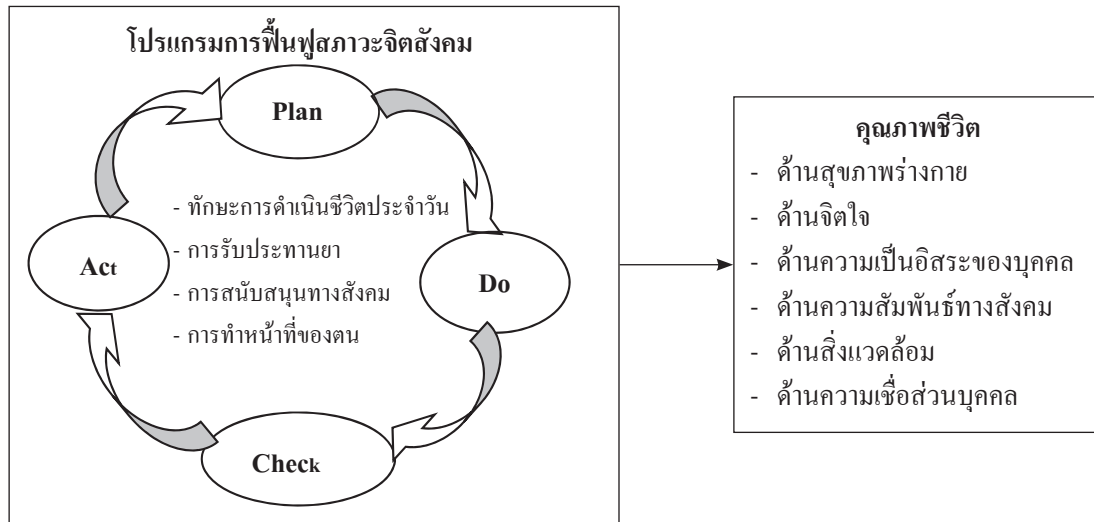
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของยุยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องของผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่สำคัญ เนื่องจากสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเครียดและตัวผู้ป่วยเองที่มักจะเป็นผู้ด้อยโอกาส ขาดการสนับสนุนทางสังคม หากได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตและให้ความรู้ จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง สังคม ลดอาการทางยาเสพติด ลดการเข้ารับบริการจากสถานพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผู้วิจัยออกแบบและนำมาใช้ครั้งนี้ครอบคลุมการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลและพัฒนาสภาพร่างกาย จิตใจการมีอิสรภาพในการดำเนินชีวิตการอยู่ร่วมกันในสังคม การปฏิเสธ การรับการสนับสนุนทางสังคม และการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง เรียนรู้ในการพึ่งตนเอง การใช้ชีวิตให้เป็นที่ยอมรับในสังคมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดยาซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติดให้สามารถฟื้นฟูสมรรถนะตนเองในด้านต่างๆ โดยเริ่มจาก 1) การวางแผน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย 2) การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ และเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป 3) การตรวจสอบเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ และ 4) การปรับปรุงกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่มีการตรวจสอบแล้ว เพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำด้วยวิธีการใหม่ในกรณีที่การดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ไม่บรรลุตามเป้าหมาย (มรรยาทรุจิวิษญู, 2556) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยผู้มีการพัฒนาและให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษาเสพติด

และสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่ จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 19 มิถุนายน ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2558

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในสถานประกอบการซึ่งผ่านการบำบัดรักษาเสพติดและสมัครใจมารับบริการติดตามการรักษาของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดระยอง จำนวน 60 คน จัดกลุ่มโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.5 ใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 หรือระดับนัยสำคัญ .05 (Polit & Hungler, 1999; Polit & Sherman, 1990) และงานวิจัยนี้ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 (Cohen, 1969) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับกลุ่ม

ทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อคำถาม ซึ่งครอบคลุมเรื่องของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา 2) เป็นแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดสารเสพติด (drug addict quality of life scale) ซึ่งพัฒนาโดยเสาดาทหรือ โสดาติส และคณะ (2552) ที่พัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The world health organization on quality of life: WHOQOL) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล จำนวน 65 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .74

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม ที่ให้ความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด ให้ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพิ่มการสนับสนุน

ทางสังคม สนับสนุนให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ของยูส์ (Uys , 1991) โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญทางวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและการประเมินผล และผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ดำเนินการทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 120 นาที แต่แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน และมอบหมายงานรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างไปฟื้นฟูสุขภาพ วันละ 15 นาที กิจกรรมเน้นให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดมีส่วนร่วมและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และวิถีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคมปกติ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A : Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาผู้ป่วยยาเสพติด (มรรยาท รุจิวิษชญ์, 2556) เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม 2558 ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อโครงร่างการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์แล้วผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลและทำการศึกษาวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์สังคม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มเป้าหมายและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่เข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และเข้ากลุ่มควบคุม 30 คน

1.4 แจกจ่ายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทราบ เพื่อนัดหมายมาพร้อมกันในวันปฐมนิเทศ โดยกลุ่มทดลองทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการติดตามหลังการรักษาตามรูปแบบปกติและให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเองในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

1.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย และให้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อน และคอยตอบข้อสงสัยให้กับกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกครั้ง ก่อนรับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างกำหนดวันและเวลาที่สะดวกร่วมกันในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และนัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองให้มาเข้าร่วมโครงการตามวันและเวลาที่ร่วมกันกำหนด และขออนุญาตขอเบอร์โทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างเพื่อการติดต่อในเรื่องที่จะต้องแจ้งเตือนวันนัดล่วงหน้า และติดตามกรณีขาดการทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติทุกวันศุกร์ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ในเวลา 08.00-10.00 น., เวลา 10.30-12.30 น. และเวลา 13.30-15.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลดำเนินการทั้งหมด 7 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ และให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้คิดสารเสพติดซ้ำทันทีหลังได้รับการบำบัดครบ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน การพยาบาลตามปกติ และนัดมาให้ทำแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้คิดสารเสพติดในวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 12 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยยาเสพติด โดยเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ พิจารณาได้ใบรับรองที่ COA 003/2558 และผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลและเน้นถึงการรักษาความลับ ทั้งนี้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์จะแสดงเป็นภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก ทেসต์ (Fisher's Exact Test) สถิติทดสอบค่าที และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติ ทีซนิตที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependence t-test) และสถิติทีซนิตที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80 และ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 20 และ 16.7 ตามลำดับและที่พบน้อยที่สุดคือในระดับปริญญาตรี พบเพียงในกลุ่มควบคุมร้อยละ 0.33 สำหรับสถานภาพสมรสนั้น พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 70 และ 56.7 ตามลำดับ รองลงมา คือ สถานภาพสมรส ร้อยละ 23.3 และ 33.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นหม้าย/หย่าและแยกกันอยู่ ร้อยละ 6.6 และ 10 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 80.3 และ 56.7 ตามลำดับ รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 9,00 -12,000 บาท

ร้อยละ 13.3 และ 30 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 3.3 ในด้านโรคประจำตัว พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.7 และ 90 ตามลำดับ และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 3.3 และ 10 ตามลำดับ ด้านการใช้ยาเสพติด พบว่ายาเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 96.7 รองลงมาคือใช้ยาไอซ์ ร้อยละ 3.3 และในกลุ่มควบคุมพบว่าใช้ยาบ้าเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ยาเสพติดที่ผ่านมานั้นในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เข้ารับการรักษา ยาเสพติดที่ผ่านมาก็คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา ยาเสพติดเป็นครั้งแรก ร้อยละ 90 รองลงมาคือเข้ารับการรักษา ยาเสพติดจำนวน 2-5 ครั้ง ร้อยละ 10

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ชนิดของยาเสพติดที่ใช้จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก ทেসต์ (Fisher's Exact Test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั้นหมายถึงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการใช้ยาเสพติดคล้ายคลึงกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ได้ผลการวิจัย ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	M	SD	df	t
กลุ่มทดลอง (n = 30)				
ก่อนทดลอง	256.56	21.14	29	4.6***
หลังทดลอง	272.93	15.67		
กลุ่มควบคุม (n = 30)				
ก่อนทดลอง	256.80	23.41	29	1.02 ***
หลังทดลอง	252.56	27.29		

*** p <.001

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมจำนวน 30 คน หลังการทดลอง ($M=272.93, SD=15.67$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=256.56, SD=21.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุม

ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ พบว่าได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 30 คน หลัง 12 สัปดาห์ ($M=252.56, SD=27.29$) น้อยกว่าก่อน 12 สัปดาห์ ($M=256.80, SD=23.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (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 2 พบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกว่า ($\bar{D}_1=16.37$) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2=-4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=3.77$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนสมมุติฐานทั้งสองข้อ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ($M=272.93, SD=15.67$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม

($M=256.56, SD=21.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=4.6$) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 คือ ตารางที่ 1 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสถานะจิตสังคมที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพสถานะจิตสังคมเป็นโปรแกรมที่ออกแบบประกอบด้วยแนวคิด ทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันการรับประทานยาการสนับสนุนทางสังคม และการทำหน้าที่ของตน โดยผ่านกิจกรรม 7 ครั้ง ได้แก่ 1) มิตรไมตรี 2) อารมณ์ดี มีชัย 3) อิศราภาพของชีวิต 4) คุณคือคนสำคัญ 5) รางวัลและความช่วยเหลือ 6) ความเชื่อและศรัทธา 7) เรียนรู้สู่ความสำเร็จ ทั้งนี้การเข้าร่วมโปรแกรมจะช่วยลดตราบาป ลดความด้อยค่าในผู้ป่วยยาเสพติดให้โอกาสและความเท่าเทียมกัน ทำให้เกิดความสมดุลด้านกฎหมาย คุณภาพการบริการและหลักประกันคุณภาพชีวิต ครอบคลุมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ในเบื้องต้น มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมนวมถึงมีความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ อันนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ติดยาเสพติด

การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และก่อเกิดพฤติกรรมที่เป็นภัยคุกคามสังคม และเมื่อใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานๆ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เกิดปัญหาด้านจิตใจ การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ บกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ขาดความอดทนในการกระทำกรสิ่งใดๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นโรคทางจิตเวช การบกพร่องในกระบวนการรู้คิด การหลงลืม (วิโรจน์ วีรัชย์,

2548, Cammen, et.al., 2014) ผู้ป่วยยาเสพติดมักจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม มีความบกพร่องในเรื่องความเชื่อมั่นในตนเอง (ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติดสำนักยุทธศาสตร์, 2557) โปรแกรมการฟื้นฟูสถานะจิตสังคมนี้มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีการกำหนดประเด็นกิจกรรม การตรวจสอบ ทบทวน การเชื่อมโยงประเด็น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และให้การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการทบทวนและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น กิจกรรมคุณคือคนสำคัญ มีการเล่นบทบาทสมมติในบทบาทของพ่อ-ลูก บทบาทพี่-น้อง บทบาทนายจ้าง-ลูกจ้าง พร้อมทั้งบอกหน้าที่ที่พึงกระทำในบทบาทนั้นๆ และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อการแสดงออกทั้งทางด้านพฤติกรรม ท่าทาง ด้านอารมณ์ จากเดิมที่ไม่ค่อยได้พูดคุยกับคนอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องปกติเพราะต่างคนต่างก็มีหน้าที่ของตนเอง เมื่อได้เรียนรู้จากกิจกรรมและทดลองปฏิบัติ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแรกๆ รู้สึกเงิน ประหม่าในการพูดหรือกระทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ เช่น การกอดแม่-พ่อ ลูก แต่เมื่อได้ฝึกปฏิบัติทำให้รู้สึกเกิดความรู้สึกที่ดี และคนที่ถูกกระทำก็รู้สึกดี ทำให้คิดได้ว่าตนเองก็สามารถทำเป็นคนรอบข้างมีความสุขได้ และตนเองก็มีความสุข อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนว่ายังมีหลายคนที่ตนเองไม่ค่อยใส่ใจ เมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาและเรียนรู้เรื่องการจัดการกับอารมณ์ ทำให้เกิดการแสดงออกที่เหมาะสม เกิดการยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์กติกาทางสังคมและพัฒนาตนเอง รู้จักรักษาสีทธิประโยชน์ของตนเอง มีแนวทางการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน

จนสามารถเข้าถึงบริการให้ความช่วยเหลือในชุมชนตามสิทธิของตนเอง จะทำให้เกิดการนำตนเองออกจากการใช้ยาในทางที่ผิด ซึ่งเป็นทักษะและคุณลักษณะของบุคคล (Cloud & Granfield, 2008) ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเรียนรู้ในการวางแผนการใช้จ่ายเงินที่หาไม่ได้ มีการตัดสินใจและมีการวางแผนในการใช้จ่ายเงินเพื่อการดำเนินชีวิตในการดำรงชีพประจำวัน จากกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้ทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย ทำให้เห็นผลเชิงประจักษ์ในการใช้จ่ายที่จำเป็นหรือไม่จำเป็น และฝึกตนเองจนสามารถมีเงินเหลือจากการใช้สอยส่วนตัวและนำมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับครอบครัว สามารถรับผิดชอบการใช้จ่ายต่อครอบครัวได้มากขึ้นและทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น (โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2545) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ทำให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ (Coopersmith, 1981) และบรูค (Brook, 1992) จากที่กล่าวข้างต้นเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านก็จะพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ของผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา สันเสรี และคณะ (2554) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการได้รับการจัดการรายกรณีมีระดับดีขึ้น

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่โปรแกรมการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ ประกอบด้วย การสังเกตอาการ/พฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู การพูดคุย

ให้คำปรึกษาให้กำลังใจการให้ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิต การเลิกยาเสพติด/ทักษะการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอาจยังไม่เพียงพอ จึงพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง ($M = 256.80, SD = 23.41$) ลดลงหลัง 12 สัปดาห์ ($M = 252.56, SD = 27.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 1.02$)

เมื่อวิเคราะห์ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมสูงกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม ($\bar{D}_1 = 16.37$) สูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = -4.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.77$) ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดของยูยส์ (Uys, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพสภาวะจิตสังคม เป็นการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดที่สำคัญเนื่องจากการคืนศักยภาพในการทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็น ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีและมีความจำเป็นต่อ การดำเนินชีวิต เช่น การบริการด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุขตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดคุณภาพชีวิตไว้ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHO, 1997) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม 7 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีครอบครัว และผู้บริหารสถานประกอบการให้การสนับสนุน ดูแล ช่วยเหลือในการทำงานสถานประกอบการตามปกติ อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมจนครบโปรแกรม ตั้งแต่กิจกรรมแรก คือ “มิตรไมตรี” ที่ผู้ป่วยได้รู้จักค้นหาตนเอง หาวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้สึกผ่อนคลาย ให้อารมณ์ จิตใจมีความพร้อมในการปรับตัวเมื่อมีอารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า หรือดีใจ สุขใจ ดังกิจกรรม “อารมณ์ดี มีชัย” ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ แสดงออกอย่างเหมาะสม เพราะผู้ป่วยคือคนที่มีความสำคัญคนหนึ่ง ครอบครัว ส่วนในกิจกรรม “อิสรภาพของชีวิต” “คุณคือคนสำคัญ” และ “รางวัลและความช่วยเหลือ” เป็นการออกแบบกิจกรรมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองในการมีบทบาทและหน้าที่ต่างๆ เป็นอิสระ เช่น บทบาทลูกที่ต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ บทบาทพ่อที่ต้องดูแลลูก และเป็นผู้นำครอบครัว บทบาทของเพื่อนที่ต้องการความจริงใจหรือบทบาทของลูกจ้างที่ต้องขยัน ซื่อสัตย์อดทนในการทำงานเพื่อพัฒนาประเทศชาติ ทั้งนี้ภายใต้ของกฎระเบียบ และวัฒนธรรมของชุมชน สังคมของผู้ป่วย ที่มีการดูแลกันและกันตามสิทธิที่พึงมี เช่น สวัสดิการการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือด้านเงินทุนสำหรับประกอบอาชีพ การพักผ่อนหย่อนใจ หรือเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับพรพิมลศักดิ์สูง (2548) ที่กล่าวว่าควรรักษาให้ความสำคัญในผู้ติดสารเสพติดเรื่องการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้าน

สัมพันธ์ภาพทางสังคมคือการมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการทำหน้าที่ในครอบครัวที่เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับสุปรานี สูงแข็ง (2559) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลจากครอบครัว และชุมชนจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ กิจกรรม “ความเชื่อและศรัทธา” เป็นการส่งเสริมความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วย ปลูกฝังเป็นความศรัทธา โดยเฉพาะในผู้ที่ยึดถือพ่อแม่และนำตนเองเข้าสู่ศาสนาจะมีการพัฒนาตนเองสู่การเลิกยาเสพติด (เรื่องสิทธิ เนตรนวลใย, ชีรวัดนิจินเนตร, สชัญ ภู่ง, สุชาติณี บุญญาพิทักษ์ และดรณี ภูขาว, 2557) การมีความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจจะเป็นพลังหรือแรงบันดาลใจให้สามารถดูแลตนเองดังในกิจกรรม “เรียนรู้สู่ความสำเร็จ” เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยเรียนรู้ หน้าที่ตนเอง และดำรงตนให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าโดยไม่พึ่งพายาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรมีการฝึกอบรมผู้เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระยะติดตามการรักษา ให้มีความรู้และทักษะปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาวะจิตสังคม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามต่อเนื่องในลักษณะผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย และ/หรือจัดกลุ่มช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้คำแนะนำและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะสามารถนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนกันได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อติดตามดูแลการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมโดยมีการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการกลับไปเสพซ้ำ

2. การศึกษาการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช หรือกลุ่มโรคเรื้อรัง ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน หรือชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบรายงาน บสศ. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2559, จาก* <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์. (2545) *ตำราการพยาบาลยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง.

นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ. (2553). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา, *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 185-198.

เบญจมาศ ดวงจำปา และมานพ คณะโต (2558). การเปรียบเทียบทราบาปทางสังคมระหว่างผู้เสพยาเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดกับประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอหนองบัวลำภู. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 201-211.

พรพิมล ศักดิ์สูง. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดชาวเขาที่บำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาในจังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พิเศษ จันทร์เจนจบ และคณะ. (2555). *ปัญหาและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดของสถานบำบัดรักษายาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

มรรยาท รุจิวิษญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รัตติยา สันเสรี, สรินญา ปุติ, รอดิหะยะ เจ๊ะไช๊ะ, และ มัชฌิมา สะ. (2554). *การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกรณีเสพติดหนัก (Hard core) โดยการจัดการรายกรณีในระยะติดตามผลการบำบัดรักษาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้*. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เรื่องสิทธิ์เนตรนวลโย, จิรวรรณ นิจนตร, สชญ์ภู่ง, สุชาสินี บุญญาพิทักษ์ และดรณี ภูขาว. (2557). *กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย*. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 36-44

วิโรจน์ วีรัชย์. (2548). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. สิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ, อุษณีย์ พึ่งปาน, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, ชัชชัย ทวีทรัพย์ และญาณธร เจียรรัตนกุล. (2552). *โครงการการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของระบบ*

- บำบัดรักษายาเสพติด. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. สุปราณี สูงแจ้ง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้บำบัดสารเสพติดในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2), 218-227.
- ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักงานยุทธศาสตร์. (2557) *สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาในปี 2558-2560*. (เอกสารประกอบการจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558-2560). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- เสาดาทหรือ โสดาติส, ธนุรัตน์ พุทธชาติ, กาญจนารัตนพันธ์ุ และนุรมา ยี่ตะหะมะ. (2552). *การทดสอบความเที่ยงและความตรงแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติด*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Brook, R. B. (1992). Self- esteem during the school year. *Pediatric clinics 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, 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 Press.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedent of self-esteem*. California: Consulting Psychologists Press.
- 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, 365-369.
- Uys, L. R. (1991). A theoretical framework for psychiatric rehabilitation. *Curatationis*, 14(3), 1-5.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012, 2014). *World Drug Report*. Vienna: United Nations.
- World Health Organization. (1997). *Psychosocial rehabilitation: A consensus statement*. Retrieved March, 12, 2016, from, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60630/WHO_MNH_MND_96.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y