

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยา

Development Rehabilitation Model for Female Drug Dependent

ธนิภา พงษ์พิทักษ์* วชิร มีศิลป์ สำเนา นิลบรรพ์

ผกามาศ มณีอินทร์ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ นิภาวัล บุญทับถม

Thaniga Pongpitug* Watcharee Meesilp Sumnao Nilaban

Phagamat Manee-in Nanta Chaipichitpan Nipawan Boontubthom

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12130

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment pathumtani Province 12130

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยา โดยการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST model ในผู้ป่วยหญิงเสพยา แล้วนำข้อมูลที่ได้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยา และศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยาเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST model กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหญิงเสพยา กลุ่มญาติผู้ป่วยหญิงเสพยา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t – test, Independent t- test, Chi-square, Fisher extract และ Mann – Whitney test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST model ยังมีประเด็นที่ควรพัฒนา จึงนำมาพัฒนาต่อได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยา และเมื่อดำเนินการทดลอง พบว่าผู้ป่วยหญิงเสพยาในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาซ้ำ และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการฟื้นฟู ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อติดตามหลังจำหน่ายออกจากสถานบำบัด นาน 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบว่ามีทัศนคติต่อผู้ป่วยหญิงเสพยา ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหญิงเสพยา, การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู

Abstract

The research and development aim to study and develop a rehabilitation for female drug dependent. The FAST Model for women was investigated then the result was integrated with reviewing the related literature. The comparison between the new model of the rehabilitation for women and the FAST Model was conducted. The participants for the current research comprised of the female drug dependent and their relatives. Each was separated into two groups, an experimental group and control. The data were gathered by a questionnaire. The statistics applied for analyzing data combined with content analysis content analysis, descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, Chi-square, Fisher extract and Man – Whitney test. An alpha of 0.05 was used as the cut-off for significance.

*Corresponding author : e-mail : thaniga09@gmail.com

The result found that the FAST model still had weak points needed to be considered. Those issues were resolved and applied as a ground theory for developing the new rehabilitation model. In the experiment revealed that the self-esteem, the intention of preventing in relapse, and the satisfaction on treatment activities of the experimental groups were significantly higher than controls at .05. After one month of the following up, the abstinent rate in the experimental group is higher than control at .05. The relatives of the female patients in the experimental group moreover showed a better attitude toward the patients. The relatives showed better satisfaction in the treatment activities compared with control at .05.

Keyword: female drug dependent, Development Rehabilitation Model

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของชาติ แต่ยังคงมีเยาวชนใช้ยาเสพติดมากขึ้น จึงเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข จากสถิติผู้ป่วย เสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557–2559 พบว่ามีผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 7,071, 5,666 และ 5,901 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84.84, 83.73 และ 86.51 เพศหญิง ร้อยละ 15.16, 16.27 และ 13.49 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า มีผู้ป่วยหญิงเสพติดเพิ่มขึ้น¹ ยาเสพติดที่นิยมเสพมากที่สุดคือ ยาบ้าและยาไอซ์ เพศหญิง ร้อยละ 30 นิยมเสพยาไอซ์ เพราะ เชื่อว่า การเสพยาไอซ์ จะทำให้ผิวขาว สวย รูปร่างดี และผิวพรรณดีซึ่งเป็นการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องและนำไปสู่การ เสพติดต่อเนื่อง การเสพติดส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศหญิงเมื่อติดยาเสพติดจะมีผลกระทบหลายด้าน จากการศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในประเทศไทย² พบว่า ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดในสังคมไทยถูกสังคมมองว่าเป็น “คนเลว” เกิดผลกระทบต่อชีวิต เช่น ถูกทารุณกรรม ขาดความมั่นคงทางการเงิน เสี่ยงต่อการต้องโทษ ถูกจำคุก ถูกกดขี่ ทำให้อับอาย ถูกข่มขืนและคุกคามทางเพศ มีโอกาสติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้หญิงใช้ยาเสพติดที่มีสถานภาพเป็นแม่จะถูกสังคมตีตราว่า เห็นแก่ตัว ไม่รับผิดชอบ ไม่ใส่ใจและละเลยลูก แม้ผู้หญิงบางคนตั้งใจว่าจะเลี้ยงดูลูกให้ดีแต่กลับพบว่า ลูกมักมีพฤติกรรมเลียนแบบและติดยาเสพติดได้ง่าย สอดคล้องกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยหญิงเสพติดที่รับรู้ว่าตนเองไร้ค่า

ขาดความรัก ความอบอุ่น ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่สามารถลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้กลับเป็นคนดีของสังคมได้ ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับว่าเป็นวิธีการที่สามารถช่วยให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดลด ละ และเลิกใช้ยาเสพติดได้ คือ การบำบัดรักษาแบบสมัครใจ โดย สบยช. เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ด้วยระบบสมัครใจ มีขั้นตอนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้รับรู้วิธีการบำบัดรักษา 2) การบำบัดด้วยยาเป็นการรักษาอาการขาดยาและภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยาเสพติด 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการฟื้นฟูทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม การทำงานและอาชีพ โดยใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบ FAST Model และ 4) การติดตามหลังรักษา เป็นกระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำ

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการช่วยปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ อารมณ์ และพฤติกรรมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งมั่นคงด้านจิตใจ และเสริมสร้าง ความรู้ ทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำ ขั้นตอนนี้ สบยช. ใช้การบำบัดรูปแบบ FAST Model มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ F: Family คือการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้คำปรึกษา การให้ความรู้เรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว โทษพิษภัยยาเสพติดและโรคสมองติดยา ตลอดจนร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัว/ชุมชน A: Alternative Treatment Activity กิจกรรมทางเลือก เป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ในการเรียนรู้ การฝึกอาชีพ

เพื่อค้นหาความถนัดของตนเอง วางแผนการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต S: Self Help group เป็นกระบวนการเรียนรู้ เพื่อดูแลช่วยเหลือตนเองให้มีความฉลาดทางอารมณ์ สามารถดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด และ T: Therapeutic Community กระบวนการชุมชนบำบัด เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนจำลอง ด้วยการช่วยเหลือตนเองและการช่วยเหลือกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น³ ในปัจจุบันการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST Model เป็นรูปแบบเดียวกับเพศชาย แต่ยังคงขาดความจำเพาะกับผู้ป่วยหญิงในประเด็นสำคัญ จากการศึกษารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหญิงสถาบันธัญญารักษ์⁴ พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหญิงเสพติดมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยชาย เช่น การตั้งครกไม่พึงประสงค์ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะแทรกซ้อนทางจิตจากการใช้ยาเสพติด และการบอกเลิกการบำบัดรักษา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศ⁵ ที่พบว่า ผู้หญิงมักมีอาการอ่อนไหว มีความมั่นใจในตัวเองต่ำและมีแนวโน้มในการพึ่งพา และคล้อยตามผู้อื่นมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจึงมักใช้อารมณ์นำเหตุผล มีความวิตกกังวลสูงและมักตัดสินใจปฏิเสธการรักษาส่งผลให้กลับไปเสพติดซ้ำได้ง่าย และจากการติดตามผลการบำบัดรักษาในผู้ป่วยหญิงเสพติดในปี 2559-2560 พบว่า ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพติดซ้ำมีผลลัพธ์ค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 51.37 และ 43.93 สอดคล้องกับตัวชี้วัดการหยุดเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 70.2 และ 46 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำของผู้ป่วยหญิงมีแนวโน้มสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ FAST Model ในหอผู้ป่วยหญิง

และเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ทีมผู้บำบัด ผู้ป่วย หญิงเสพยา และญาติ ถึงปัญหา อุปสรรคในการบำบัดตามรูปแบบ FAST Model นำผลลัพธ์ของเสียงสะท้อนร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) จากผลการวิจัย พบว่า CBT เป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดมีความคิดที่มีเหตุผล มีการควบคุมตนเอง และปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้ การเจริญสติ (Mind fullness) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลมีสมาธิ รู้จักยั้งคิดและสามารถลดความเครียด⁶ และสตรีศึกษาคือความรู้ที่ผู้หญิงควรรู้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหญิงเสพยาต้องการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหญิงเสพยา ให้มีความเหมาะสมกับเพศสภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหญิงเสพยา

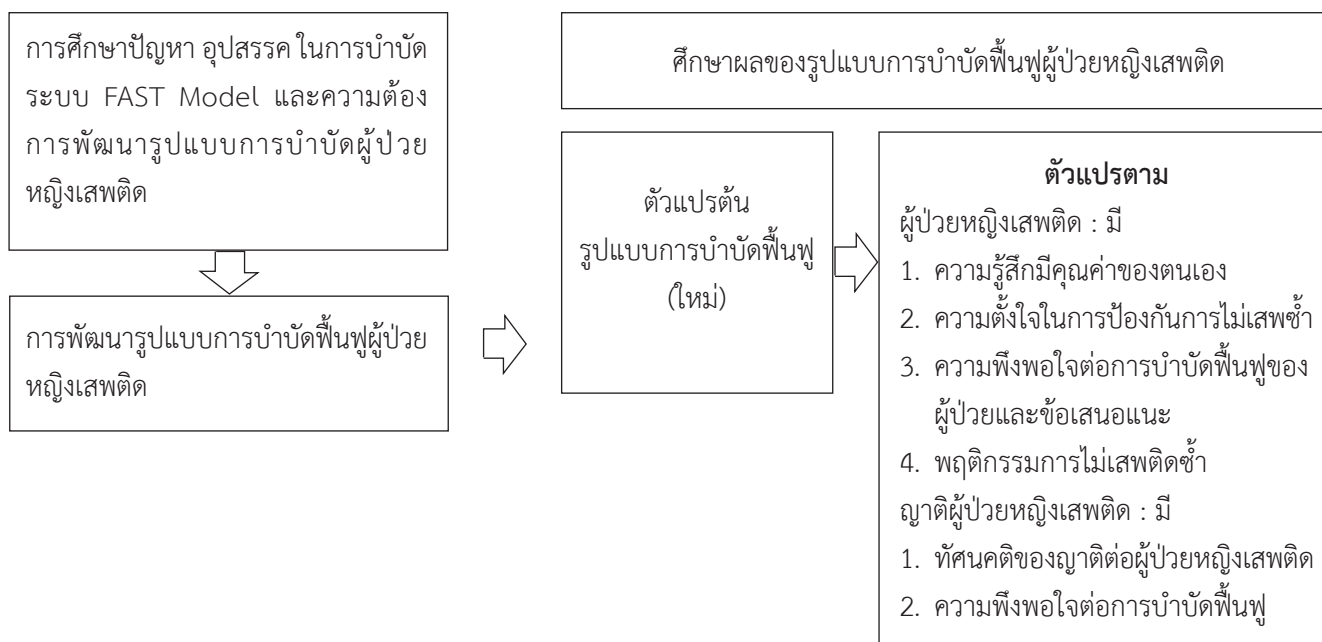
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามรูปแบบ FAST model พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสพยาและศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

คำถามการวิจัย

1. ปัญหาอุปสรรคในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสพยาเดิมเป็นอย่างไร
2. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสพยาที่เหมาะสมอย่างไร
3. ผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสพยาที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดใน สบยช. แบ่งวิธีการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสพติดตามรูปแบบ FAST model ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดรวม 40 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์จำนวน 5 คน ทีมสหวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดและผู้ช่วยเหลือคนไข้) จำนวน 14 คน กลุ่มผู้ป่วยหญิงเสพติด จำนวน 11 คน และญาติของผู้ป่วยหญิงเสพติด จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม และถอดการบันทึกเสียง นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา ใช้เวลาในการศึกษานาน 5 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2560

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด โดยนำบทวิเคราะห์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลร่วมกับการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดมาพัฒนาเป็น “ร่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด” แล้วนำ ร่าง รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความ

สอดคล้องด้านภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหญิงเสพติดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน สรุปผลการนำร่างรูปแบบการบำบัดฯ จากการทดลองใช้ นำข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรคมาปรับปรุงแก้ไข โดยปรับภาษาและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบำบัดฯ ไปใช้แล้วพัฒนาเป็น “รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด” ฉบับสมบูรณ์ ใช้เวลาศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2561 รวม 6 เดือน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The control-group pretest-posttest design) และติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากสถาบันฯ นาน 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยหญิงเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูภายในหอผู้ป่วยของสบยช. กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามรูปแบบปกติของสถาบันฯ ร่วมกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ปกติของสถาบันฯ 2) ญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยหญิงเสพติด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน 2561 เป็นเวลา 5 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 1 คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ชุด โดยข้อคำถามของผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ชนิดยาเสพติดที่เสพยา สาเหตุการใช้สารเสพติด เหตุผลในการเข้ามารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ส่วนข้อคำถามของญาติผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติด ผู้บริหารทางการแพทย์ และทีมนักบำบัด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง และปัญหาอุปสรรคในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST Model ความรู้ หรือทักษะที่จำเป็นที่ช่วยให้เลิกยาเสพติด รวมถึงแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบการบำบัดฯ เป็นคำถามที่ถามเหมือนกันทั้ง 4 กลุ่ม เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความสอดคล้องด้านภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนแล้ว

ระยะที่ 2 คือ ร่าง “รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติด” ประกอบด้วย กิจกรรมการบำบัดจำนวน 16 ครั้ง ตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม การเจริญสติ และสติศึกษา (ความรู้ที่ผู้หญิงควรรู้) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที โดยผู้ป่วยหญิงร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 13 ครั้ง มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน จำนวน 2 ครั้ง และกิจกรรมบำบัดเฉพาะกลุ่มญาติผู้ป่วย จำนวน 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 แบ่งเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติดรวม 6 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสพยาซ้ำของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน⁷ ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 6 อันดับ มีค่าความเชื่อมั่น .84 ตอนที่ 4 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาซ้ำ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสพยาซ้ำของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน⁷

ตอนที่ 5 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามส่วนที่ 4 - 5 เป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ มีค่าความเชื่อมั่น .88 และ .85 ตามลำดับ และตอนที่ 6 แบบบันทึกพฤติกรรมเสพยา เป็นแบบบันทึกรายงานของผู้เสพยา (self-report) ปรับปรุงจากแบบบันทึกการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการบำบัดรักษาที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมสำหรับผู้ที่มีปัญหาการติดยา⁸ ซึ่งใช้ในการติดตามหลังจำหน่ายจากสถาบันฯ นาน 1 เดือน 3) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล มี 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ป่วยหญิงเสพยาเสพติด และ ตอนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูฯ แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ มีค่าความเชื่อมั่น .78 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการศึกษาและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะ ในระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูฯ โดยได้ประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหญิงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อขอเก็บข้อมูลผู้ป่วยหญิงเสพยาติดยา บุคลากรในหอผู้ป่วยรวมทั้งสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยหญิงและผู้บริหารทางการแพทย์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ โดย “ร่าง” รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงเสพยาติดยา ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูฯ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง 1. ผู้ป่วยหญิงเสพยาติดยา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ก่อน-หลังการทดลองประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการป้องกันการไม่เสพยาซ้ำ และหลังการทดลองเพิ่มการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบำบัดและพฤติกรรมไม่เสพยาติดยา และ 2. ญาติผู้ป่วยหญิงเสพยาติดยา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน ก่อน-หลังการทดลองประเมินทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยและหลังการทดลองประเมินความพึงพอใจต่อการบำบัดผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของ สบยช. ตามการรับรองเลขที่ 040/2560 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2560 และ 041/2561 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2561 คณะผู้วิจัยได้อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมกลุ่มวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อให้ความยินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีข้อผูกมัด คณะผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสียดิต ใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t – test, Independent t- test, Chi-Square Test, Fisher's Extract Test และ Mann – Whitney Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 1 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสียดิตตามรูปแบบเดิม (FAST Model)

ด้านการบำบัดรูปแบบ FAST Model	ด้านการสนับสนุน
1. ครอบครัว (Family) ขาดความร่วมมือในการบำบัดผู้ป่วย ควรกระตุ้นให้ญาติเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดให้ผู้ป่วยทำร่วมกับญาติ ส่งเสริมความรู้เรื่อง บทบาทหน้าที่ และการสื่อสารในครอบครัว 2. กิจกรรมทางเลือก (Alternative) ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ปรับแก้โดย ควรจัดให้มีการฝึกอาชีพที่มีใบประกาศนียบัตร 3. กิจกรรมช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ และขาดทักษะการจัดการกับความคิดเชิงลบ ควรเพิ่มความรู้เรื่อง การปรับความคิดและพฤติกรรม การพัฒนาสติ และควรจัดจำนวนผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการบำบัดแต่ละกลุ่ม 4. ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) กิจกรรมบางกิจกรรมไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหญิงเสียดิต ควรจัดกิจกรรมการฟื้นฟู ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เช่น ปัญหาการอยู่ร่วมกันตามเพศสภาพ	1. บุคลากร บุคลากรขาดองค์ความรู้ ควรเพิ่มความรู้เรื่อง การวิเคราะห์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ชุมชนบำบัด และการใช้เครื่องมือบ้านในการปรับพฤติกรรมกับผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น กลุ่มผู้หญิงเสียดิต เป็นต้น 2. ระยะเวลาการบำบัด ในผู้ป่วยบางรายการบำบัด 4 เดือนไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ควรปรับระยะเวลาการบำบัดให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย 3. ด้านสถานที่ พื้นที่พักผ่อนมีจำนวนน้อย ควรเพิ่มพื้นที่การออกกำลังกาย พื้นที่พักผ่อนหย่อนใจ และมีเสียงตามสาย เพื่อเปิดเพลงบรรเลงเบาๆ 4. ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ทักษะในหลายด้าน จึงควรเพิ่มความรู้ตามเพศสภาพ เช่น การพัฒนาบุคลิกภาพ มารยาท การแต่งตัว การดูแลสุขภาพอนามัย บทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่สังคมคาดหวัง การป้องกันการเสียดิตซ้ำ และกิจกรรมธรรมะ

ระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลนำเข้าร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเป็นร่าง รูปแบบการบำบัดฯ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงเสพติดและญาติ นำปัญหา – อุปสรรคและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนาจนได้ รูปแบบกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบำบัดจำนวน 16 กิจกรรม ตามรายละเอียด ดังนี้

1. รู้ตน 2. ความคิด อารมณ์ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร 3. การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด 4. สติในการคิด: คิดบวก 5. การจัดการกับความอยาก 6. สมาธิ: พักจิตเพื่อคลายอารมณ์และความเครียด 7. สมาธิ: พักจิตเพื่อ

คลายอารมณ์และความเครียดสำหรับครอบครัว 8. การสื่อสาร: สื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมีสติสำหรับสมาชิกและครอบครัว 9. คุณค่าในตนเอง 10. การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้หญิง 11. โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยหญิง 12. การวางแผนครอบครัว 13. กิจกรรมสายใยครอบครัว 14. ความถนัดด้านอาชีพ 15. การวางแผนป้องกันการเสพยา และ 16. กิจกรรมสานฝัน ปันรัก

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ป่วยหญิงเสพติด

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		รวม (N = 60)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ							.29 ⁽¹⁾
> 20 ปี	3	10.0	2	6.7	5	8.3	
21 – 30 ปี	14	46.7	10	33.3	24	40.0	
31 – 40 ปี	9	30.0	14	46.7	23	38.4	
40 ปีขึ้นไป	4	13.3	4	13.3	8	13.3	
อายุเฉลี่ย + SD	30.70 + 7.33		31.9 + 6.98				
อายุต่ำสุด – สูงสุด	18 – 47		18 – 45				
การศึกษา							.78 ⁽³⁾
ประถมศึกษา	12	40.0	13	43.3	25	41.7	
มัธยมศึกษา	17	36.7	16	53.4	33	55.0	
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3	2	3.3	
สถานภาพสมรส							.77 ⁽²⁾
โสด	10	33.3	8	26.7	18	30.0	
สมรส	20	66.7	22	73.3	42	70.0	
อาชีพ							.39 ⁽²⁾
ว่างงาน	12	40.0	12	40.0	24	40.0	
รับจ้างเอกชน/รัฐบาล	9	30.0	5	16.7	14	23.3	
อาชีพส่วนตัว	9	30.0	13	43.3	22	36.7	
ยาเสพติดที่ใช้							.06 ⁽²⁾
ยาบ้า	6	53.3	24	80.0	40	66.7	
ไอซ์	14	46.7	6	20.0	20	33.3	
สาเหตุการมาบำบัดรักษา							.46 ⁽³⁾
ต้องการเลิกยาเสพติด	12	40.0	13	43.3	25	41.7	
เพื่อสุขภาพตนเอง	0	0	1	3.3	1	1.7	
คุมประพฤตินำส่ง	17	56.7	13	10.0	30	50.0	
ครอบครัวให้มารักษา	1	3.3	13	43.3	4	6.7	
จำนวนครั้งที่เข้ามาบำบัดในสถาบัน ฯ							.20 ⁽³⁾
ครั้งที่ 1	29	96.7	18	60.0	47	78.3	
ครั้งที่ 2	1	3.3	12	40.0	13	21.7	

⁽¹⁾ = Mann-Whitney Test, ⁽²⁾ = Chi-Square Test, ⁽³⁾ = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงเสพติด กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย $30.7 + 7.33$ ปี มีอายุใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย $31.9 + 6.98$ ส่วนใหญ่สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ว่างงาน ใช้จ่าย เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งแรก และเข้ารับการบำบัดเพราะคุม

ประพฤตินำส่งเพื่อต้องการให้เลิกยาเสพติด ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (มีลักษณะข้อมูลเหมือนกัน)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 25)		กลุ่มควบคุม (N = 25)		รวม (N = 50)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							.38 ⁽²⁾
ชาย	8	32.0	11	44.0	19	38.0	
หญิง	17	68.0	14	56.0	31	62.0	
อายุ							.25(1)
21 – 30 ปี	2	8.0	0	0	2	4.0	
31 – 40 ปี	5	20.0	7	28.0	12	24.0	
41 – 50 ปี	12	48.0	10	40.0	22	44.0	
51 ปีขึ้นไป	6	24.0	8	32.0	14	28.0	
อายุเฉลี่ย + SD	45.2 + 10.0		48.4 + 9.8				
อายุต่ำสุด – สูงสุด	28 – 73		33 – 64				
การศึกษา							.93 ⁽²⁾
ประถมศึกษา	5	20.0	5	20.0	10	20.0	
มัธยมศึกษา	16	64.0	15	60.0	31	62.0	
ปริญญาตรี	4	16.0	5	20.0	9	18.0	
อาชีพ							.22(3)
ว่างงาน	5	20.0	10	40.0	15	30.0	
รับจ้างเอกชน/รัฐบาล	17	68.0	14	56.0	31	62.0	
อาชีพส่วนตัว	3	12.0	1	4.0	4	8.0	
รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว							.18(2)
เพียงพอ	12	48.0	15	60.0	27	54.0	
ไม่เพียงพอ	13	52.0	10	40.0	23	46.0	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							.68 ⁽³⁾
บิดา - มารดา	11	44.0	9	36.0	20	40.0	
พี่น้อง	5	20.0	4	16.0	9	18.0	
สามี/แฟน	7	28.0	11	44.0	18	36.0	
เพื่อน	2	8.0	1	4.0	3	6.0	
สัมพันธภาพในครอบครัว							.58 ⁽³⁾
รักใคร่กันดี	6	24.0	7	28.0	13	26.0	
ทะเลาะกันบางครั้ง	18	72.0	18	72.0	36	72.0	
ทะเลาะกันประจำ	1	4.0	0	0	1	2.0	

(1) = Mann-Whitney, (2) = Chi-Square Test, (3) = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 3 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง $45.2 + 10.0$ ปี มีอายุใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ที่มีอายุเฉลี่ย $48.4 + 9.8$ ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้างเอกชน/รัฐบาล รายได้เพียงพอค่าใช้จ่ายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา - มารดา และมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นแบบทะเลาะกันบางครั้ง ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (มีลักษณะข้อมูลเหมือนกัน)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน - หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$ + SD		$\bar{x}$ $\bar{X}$ + SD			
กลุ่มทดลอง (N = 30)						
คุณค่าในตนเอง	3.92 + 0.39	4.45 + 0.51	7.86	.00*		
ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำ	3.91 + 0.44	4.51 + 0.54	7.86	.00*		
กลุ่มควบคุม (N = 30)						
คุณค่าในตนเอง	3.82 + 0.44	4.08 + 0.40	2.64	.01*		
ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำ	3.98 + 0.27	4.11 + 0.40	3.49	.00*		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำและความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองและพฤติกรรมการณ์ไม่เสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t-test	P-value
หลังการทดลอง				
คุณค่าในตนเอง	4.45 + 0.51	4.05 + 0.44	2.99	.00*
ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำ	4.51 + 0.54	4.11 + 0.40	3.20	.00*
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฯ	4.55 + 0.41	4.34 + 0.41	1.96	.05*
ระยะติดตามผล 1 เดือน				
พฤติกรรมการณ์เสพติดซ้ำ	จำนวน (%)	จำนวน (%)	χ^2	P-value
ไม่เสพติดซ้ำ	18 (60)	10 (33.3)		
เสพติดซ้ำ	12 (40)	20 (66.7)	4.28	.03*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อติดตามหลังจำหน่ายจาก สบยช. นาน 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการไม่เสพติดซ้ำดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน – หลัง การทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X} + SD$	หลังทดลอง $\bar{x} + SD$	t-test	P-value
กลุ่มทดลอง (N = 25)				
ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติด	4.43 + 0.40	4.59 + 0.42	1.60	.00*
กลุ่มควบคุม (N = 25)				
ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติด	3.33 + 0.29	3.36 + 0.21	0.77	.44

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการทดลอง ญาติกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติด ดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ญาติกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติดหลังการทดลอง ดีวก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติด และความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร (N = 25)	กลุ่มทดลอง $\bar{X} + SD$	กลุ่มควบคุม $\bar{x} + SD$	t-test	P-value
หลังการทดลอง				
ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติด	4.49 + 0.42	3.36 + 0.59	12.96	.00*
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฯ	4.82 + 0.21	3.81 + 0.59	8.05	.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลอง ญาติกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติดและความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดเป็นการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยหญิงเสพติดตามรูปแบบ FAST model และสิ่งที่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการให้เกิดการพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้ข้อเสนอแนะซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยเสพติด ได้แก่ แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่พบว่าให้ผลลัพธ์การบำบัดรักษาที่ดีในผู้ป่วยเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบ CBT มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดรูปแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการบำบัดด้วย CBT ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อารมณ์และความคิดด้านลบได้เร็วขึ้นจนทำให้ลดพฤติกรรมเสพติดซ้ำ⁹ การฝึกสติและสมาธิ (Mindfulness) ช่วยทำให้สมองสามารถพัฒนาและแก้ไขอารมณ์ด้านลบ โดยมีผลเพิ่มสารซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง และระบบประสาทพาราซิมพาธิก (Parasympathetic) ทำงานดีขึ้น ส่งผลให้จิตใจสงบและลดความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการติ่มในผู้ติดยา¹⁰ ที่พบว่าแนวทางการบำบัดด้วยการเจริญสติ สามารถลดความเครียดจากความอยากติดยาได้ การฝึกสติส่งผลให้ผู้ฝึกสติมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสามารถปล่อยวางความทุกข์ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์โดยวิธีการเจริญสติพื้นฐานในผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน ที่พบว่า การฝึกสติสามารถลดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (ทุกข์) มีการนำ CBT มาใช้ร่วมกับการฝึกสติ⁶ เรียกว่า Mindfulness-based Cognitive Behavior Therapy: MCBT เป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้วิจัยจึงนำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับผลการวิจัยระยะที่ 1 มาพัฒนาและสร้างกิจกรรมการบำบัดเป็น “ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหญิงเสพติด” ได้กิจกรรมการบำบัดจำนวน 16 ครั้ง (กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยหญิงเสพติด จำนวน 13 ครั้ง จัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ จำนวน 2 ครั้ง และกิจกรรมเฉพาะญาติจำนวน

1 ครั้ง) ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหญิงเสพติดที่พัฒนาขึ้นกับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ FAST Model พบว่า หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำต่ำกว่าก่อนทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม แสดงว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดที่พัฒนาขึ้น และการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบ FAST Model เป็นกิจกรรมการบำบัดที่สามารถสร้างการมีคุณค่าในตนเอง และเติมเต็มความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยเสพติดสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความพร้อมในการป้องกันการเสพติดซ้ำ และมีความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดเพิ่มขึ้น และเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการบูรณาการรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า¹¹ ที่พบว่าการบำบัดแบบ FAST Model สามารถปรับความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยเสพติดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความเครียดมีความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตมากขึ้น

ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดผู้ป่วยหญิงเสพติดระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยหญิงเสพติดมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดมีกิจกรรมบำบัดที่สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยหญิงเสพติดมากกว่าการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบ FAST Model โดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังกิจกรรมครั้งที่ 4 สติในการคิด: คิดบวก ครั้งที่ 6 สมาธิ: พักจิตเพื่อคลายอารมณ์และความเครียด ครั้งที่ 9 คุณค่าในตนเอง และครั้งที่ 10 การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้หญิง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง ปรับความคิดตนเอง มีความคิดเชิงบวกเพิ่มขึ้นจนสามารถสร้างความมั่นใจให้กับตนเองได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณค่าแห่งตนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำได้ ซึ่งเป็นไปตามนิยามของ

CBT ที่กล่าวว่า “เมื่อความคิดเปลี่ยน ชีวิตจึงเปลี่ยน” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์โดยวิธีการเจริญสติพื้นฐานใน ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน และแนวคิดที่ว่า การมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ใน แต่ละวัน¹² โดยกิจกรรมบำบัดที่จัดให้ผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำกิจกรรม ซึ่งส่งผลให้หลังการทดลอง และเมื่อติดตามหลังจำหน่ายออกจากสถานบำบัดนาน 1 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการบำบัดด้วย

ในส่วนของผู้ป่วยพบว่า หลังการทดลอง ญาติกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติดดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเกิดจากรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ที่พัฒนาขึ้นมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมร่วมกันจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 8 และครั้งที่ 13 โดยทั้ง 2 กิจกรรมนี้ นับเป็นสื่อกลางที่ส่งเสริมให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจกันและกัน เห็นอกเห็นใจ และสานความสัมพันธ์ร่วมกัน สอดคล้องกับจิตวิทยาสังคม¹³ ที่ว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หากมีการพัฒนาองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง การปรับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้นอย่างถูกต้อง และการพัฒนาพฤติกรรม ซึ่งกิจกรรมทั้ง 2 ครั้งดังกล่าวข้างต้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติด มีสติที่จะยอมรับในสิ่งลูก – หลานกำลังประสบอยู่ สามารถปรับความรู้สึกให้ยอมรับ และเมื่อญาติได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้หลังการทดลอง ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยในทำนองเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติใน ญาติกลุ่มทดลองและญาติกลุ่มควบคุมก็ให้ผลเช่นกัน คือ ญาติกลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อผู้ป่วยหญิงเสพติดดีกว่าญาติกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในส่วนของความพึงพอใจต่อกิจกรรมการบำบัดพบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ที่พัฒนาขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเกิดจากกิจกรรมบำบัดตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ที่พัฒนาขึ้น ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหญิงเสพติด และมีกิจกรรมการบำบัดที่ทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ซึ่งส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและ

ญาติมีเวลาอยู่ด้วยกันมากขึ้น สานความสัมพันธ์จนก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ดังนั้นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด จึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมให้ผู้ป่วยหญิงเสพติด พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำและไม่กลับไปเสพติดซ้ำ¹⁴ รวมถึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยหญิงเสพติดได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด โดยการเผยแพร่รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดนี้ ให้แก่ หอผู้ป่วยหญิงเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกสถาบันฯ
2. พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด ให้เป็นหลักสูตรการฝึกอบรม รวมถึงจัดทำคู่มือเพื่อเผยแพร่ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติดในหน่วยงานอื่น ๆ

References

1. Princess Mather National Institute on Drug Abuse Treatment and Rehabilitation. Statistics of in Thailand. Bangkok: 2017. (In Thai)
2. Haritawon N. Intra Drug Use Behavior of Drug Abuse Users in Thailand. Bangkok: Thammasart University; 2011. (In Thai)
3. Thanyarak Institute. FAST Model. Bangkok: Veterans Organization Printing Factory; 2003. (in Thai)
4. Arpabusayaphun R. Rehabilitation Model Development for Female Drug Users in Thanyarak Institute. Thanyarak Institute, Department of Medical Services. Pathumthani: 2008. (In Thai)

5. Terman, L.M., Tyler, L.E. Psychological sex difference In L. Carmichael,(Ed), Manual of child psychology. New York: Wiley; 1954.
6. Plubplachai T. Mindfulness Based Intervention for Reduction of Stress Reactivity in Patients with Alcohol Dependence: Evidences-Based Practice. Journal Psychiatric Association Thailand. 2013; 58 (2) 207-218. (In Thai)
7. Nilaban S. Development of Learning Activity Model to Reduce Repeated Drug Behavior of Methamphetamine Addicts. Pathumthani: Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage; 2018. (In Thai)
8. Phukao D. Development and Evaluation of a Culturally Appropriate Treatment Program for People with Alcohol Use Disorders in Thailand. Queensland: Queensland University; 2006.
9. Sumnao N., et al. The Effect of Cognitive–Behavioral Therapy of in Rehabilitation Drugs User. Thanyarak Institute, Department of Medical Service, Pathumthani: 2013. (In Thai)
10. Sonlar K. The Effect of Mindfulness Training Program on Alcohol Craving of Inpatient Alcohol Dependence Receiving Detoxification Treatment. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (In Thai)
11. Chaipichitpan N. Model Development for Rehabilitation in Meth-amphetamine Abuser: A Participatory Action Research. Pathumthani: Thammasart University; 2016. (In Thai)
12. Crouch M.A., Straub, V. Enhancement of self-esteem in adults. Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance 1983; 6(2), 65-78.
13. Bhumipat S. Social Psychology. Bangkok; Educational Technology Center, Sripatham University, Bangkok; 1998. (In Thai)
14. Pinsupha P., Uthis P. The Effect of Family Motivation Interviewing Program on Alcohol Consumption in Schizophrenic Patients with Alcohol Drinking Problem. Journal of the Royal Thai Army Nurse. 2018; 19 (3): 213-220. (In Thai)