



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสุพรรณษา อังกาบ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเชิงขวัญ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

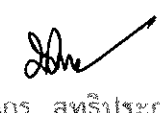
ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

(นายสมพงษ์ คุตประสิทธิ์)

ผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุพรรณษา อังกาบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเชียงขวัญ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	๒๓๕๕๒๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเชียงขวัญ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๕๕๒๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัว ในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยคลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด (The Effectiveness of Family Education Program to Family Behavior Concerning Relapse Prevention among Amphetamine Abuser Attending Patient Drug free clinic Chiang Khwan Hospital ,Roi-Et)”				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกัน และบำบัดรักษายาเสพติด ตำบลพระธาตุ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดร้อยเอ็ด”				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		 (นายนรากร สุทธิประภา) ศึกษานิเทศก์ชำนาญการพิเศษ		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง

ผลของโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยคลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด

(The Effectiveness of Family Education Program to Family Behavior Concerning Relapse Prevention among Amphetamine Abuser Attending Patient Drug free clinic ,Chiang Khwan Hospital,Roi-Et)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ เมษายน ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ยาบ้าที่รู้จักกันทั่วไปมีสาระสำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นยาเสพติดชนิดร้ายแรง ลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มักจะผลิตเป็นเม็ดกลมแบนเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๗ มิลลิเมตร น้ำหนักเฉลี่ยประมาณ ๐.๑๑ กรัมต่อเม็ด มีสีส้ม เหลือง เขียว น้ำตาล หรือสีอื่นๆ ซึ่งยาบ้าเป็นยาเสพติดประเภทที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยกระตุ้นระบบอวัยวะส่วนต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก จะออกฤทธิ์มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาของการใช้ สำหรับผู้ที่ใช้ต่อเนื่องจะทำให้มีอาการทางจิต เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด อยู่ไม่สุข ตื่นเต้น ตกใจง่าย จิตสับสน หวาดระแวง ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด มองเห็นเป็นภาพรบกวน กรณีที่เป็นมากจะมีอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง อาจทำร้ายผู้อื่นและตนเองได้ เพื่อให้เกิดความชำนาญ และความเชี่ยวชาญในการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิชาการเกี่ยวกับความรู้เรื่องยาบ้า สาเหตุการติดยาบ้า อาการขาดยาบ้า ผลกระทบของเสพยาบ้า ตลอดจนการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก Matrix Program และได้ศึกษาทบทวนเกี่ยวกับทฤษฎีระบบและระบบครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามทฤษฎีของ Mc Master Model ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดโปรแกรมศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะใช้โปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำเพื่อให้เกิดการบำบัดยาบ้าที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อผู้เสพยาบ้าและครอบครัวต่อไป

๔. สรุปลักษณะสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันปัญหาเสพยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดยาเสพติดโดยตรงทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม ขาดการพัฒนาจนกลายเป็นบุคคลที่เสื่อมสมรรถภาพ ในช่วงที่ผู้ป่วยเสพยาเสพติด มีพฤติกรรมกระทำการที่ไม่ดี และกระทำซ้ำบ่อยครั้งเนื่องจากขาดสติ ทำให้มีความรู้สึกผิดติดค้างในจิตใจอย่างมาก ไม่เคารพนับถือตนเองและจิตใจก็มักใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เพื่อลดความรู้สึกผิดบาปลงได้แก่การไม่ยอมรับความจริง(denial) การมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง(minimization) การโทษผู้อื่น (projection) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีประสบการณ์เลิกเสพยาเสพติดไม่สำเร็จมาหลายครั้ง ไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะเลิกสารเสพติดได้สำเร็จหรือไม่มีโอกาสกลับฟื้นคืนเป็นคนดีได้ ดังนั้นโรคติดยาเสพติดในมิติหนึ่งก็คือโรคของความเสื่อมถอยทางจิตวิญญาณนั่นเอง ซึ่งแต่เดิมที่มีการเสพยาบ้าตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๘ พบในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มคนชั้นวรรณะ และคนทำงานกลางคืนโดยผู้เสพยาบ้าวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีกำลังในการทำงานและทำได้เป็นเวลานานยิ่งขึ้น โดยไม่มีการเหน็ดเหนื่อย และช่วยให้อดนอนได้นานขึ้นเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวสำคัญของชาติในอนาคต เนื่องจากมีการผลิตการค้าอยู่ทั่วไป หาซื้อได้ง่าย เสพง่าย ราคาไม่แพงและที่สำคัญกลุ่มวัยรุ่นเป็นวัยที่ซุกซนได้ง่าย มีความอยากรู้อยากลอง และมีความยับยั้งชั่งใจน้อยการตัดสินใจไม่ดี รักความสนุก ตลอดจนมีแหล่งบันเทิงยั่วยุ่มากมาย ทำให้เกิดการเสพยาอย่างกว้างขวาง ไม่อาจหยุดยั้งได้

ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันบำบัดรักษาติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนีปีพ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๔ มากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๒๘ ถึงร้อยละ ๖๘.๘๖ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดยาเสพติดในสถานพยาบาลของรัฐ ในปี พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๓ พบว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๒ - ๒๔ ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๔ ถึงร้อยละ ๒๖.๔ ของผู้เข้าบำบัด ทั้งหมดและจากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นปัญหาต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่าจังหวัด ร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดและเป็นจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการแพร่ ระบาดของสารเสพติด เนื่องจากมีอำเภอหนองพอกและอำเภอโพธิ์ทองที่เป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงสาร เสพติดโดยได้ดำเนินงานด้านแก้ไขปัญหายูธและผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

จากการดำเนินงานในคลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงขวัญ พบว่าผู้ป่วยเสพยาบ้าในปีพ.ศ.๒๕๖๒- ๒๕๖๔ จำนวน ๘๐,๙๘ และ๑๐๕ ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนดในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ พบร้อยละ ๖๕.๓๐ ในปีพ.ศ.๒๕๖๔ ร้อยละ ๖๒.๘๕ ซึ่งอยู่ในระดับลดลง เนื่องจากระหว่างการบำบัดผู้รายงานตัวมีการถูกจับดำเนินคดีซ้ำ ๒ ราย และมีการใช้ ยาเสพติดซ้ำ จำนวน ๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๑๔

สำหรับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดซ้ำหลังจากรักษาแล้ว มีหลายประการอาทิเช่นเพื่อนชวน เจ็บป่วย มีเรื่องกลุ้มใจ บิดาหรือมารดาไม่ให้ความเชื่อถือไว้วางใจ ขาดสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว และ เนื่องจากกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม คบเพื่อนที่ติดยาเสพติดก็จะทำให้มีแนวโน้มที่จะกลับไปเสพยาอีก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาสภาพการติดยาเสพติดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้าฯและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ของสุพรรณ อีรเวทเจริญชัย(๒๕๒๒) พบว่าผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทที่ติดยาเสพติดและไม่ติดยาอยู่ในละแวกเดียวกัน สาเหตุการติดครั้งแรกเกิดจากการอยาก ลองและเพื่อนชักจูง ร้อยละ ๓๖.๖๐ บริเวณที่อยู่อาศัยเป็นแหล่งติดยาเสพติด ส่วนเหตุการณ์กลับไปเสพยาซ้ำ เพราะเพื่อนชักชวนและมีเรื่องไม่สบายใจ จะเห็นได้ว่าการติดยาเสพติดต่างๆนั้นมีสาเหตุหรือมีเหตุปัจจัย เกี่ยวข้องหลายด้านและมีความสัมพันธ์กับหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นจากภาวะในตัวของผู้เสพเอง จากครอบครัว จากเพื่อนและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ดังนั้นการนำทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์จะทำให้เข้าใจถึง สิ่งต่างๆที่แวดล้อมอยู่รอบๆ ตัวผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการติดยาเสพติด การเสพยาเสพติด อาทิเช่น ระบบครอบครัว ระบบการศึกษาทั้งในและนอกสถานที่ ระบบการรักษา ระบบศาสนาวัฒนธรรม ระบบชุมชน ระบบการป้องกันปราบปราม เป็นต้น ระบบที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ ระบบครอบครัว ซึ่งมีความเกี่ยวข้องตั้งแต่เกิด ครอบครัวจะเป็นสังคมแรกที่มีส่วนหล่อหลอมในเรื่องการกำหนด ความคิด ความรู้สึก ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ครอบครัวปลูกฝังค่านิยม และวัฒนธรรม สร้างบุคลิก ความเชื่อ ความเจริญงอกงามด้านจิตใจ ฉะนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลมากต่อผู้ป่วย ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้พัฒนารูปแบบมาโดยตลอด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรักษาแล้วเลิกได้ สิ่งสำคัญที่สุดคือ เมื่อเลิกแล้วไม่หวน กลับไปเสพยาอีก ซึ่งเดิมการบำบัดรักษามุ่งรักษาที่ตัวผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปให้คืน สู่ปกติ แต่ผลการกลับไปเสพยาซ้ำหลังการรักษาพบในอัตราที่สูงจากสถิติโรงพยาบาลเชียงขวัญ พบการกลับ เข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยเก่าสูงมากต่อมาได้มีการปรับกระบวนการบำบัดรักษาโดยให้ครอบครัว โดยเฉพาะบิดา มารดา เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เข้าใจวิธีการรักษาและการ ดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้ครอบครัวหันมาให้ความสนใจกับผู้ป่วยอย่างจริงจัง ผลที่ได้ช่วยให้ครอบครัว มีความเข้าใจ เป็นกำลังใจและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น อัตราการกลับไปเสพยาซ้ำลดลงในระดับหนึ่ง

จากแนวคิดและข้อมูลเบื้องต้นนั้น ผู้วิจัยจึงมีความคิดว่าหากมีโปรแกรมที่ให้ครอบครัวได้เรียนรู้อย่าง จริงจัง เป็นระบบควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย จะช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ครอบครัวจะได้มีความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านและครอบครัว จะต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันการเสพยาซ้ำที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่ใช่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะนำโปรแกรมครอบครัวศึกษามาทดลอง เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของ โปรแกรมอย่างแท้จริงในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยเสพยาบ้า และเมื่อทราบผลแล้วจะได้นำ โปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ควบคู่กับการบำบัดรักษาผู้ป่วยและเผยแพร่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนและหลังการให้โปรแกรมครอบครัวศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

๑) รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เลือกประชากรที่ศึกษาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้ารูปแบบ One group Pretest – Posttest Design

๒) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้เสพติดยาบ้าที่มารับบริการที่คลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน ๘๗ ราย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เสพติดยาบ้าที่มารับบริการที่คลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาบ้าโดยเครื่องมือ V๒ ที่มีคะแนนตั้งแต่ ๔-๒๖ คะแนน และครอบครัวของผู้เสพติดยาบ้า ซึ่งแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้เสพติดยาบ้า จำนวน ๑ คน และครอบครัวของผู้เสพติดยาบ้า จำนวน ๑ คน รวมเป็น ๒ คน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดที่คลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน ๔๕ ครอบครัว ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่เสพติดยาบ้า (Inclusion Criteria)

๑) ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าโดยใช้การคัดกรองตามเกณฑ์ในแบบบสต.๒ ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาบ้าโดยเครื่องมือแบบคัดกรอง V๒ ที่มีคะแนนตั้งแต่ ๔-๒๖ คะแนน

๒) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ พ้ออ่านออกเขียนได้

๓) ไม่มีโรคทางสมองที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย

๔) มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดเลือก ครอบครัวของผู้เสพติดยาบ้า (Inclusion Criteria)

๑) บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือญาติพี่น้องของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมกันมากกว่า ๑ ปี ครอบครัวละ ๑ คน

๒) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น

๓) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

๑) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด

๒) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงเกิดขึ้น ในระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยใช้โปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง สำหรับงานวิจัยด้วยโปรแกรม G*Power version ๓.๑.๙.๔ ใช้สถิติ t-test กำหนดอำนาจทดสอบ(power of test)เท่ากับ ๐.๘๐ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบโดยนำ mean effect size(d=๐.๕๐) มาแทนค่าในโปรแกรมG*Power แล้วได้กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด ๔๕ ครอบครัว

๓) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ก. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

(แบบสอบถามเรื่อง “ผลของโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำ”) ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามของปัญจรัตน์ ศรีสว่าง(๒๕๔๖) ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑) ข้อมูลทั่วไป

จำนวน ๘ ข้อ

๒) แบบสอบถามพฤติกรรมครอบครัว

จำนวน ๓๐ ข้อ

มีทั้งหมด ๖ ด้าน ดังนี้

การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำ	จำนวน ๕ ข้อ
การสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน ๕ ข้อ
การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง	จำนวน ๕ ข้อ
บทบาทและการมอบหมายหน้าที่	จำนวน ๕ ข้อ
การตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์	จำนวน ๕ ข้อ
การควบคุมพฤติกรรม	จำนวน ๕ ข้อ

ข. โปรแกรมการดำเนินการให้คำปรึกษาทางสุขภาพตามแผนการให้คำปรึกษา ตั้งแต่แผนที่๑-แผนที่๔ โดยแต่ละแผนต่างกัน ๑ สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ดำเนินโดยผู้วิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ การดำเนินกิจกรรมเรื่องการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกยาบ้าระหว่างการรักษา

๑) สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ให้ผู้ป่วยและญาติทราบและทำการตกลงบริการในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแต่ละครั้ง

๒) ให้ผู้ป่วยเล่าวิธีการเผชิญและการแก้ไขปัญหที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และวิธีการที่ผู้ป่วยแก้ไขปัญหได้สำเร็จ หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการแก้ปัญหที่เหมาะสมได้ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหด้วยตัวผู้ป่วยเอง

สัปดาห์ที่ ๒ การดำเนินกิจกรรม เรื่อง สาเหตุการเสพยาบ้ารวมขณะรับการรักษาและวิธีการเลิกยาบ้าที่ได้ผล

๑) ให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวิเคราะห์เหตุการณ์นั้นๆ

๒) ให้ผู้ป่วยบอกสาเหตุของการเสพยาบ้าซ้ำ รวมทั้งวิธีการหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าต่างๆที่เป็นสาเหตุของการเสพยาบ้า

๓) ให้ผู้ป่วยสรุปวิธีการที่ผู้ป่วยคิดว่าผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงจากยาเสพติดได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

๔) ให้ผู้ป่วยตรวจปัสสาวะและนัดครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ ๓ กิจกรรมเรื่อง การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการวางแผนการดำเนินชีวิตหลังการรักษา

๑) ให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมทั้งวิเคราะห์เหตุการณ์นั้นๆ

๒) พูดคุยถึงเรื่องเป้าหมายและการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต และให้ผู้ป่วยเล่าถึงการที่จะก้าวไปให้ถึงจุดหมายนั้นๆ

๓) ให้ผู้ป่วยสรุปและหาแนวทางของการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตรวมทั้งวิธีการที่จะทำให้เป้าหมายที่วางไว้เป็นความจริง

๔) ให้ผู้ป่วยตรวจปัสสาวะและนัดครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ ๔ กิจกรรมเรื่อง การปฏิเสธและการป้องกันการกลับเสพยาบ้า

๑) ให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมทั้งวิเคราะห์เหตุการณ์นั้นๆ

๒) ให้ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิเสธและวิธีการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ

๓) ให้ผู้ป่วยตรวจปัสสาวะและนัดติดตามหลังการบำบัดรักษา

๔) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

๔.๑) นำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนและรายละเอียดต่างๆ ดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่

๔.๒) แจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในระยะบำบัดด้วยยาก่อนเข้ารับการรักษา

๔.๓) ดำเนินการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเสพยาบ้าตามแบบแผน ใช้เวลาครั้งละ ๔๕ นาที-๑ ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๕ ในวันเวลาราชการ

๔.๔) หลังจากให้คำปรึกษาทางสุขภาพครบตามแบบแผน (๔ ครั้ง) แล้วแจกแบบสอบถามของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

๕) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

๕.๑) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๕.๒) สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบก่อนหลังการทดลองใช้ Paired Sample T-test การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านมติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE ๐๑๖๒๕๖๕ โดยผู้วิจัยจะดำเนินเก็บข้อมูล ซึ่งแจ้งและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ อย่างชัดเจนครบถ้วนและให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ปราศจากการบีบบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ การตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน และผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูล จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง จำนวน ๔๕ คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๑.๑ มีอายุระหว่าง ๕๕-๖๔ ปี มากที่สุดร้อยละ ๓๕.๖ อายุเฉลี่ย ๔๗.๒๗ สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ ๗๓.๓ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ทำนา ทำไร่ ร้อยละ ๔๔.๔ รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ ๒๔.๔ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ ๖๘.๙ รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น(ม.๑-ม.๓) ร้อยละ ๑๓.๓ มีรายได้ต่อเดือน ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๘๒.๒ มีรายได้เฉลี่ย ๘,๓๙๓.๓๓ และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ ๔๐.๐

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การศึกษาครั้งนี้มีการขยายการทำกิจกรรมและปรับจากการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นรายบุคคล เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกันโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้ารับการบำบัดตามนัดได้ จึงมีการปรับแผนการบำบัดรักษาเป็นรายกรณี คือจากเดิมนัดทุกสัปดาห์ติดต่อกัน ๔ ครั้ง จึงปรับกิจกรรมการรับบริการเป็น ๔ ครั้งภายในระยะเวลา ๓ เดือน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือมากขึ้น

สำหรับพฤติกรรมดูแลช่วยเหลือผู้เสพติดยาบ้าของครอบครัวภายหลังได้รับโปรแกรมครอบครัวศึกษาแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ เรื่องต่อไปนี้

๑. การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำ ได้แก่ครอบครัวให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยคอยสังเกตอาการที่เกิดขึ้น และอารมณ์ที่ผิดปกติของตนเองหลังหยุดยาขณะรักษา สามารถปฏิเสธทุกครั้งเมื่อมีความคิดอยากยา ได้แก่การทำตารางกิจกรรม เพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง การปฏิเสธเพื่อนที่เคยเสพติด โดยให้ญาติแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีพูดด้วยตนเองที่ถนัด และฝึกพูดจนเกิดทักษะการปฏิเสธ การตีตื้นหนังที่ข้อมือเพื่อตึงสติ แล้วพูดว่า “ไม่เสพ” ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่า การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๑.๒๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๒ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๘.๕๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๓ ซึ่งเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ สอดคล้องกับงานวิจัยของลาดทองใบ ภูภิรมย์ (๒๕๓๐) ที่ศึกษาเรื่องบทบาทของครอบครัวในการป้องกันการเสพติด และพบว่าปัจจัยทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันต้านทานยาเสพติดของเด็ก คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลมาก ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จะทำให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการใช้สารเสพติดและปฏิเสธการชักจูงจากเพื่อนได้มากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลน้อย จากการที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องอาการของผู้ป่วยในระยะเล็กรยะต้น ระยะที่สมองกำลังฟื้นฟู โอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะหันกลับไปเสพยาบ้าซ้ำอีกมีมาก ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น และเมื่อทราบวิธีการให้คำแนะนำ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำอีก ครอบครัวจึงนำไปปฏิบัติได้ดีขึ้น

๒. การสื่อสารและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์ การพูดจาและแสดงท่าทีทางบวก ทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทางขณะพูดกับผู้ป่วย ไม่พูดอ้อมค้อม คลุมเครือ ประชดประชัน ประจาน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมของครอบครัวเรื่องการสื่อสารและ

สัมพันธภาพในครอบครัวก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๑.๘๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๖๑ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๗.๑๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๗ ซึ่งเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ เนื่องจากในการอบรมครอบครัวนั้น ครอบครัวได้แสดงการยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งแต่เดิมมีการสื่อสารทางลบเป็นส่วนมาก เนื่องจากมีความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจที่ผู้ป่วยประพฤติไม่ดี ดิถยาเสพติด และมีความคาดหวังว่าเมื่อรักษาแล้วน่าจะเลิกได้ อาการดีขึ้นทันที สอดคล้องกับงานวิจัยของบรรจง สืบสมาน(๒๕๓๖) ที่กล่าวว่าในครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด บิดา มารดา จะไม่มีการชมหรือให้กำลังใจ แต่กลับมีท่าทีคอยจับผิด หรือพูดจาตำหนิ ตู๋ต่า ดังนั้นเมื่อครอบครัวได้รับรู้ ความเข้าใจเรื่องการสื่อสารทางบวกสามารถช่วยป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำได้ จึงเห็นความสำคัญในเรื่องของการสื่อสารทางบวก หันมารับฟังลูก ได้รับความรู้สึกนึกคิดของลูกมากขึ้น พูดให้กำลังใจ มีเหตุผล และชมในเรื่องที่ควรชม มีความเข้าใจกันและกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยภูมิใจและเกิดกำลังใจที่จะทำดี

๓.การแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง เป็นการที่ครอบครัวแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งที่เกิดกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งปัญหาด้านอารมณ์ ความประพฤติ และปัญหาความต้องการด้านวัตถุ โดยมีการแก้ไขอย่างเป็นขั้นตอน อาทิ มีการแยกแยะปัญหาให้ชัดเจน หาสาเหตุของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา มีการตกลงในการเลือกวิธีแก้ไขขั้นตอนต่างๆ มีการร่วมคิดด้วยกัน และคิดว่าตนเองมีส่วนร่วมในการเกิดปัญหา ไม่กล่าวหาผู้ใดไม่ต้องการเอาชนะกัน และให้ความยุติธรรมกับผู้ป่วยไม่ใช้อารมณ์และความรู้สึกโกรธเข้ามาร่วมตัดสินหรือบังคับให้เลือกวิธีที่ตนต้องการ หรือไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาตามลำพัง โดยมีแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัว คือ นัดสมาชิกในครอบครัวพบกันหลังจากเกิดเหตุการณ์หรือเกิดปัญหา คุมสติอารมณ์ และผ่อนคลายความเครียด และอารมณ์เย็นลง,ให้ทุกคนในครอบครัวระดมสมอง ไม่มีการตัดสินใจว่าความคิดของใครดี / ไม่ดี เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นรวมทั้งผู้ป่วย, ตกลงทางเลือกที่ทุกคนยอมรับและเผชิญได้โดยไม่มีปัญหา และร่วมกันแก้ไข ยอมสละเวลาที่จะช่วยเหลือแก้ไข เช่น ให้ความรู้การพาผู้ป่วยมาตามนัด, ติดตามผลการแก้ไข ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมครอบครัวในการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๒.๔๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๑ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๗.๑๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๗ ซึ่งเห็นได้ว่ามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ อธิบายได้ว่าแต่เดิมครอบครัวใช้วิธีแก้ไขปัญหาโดยการตัดสินแก้ไขด้วยตนเอง ไม่ใช้วิธีการวิเคราะห์แยกแยะปัญหา บางครั้งเป็นการบังคับให้กระทำโดยไม่มี ความเต็มใจ อาจใช้อำนาจสั่งการ ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ถูกสั่งให้ทำหรือแก้ไขโดยไม่มี ความเต็มใจ ฉะนั้นวิธีการนั้นบางครั้งทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในกรณีปัญหาถูกติดยาเสพติด บิดามารดามักจะบังคับ เมื่อผู้ถูกบังคับไม่สมัครใจ ไม่เต็มใจจะเข้ารับรักษา เกิดการหยุดรักษา ไม่ไปตามนัดหายไปไม่มารับรักษาต่อ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติรายงานการรักษาของสถาบันธัญญารักษ์ (๒๕๔๔) ซึ่งมีผู้ป่วยนอกที่หยุดการรักษาไม่มาบำบัดต่อเนื่องโดยไม่ได้รับอนุญาต ร้อยละ ๕๐ ใน Matrix Program และผู้ป่วยในที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาล ร้อยละ ๓๐ ซึ่งส่งผลต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่ทำให้การแก้ปัญหานั้นไม่สัมฤทธิ์ผล ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำอีก จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าญาติ ให้ความสนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกเกิดการยอมรับในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และร่วมมือปรับปรุงตัวเอง และยอมปฏิบัติตามบิดามารดา แนะนำ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาการเลิกยาเสพติด หรือปัญหาความขัดแย้งอื่นๆ ในครอบครัว

๔.บทบาทและการมอบหมายหน้าที่ ได้แก่ การที่ครอบครัวทำหน้าที่ถูกต้องตามบทบาทของตนต่อผู้ป่วย และรู้จักการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับผู้ป่วยปฏิบัติตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม บทบาทของครอบครัว อบรมเลี้ยงดูถูกให้เจริญเติบโต ให้กำลังใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น ไม่ทำให้ถูกเป็นปมด้อย แนะนำเพื่อนที่ดีให้ลูกคบ เป็นที่พึ่งและเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูก ทำธุระให้ลูกเมื่อมีปัญหา ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดต้องมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยทำขณะเลิกยาหรือหลังเลิกยา เพราะทำให้ผู้ป่วยไม่อยู่ว่างและรู้จักรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง รู้จักใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยจะไม่เหงา เพลิดเพลินและรู้สึกตนมีคุณค่า สามารถรับผิดชอบทำงานให้ครอบครัว ช่วยเหลือครอบครัวได้ เกิดความภาคภูมิใจ ครอบครัวต้องรู้จักชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำหน้าที่ตามที่มอบหมายให้และคอยดูแลช่วยเหลือ ให้ความร่วมทำกิจกรรมนั้นด้วยบ่อยๆ จะทำให้เกิดความใกล้ชิด อบอุ่น มีโอกาสปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด บิดา มารดา สามารถสังเกตพฤติกรรมอารมณ์

ความคิดของผู้ป่วยไปด้วยพร้อมกัน ทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของลัดดา ขอบทอง และ ระเบียบ โตแก้ว(๒๕๔๕) ที่พบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการทำหน้าที่ครอบครัวเรื่องบทบาท พบระดับมาก คือ ครอบครัวยกโทษให้และให้โอกาสแก่ตัวใหม่ของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนดในโรงพยาบาล ธรรมนูญ ต่อการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังในระดับมาก ในข้อครอบครัวจะปรึกษาหารือกันเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา อันดับรอง คือ การให้อภัยเมื่อทำผิดพลาด ซึ่งเมื่อครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจจากกรอบ สามารถนำไปปฏิบัติได้ติดตั้งผลการศึกษพบว่าก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ๑๑.๖๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๐ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๕.๗๕ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ๑.๕๕ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ ซึ่งเมื่อครอบครัว ได้รับความรู้การทำบทบาทหน้าที่ของตนอย่างถูกต้องแล้วจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างกำลังใจ สร้างเสริมคุณค่า และความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวจึงเห็น ความสำคัญและปฏิบัติตนได้ดีขึ้น

๕. การตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ คือการที่ครอบครัวให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้านการ ตอบสนองอารมณ์ต่อกันทั้งด้านอารมณ์ทางบวก และทางลบ อารมณ์ในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ครอบครัว สามารถให้สมาชิกและผู้ป่วยแสดงอารมณ์ และยอมรับได้หลายแบบไม่จำกัดให้มีหรือยอมรับในด้านใดด้านหนึ่ง เพียงด้านเดียว ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๑.๓๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๙๘ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๖.๓๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๗๖ เห็นได้ว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา ขอบทอง และ ระเบียบ โตแก้ว(๒๕๔๕) ที่พบว่า บทบาทของ ครอบครัวที่ผู้ป่วยคาดหวังด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และการเกี่ยวพันทางอารมณ์ ระดับมาก คือ ครอบครัว ให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการเสีย หงุดหงิด โกรธ หรือมีอาการโมโห ครอบครัวแสดงท่าที่เป็นห่วงเป็นใย เมื่อกลับบ้านไม่ตรงเวลาแทนการตำหนิ มีความจริงใจต่อกันไม่เสแสร้ง และสามารถให้ไปไหนมาไหนได้ ตามลำพัง ความคาดหวังระดับปานกลาง คือ การเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ได้อย่าง เปิดเผย ซึ่งสอดคล้องกับผู้วิจัยที่อบรมครอบครัว เมื่อครอบครัวได้รับการอบรมในเรื่องการทำหน้าที่ด้านการ ตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์แล้ว ครอบครัวมีความรู้เกิดทัศนคติที่ถูกต้องกับการเลี้ยงดูช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพอใจมีกำลังใจ รู้จุดที่เสริมแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยนำไปสู่การปฏิบัติจริงของครอบครัว และ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังจากครอบครัวได้รับความรู้ ความเข้าใจ จากการอบรมแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ ดีจึงได้ค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้น

๖. การควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัวทำหน้าที่ ควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นของผู้ป่วย ให้มีความ ประพฤติอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม มีกฎลงโทษชัดเจนเมื่อไม่ทำหรือฝ่าฝืน เช่น พฤติกรรมที่ก้าวร้าว พฤติกรรม ทางเพศการเที่ยวเตร่ การคบเพื่อน การใช้จ่ายเงิน การใช้เวลาว่าง และให้การควบคุมพฤติกรรมที่ดีที่สุด ควร เป็นแบบยืดหยุ่น ให้โอกาสและประนีประนอม มีการพิจารณาตามสถานการณ์ จุดมุ่งหมายเพื่ออบรมให้เกิด ระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่ออำนาจเหนือกว่า ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๓.๙๕ ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๘ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๗.๐๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๔ เห็นได้ว่าหลังการ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ แสดงว่าครอบครัวมีความ ตระหนักในเรื่องการควบคุมพฤติกรรมมากขึ้นได้แก่ ด้านการควบคุมผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย รู้จักรับผิดชอบสิ่งที่เป็นหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีการทำความตกลงกันในข้อปฏิบัติต่างๆ และกำหนดขอบเขต ระเบียบวินัยไว้ว่ามีขอบเขตแค่ไหน เช่น กลับบ้านค่ำได้ไม่เกิน ๒ ทุ่ม ต้องช่วยแม่จัดของชายก่อน จึงไปเล่นกับ เพื่อนได้ เป็นต้น และเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีมีการชมเชย ให้กำลังใจ แต่หากไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง ไม่ว่าจะกล่าวหรือ ลงโทษรุนแรงแนะนำด้วยเหตุผล อธิบายและบอกโดยตรงว่าควรทำไม่ควรทำเพราะอะไร สอดคล้องกับการวิจัย ของอุมาพร ตรังคสมบัติ(๒๕๔๓)กล่าวว่า การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่นมีประสิทธิภาพมากที่สุด การ ควบคุมแบบเข้มงวดอาจนำไปสู่การต่อสู้ช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบตื้อเจียบ จากผล การศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่าครอบครัวที่เข้าอบรมสามารถทำหน้าที่ด้านการควบคุมพฤติกรรมได้ดีด้วยคะแนน เฉลี่ยที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ผลจากการติดตามพฤติกรรมกรรมการเสพติดของผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเข้าโปรแกรมจำนวน ๔๕ ราย หลังจากครอบครัวเข้าโปรแกรมแล้ว ๑ เดือน พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ พบสารเสพติดในร่างกายเป็นยาบ้า ร้อยละ ๘.๘๙ ลักษณะการเสพสัปดาห์ละ ๒-๓ ครั้ง ร้อยละ ๖.๖๗ จากการติดตามดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบกับผลการติดตามการเสพซ้ำของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ในช่วง ๑ เดือนแรกของการรักษา พบว่ามีผู้ป่วยนอกเสพยาบ้าซ้ำ ร้อยละ ๒๐.๙๙

สรุป

กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมครอบครัวศึกษาอบรมครอบครัวให้มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดยาบ้าขณะรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เรื่องพฤติกรรมของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดยาบ้า เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำโดยรวมใน ๖ ด้านนั้น จากผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ๗๒.๓๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๓.๒๐ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๐๑.๙๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๔.๙๓ จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจากการได้รับความรู้ มีความเข้าใจ ในวิธีการปฏิบัติที่ปฏิบัติแล้วคิดว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกได้ไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นความหวังที่ครอบครัวมีความต้องการสูงสุด จึงมีแรงขับหรือแรงจูงใจในการกระทำ อีกทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ และผู้ป่วยให้เข้าอบรม และได้รับคำแนะนำและวิธีการช่วยเหลือจากผู้เป็นวิทยากร อบรมตลอดจนครอบครัวในกลุ่มทดลองด้วยกัน ช่วยเสริมแรงและเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกันได้ และวิธีการปฏิบัติใน ๖ ด้านนั้น ในบางเรื่องครอบครัวได้รับความรู้ใหม่ ซึ่งแค่เดิมไม่รู้และไม่เคยปฏิบัติเลย เช่น เรื่องการหยุดความคิดเมื่อพบตัวกระตุ้น และบางเรื่องมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดผลลบตามมา เช่น การสื่อสารซึ่งเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งในครอบครัวเพราะการสื่อสาร จะเป็นตัวเชื่อมโยงก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี หรือเกิดความขัดแย้งได้ ครอบครัวที่มีการสื่อสารทางบวก ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ครอบครัวด้านอื่นๆตามมา ก่อให้เกิดความเข้าใจกัน ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ และตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งกันและกันได้ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นเมื่อครอบครัวได้รับความรู้และมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะบิดา มารดา และผู้ปกครองได้ถูกต้องขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้สึกดี ได้รับความรู้วิธีปฏิบัติ ได้ข้อคิด เข้าใจความรู้สึก ใจเย็นขึ้น และมีเวลาได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยนอก อยู่กับครอบครัวตลอดและผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังทดลอง ๑ เดือน ครอบครัวจึงสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติและตอบแบบสอบถามได้ผลดีขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำ มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ และสามารถประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมครอบครัวเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วครอบครัวจะได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และรายงานผลการศึกษาต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันการเสพยาบ้าและสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจให้กับหน่วยงานบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและชุมชนต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินการศึกษาวิจัย มีความจำเป็นที่ผู้วิจัยจะต้องมีองค์ความรู้ และความชำนาญในการถ่ายทอดความรู้ และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยต้องมีความเชี่ยวชาญขั้นสูงเกี่ยวกับทฤษฎีระบบและระบบครอบครัวในการจัดทำแผนการจัดกิจกรรมการสอนตามโปรแกรมครอบครัวศึกษาสำหรับกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่เข้ามาบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้เสพติดยาบ้ายังคงอยู่ในระบบจนครบโปรแกรมการบำบัดรักษาโดยไม่กลับไปเสพติดยาบ้าซ้ำ และการจัดกิจกรรมกลุ่มต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ การนัดหมายเรื่องเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมต้องมีความเหมาะสม รวมถึงอุปกรณ์สื่อการสอนต่างๆต้องมีความทันสมัยและเข้าใจง่าย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ จำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข จึงเกิดปัญหาในการดำเนินกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่ม ผู้วิจัยได้มีการขยายเวลาทำกิจกรรมกลุ่มเป็นรายบุคคล และครอบครัวที่มาเข้าร่วมโปรแกรมไม่ใช่คนเดิม เช่น บิดาหรือมารดา สลับกันเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น ดังนั้นควรเป็นคนเดียวกันทุกครั้งเพื่อความต่อเนื่องของ กิจกรรมการเรียนการสอน และถ้าเข้าได้ทั้งบิดา มารดา หรือครอบครัวที่ใกล้ชิดจะเป็นประโยชน์มาก

๙. ข้อเสนอแนะ

รายงานผลการศึกษาวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงขวัญ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไป ประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆที่สนใจ และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานด้านการป้องกันการ เสด็ดิตยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมครอบครัวศึกษา เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเส็ด็ดิตยาบ้า ซ้ำได้ดังนี้

๑.กลุ่มครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นผู้ที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้กับครอบครัวในลักษณะการมีส่วนร่วมโดยให้กลุ่ม แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมในสถานการณ์จำลองเพื่อให้เกิดทักษะและประสบการณ์ที่ง่ายต่อการจดจำ

๒.โปรแกรมครอบครัวศึกษามีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมครอบครัว ดังนั้นควรจัดโปรแกรมครอบครัว ศึกษาเป็นกิจกรรมหลักควบคู่กับวิธีการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก และต้องใช้กระบวนการต่อเนื่องจึงควรทำ วิจัยและประเมินผลตามกิจกรรมที่ใช้ เพื่อปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมต่อไป

๓.ครอบครัวที่มาร่วมเข้าโปรแกรมควรเป็นคนเดียวกันทุกครั้งเพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรมการเรียน การสอน และถ้าเข้าได้ทั้งบิดาและมารดา จะเป็นประโยชน์มาก

๔.พฤติกรรมการเส็ด็ดิตซ้ำของผู้ป่วยนอก พบว่ากลุ่มที่ญาตินำเข้าโปรแกรมมีจำนวนการเส็ด็ดิตยาบ้าซ้ำ น้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่รับการรักษาของโรงพยาบาล ดังนั้นในบางกิจกรรมถ้าได้นำผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมพร้อม ครอบครัวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ครอบครัวและผู้ป่วยจะได้ทำความเข้าใจไปด้วยกัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวสุพรรณษา อังกาบ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้พิมพ์) (นางสาวสุพรรณษา อังกาบ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

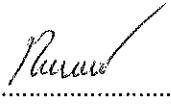
(วันที่) ๑๕ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุพรรณษา อังกาบ	สุพรรณษา อังกาบ

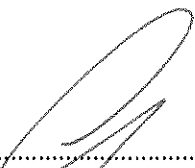
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางกรรณิกา นาควัน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลเชิงขวัญ

(วันที่) ๑๕ / กันยายน / ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) 

(นายทินเทวีญ พุทธลา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงขวัญ

(วันที่) ๑๕ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด
ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

๒. หลักการและเหตุผล

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก สถานการณ์จากรายงานของ World Drug Report ๒๐๒๑ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ขายยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั่วโลกมีผู้ขายยาเสพติดประมาณ ๒๗๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕.๕๐ ของประชากรโลก โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จะมีผู้ขายยาเสพติดประมาณ ๒๙๙ ล้านคน สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยก็ยังไม่ลดระดับความรุนแรงลงอันเป็นผลมาจากการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มขบวนการค้ายาเสพติดยังมีการลักลอบนำยาเสพติดจำนวนมากเข้ามายังประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการจับกุมยาเสพติดได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ เช่น ยาบ้าและยาไอซ์

การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มที่แพร่ระบาดมากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทานของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดที่ทำให้ยาเสพติดมีราคาที่ถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพรายใหม่จะเข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น อีกทั้งมีการแสวงประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการค้ายาเสพติด การติดต่อสื่อสาร การเงิน และการขนส่ง ส่งผลให้ผู้เสพยาเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้นด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารการค้ายาเสพติดในปัจจุบัน นอกจากการค้ายาเสพติดแบบทั่วไปแล้ว ยังพบว่ากลุ่มผู้ค้ายาเสพติดใช้ช่องทางออนไลน์ควบคู่กับการส่งยาเสพติดทางพัสดุไปรษณีย์ในการกระจายยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้เสพมากขึ้น เช่น Line Twitter Facebook Instagram ฯลฯ โดยเฉพาะช่องทาง Twitter เป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการซื้อ-ขาย ที่เด็กและเยาวชนใช้ในการซื้อขายยาเสพติดเกือบทุกชนิดอย่างแพร่หลาย มีช่องทางการส่งยาเสพติดให้เลือกที่หลากหลาย เช่น นักร้อง ส่งผ่านไปรษณีย์ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นธุรกิจโลจิสติกส์ ทำให้การขนส่งมีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ๑๕๕,๕๐๐ ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๘๙.๖๖ เมื่อพิจารณาอายุของผู้เข้ารับบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ ๒๕ -๒๙ ปี (ร้อยละ ๑๘.๒๔) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๒๐-๒๔ ปี (ร้อยละ ๑๗.๐๑) กลุ่มอายุ ๓๐-๓๔ ปี (ร้อยละ ๑๕.๒๙) และกลุ่มอายุ ๓๕-๓๙ ปี (ร้อยละ ๑๓.๗๘) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ผู้เข้ารับบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ (ร้อยละ ๖๓.๖๑) รองลงมาคือผู้ติด (ร้อยละ ๓๑.๙๙) และผู้ใช้ (ร้อยละ ๔.๔๐) ผู้เข้ารับบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ถึงร้อยละ ๗๐.๓๔ ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัว ส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น

รัฐบาลได้ยกปัญหาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติมียุทธศาสตร์ดำเนินงาน ทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทาง UNGASS ๒๐๑๖ คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอันร่วม โดยถือว่า "ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" โดยรัฐบาลได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมีการใช้กระบวนการชุมชนเป็นฐาน ในการค้นหา ชักชวน และร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ขายยาเสพติดให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสม ประกอบกับสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในทุกกระบวน ทำให้การบำบัดฟื้นฟูบางกิจกรรมไม่สามารถดำเนินการได้ จำเป็นจะต้องปรับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูให้เหมาะสม สอดรับกับสถานการณ์ ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และจากปัญหาของผู้ป่วย

เสพติดและครอบครัวในสภาพความเป็นจริงเพื่อการนำสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวร่วมใช้ความคิดสามารถรับรู้แหล่งพลังอำนาจของตนเองที่มีอยู่ทั้งด้านลบและด้านบวก วิเคราะห์ปัญหาแยกแยะปัจจัยเสี่ยงทั้งอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตนเองหรือสถานการณ์ที่กระตุ้นที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นตัวกระตุ้นภายใน หรือตัวกระตุ้นภายนอก โดยส่งผลต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งเข้ามาวนเวียนอยู่ในความคิด ส่งผลให้เกิดอาการอยากยาเสพติด และการแสวงหายาเสพติดมาเสพต่อไป(บริษัทมหาชัยเคเบิลทีวี จำกัด,๒๕๖๕) ทำให้เกิดการกลับมาเสพติดซ้ำคือการที่บุคคลสามารถเลิกใช้ยาเสพติด แล้วกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ดังนั้น ในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดไม่ให้เกิดกลับไปเสพติดซ้ำ ไม่เพียงแต่การสนับสนุนให้บำบัดรักษาฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น จำเป็นต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้เข้าร่วมกลุ่มระดับประคองทางสังคม เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรู้จักใช้เวลาอย่างเหมาะสมและเป็นการต่อยอดถึงความตั้งใจและกระตุ้นเตือนให้เลิกยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม และให้เลิกยาเสพติดได้อย่างถาวรจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุขโดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจการสร้างเสริม (Synergistic Paradigm) มาใช้เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลที่มีความสัมพันธ์ร่วมกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ความคิดความรู้สึกได้เรียนรู้การทำงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันเป็นกระบวนการที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Mutual Beneficial Interaction) และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Gibson, C.H.,๑๙๙๑) เมื่อมีการนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้จะช่วยให้คุณ องค์กร ครอบครัว หรือชุมชนให้สามารถมีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตน จะทำให้บุคคลรู้คุณค่าและรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและผู้อื่น ในด้านการแก้ปัญหาการสื่อสาร ทักษะความเป็นผู้นำ ความพึงพอใจในการทำงาน และสถานที่ทำงาน เพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าแห่งตนความมีอิสระและการมีความรับผิดชอบ การเสริมสร้างพลังอำนาจยังส่งผลให้บุคคลเป็นพลเมืองดีมีคุณธรรม มีจริยธรรม มีการช่วยเหลือเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน และสามารถตั้งศักยภาพของตนเองไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองและกำกับดูแลพฤติกรรมเสพยาได้

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดพื้นที่ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีปัญหาการลักลอบนำเข้ายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มนักค้าในพื้นที่และกลุ่มนอกพื้นที่เข้ามาเคลื่อนไหว เช่นกลุ่มร้อยเอ็ดมันทุกเม็ด มีการกระจายยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบกับกลุ่มผู้เสพหรือผู้เคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดไม่เลิกพฤติกรรม ผู้เสพลกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ผู้ค้าหรือนักโทษพันโทษ หรือผู้ที่อยู่ระหว่างการประกันตัวมีพฤติกรรมกระทำผิดซ้ำ ส่งผลให้จังหวัดร้อยเอ็ดมีการแพร่ระบาดยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งพื้นที่ที่มีการค้าและแพร่ระบาดมากได้แก่ อำเภอนโพนทอง เมืองร้อยเอ็ด เสดภูมิ พนมไพร สุวรรณภูมิ อาจสามารถ หนองพอก และธวัชบุรี มีการแพร่ระบาดมากในกลุ่มเด็กและเยาวชนและผู้ใช้แรงงาน มีช่วงอายุ ๑๘-๒๔ ปี ประเภทยาเสพติดที่ใช้มาก คือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย ไอซ์

จากผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลเชียงขวัญ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งจะบำบัดรักษาโดยใช้รูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) ระยะเวลา ๑๒๐ วัน พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนดคงอยู่ในระบบปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ร้อยละ ๗๓.๙๑,๗๖.๒๕และ๖๕.๓๐ ซึ่งอยู่ในระดับลดลงเนื่องจากการใช้ยาเสพติดซ้ำคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๖๙ และระหว่างการบำบัดถูกจับดำเนินคดีซ้ำ คิดเป็นร้อยละ ๔.๐๘ และจากข้อมูลการสอบถามสัมภาษณ์ผู้ป่วยมาบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ พบว่าส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบันคือแยกกันอยู่/อย่า ร้อยละ ๒๓.๔๑ และก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอยู่อาศัยกับปู่ ยา ตา หรือยาย ร้อยละ ๖๔.๗๐ รองลงมาคือพ่อหรือแม่ ร้อยละ ๔๖.๐ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถาบันครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาได้อย่างยั่งยืน

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดรักษาเสพยาเสพติด ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยสามารถช่วยเหลือผู้เสพและผู้ติดที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่ยังคงอาศัยอยู่ในชุมชนได้มีโอกาสรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถนะด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนเองต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการศึกษาผลของโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพติดยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยคลินิกสีขาว โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีการเสพติดยาบ้าซ้ำ หลังครบโปรแกรมการบำบัดในช่วง ๑ เดือน ร้อยละ ๘.๘๙ ลักษณะการเสพติดแต่ละ ๒-๓ ครั้ง ร้อยละ ๖.๖๗ จากการติดตามดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบกับผลการติดตามการเสพติดซ้ำของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่ามีผู้ป่วยนอกเสพติดยาบ้าซ้ำ ร้อยละ ๒๐.๘๙ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัฒน์ อธิเวชเจริญชัย (๒๕๒๒) ซึ่งศึกษาเรื่องสภาวะการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท ทั้งเพื่อนที่ติดยาเสพติดและไม่ติดยาเสพติดอยู่ในระแวกเดียวกัน บริเวณที่อยู่อาศัยเป็นแหล่งค้ายาเสพติด ส่วนสาเหตุการกลับมาติดยาซ้ำในครั้งสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้เพราะเพื่อนแนะนำชักชวน และมีเรื่องที่ไม่สบายใจ ฉะนั้นหากพ่อแม่ ญาติใกล้ชิดมีความเข้าใจในอารมณ์และพฤติกรรมการอดยาของผู้ป่วยมีการยอมรับ และพร้อมให้คำแนะนำให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีกำลังใจ มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติและทำต่อเนื่อง จนสามารถปฏิเสธความอยากยาเสพติดได้ ไม่หันไปเสพติดซ้ำ

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติดของอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการดำเนินงานภายใต้การกำหนดแนวทางและสั่งการจากภาครัฐ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตำรวจ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด) ให้ผู้นำชุมชนคัดกรองส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่กำหนดไว้ ซึ่งไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ครอบครัวและชุมชนชาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากเป็นประเด็นที่อ่อนไหวทำให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวไม่ได้รับการยอมรับในชุมชนและชาติที่พึงในการให้คำปรึกษาเชิงลึก อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ นำไปสู่การสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติดตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีองค์ประกอบดังนี้

๑. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและรักษาเสพติด มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในการป้องกันและรักษาเสพติด

๒. หลักการของรูปแบบ ดำเนินงานภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายการดำเนินงาน

๓. ระบบและกลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย

๓.๑ ระบบการป้องกันการติดยาเสพติด เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วม

๓.๒ ระบบการรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นระบบการรักษาโดยครอบครัวและชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วมด้วยการสมัครใจบำบัด พี่นฟู และติดตาม

๓.๓ กลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วยคณะกรรมการป้องกันและรักษาเสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วนในสัดส่วนที่ เน้นครอบครัวและองค์กรชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ตัวแทนผู้ผ่านการบำบัดแล้ว ตัวแทนภาคท้องถิ่น ภาครัฐและภาคเอกชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับขนาดของชุมชน

ขั้นตอนของรูปแบบ ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการร่วมคิด ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่มีกิจกรรมในการทำความเข้าใจปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและกิจกรรมในการป้องกันและรักษาเสพติดแบบใหม่ที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง คัดเลือกคณะกรรมการระดับชุมชนเพื่อเป็นองค์กรในการบริหารจัดการ ประสานงาน กำกับการดำเนินงานที่

สอดคล้องกับวิธีการแก้ปัญหา ทั้งนี้ต้องสมัครใจและเสียสละเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๒ วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการร่วมตัดสินใจในการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของวิธีการแก้ปัญหาในการป้องกันและรักษาเย็บแผล ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ได้แนวปฏิบัติในการดำเนินงาน คณะกรรมการร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขเชิงชุมชนและคัดกรองผู้ติดเชื้อเย็บแผลและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและรักษาเย็บแผล

ขั้นตอนที่ ๓ ปฏิบัติการรักษาเย็บแผล โดยใช้กระบวนการร่วมปฏิบัติที่เริ่มด้วยการจัดให้ความรู้ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเย็บแผล โครงสร้างของคณะกรรมการป้องกันและรักษาเย็บแผลของชุมชนเพื่อการเข้าถึงกระบวนการรักษาและการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจง แต่ละครอบครัวและบุคคล ปรับทัศนคติของครอบครัวและชุมชน ผ่านทางโครงการอบรมให้ความรู้ การบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเย็บแผลระดับครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแนวปฏิบัติที่ยึดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ โดยแทรกแซงชีวิตประจำวันให้น้อยที่สุดจนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหยุดใช้ยาได้ในที่สุด

ขั้นตอนที่ ๔ ร่วมติดตามและประเมินผล โดยผู้ติดเชื้อเย็บแผลและครอบครัวร่วมติดตามและประเมินผลการรักษาของเพื่อครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว รวมถึงเสริมพลังการมีส่วนร่วมและร่วมประเมินความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการกิจกรรมป้องกันและรักษาเย็บแผล เสนอประเด็นเพิ่มเติมแก้ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ ๕ ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัยให้โอกาส ให้ความรักและดูแล รวมถึงคณะกรรมการ ครอบครัว และชุมชนร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้ผ่านการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ได้ผ่านการรักษาต้องการ รวมถึงประคับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหาเย็บแผลในอนาคตทั้งของผู้รักษาและบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในช่วงวัยที่อ่อนไหวต่อการติดเชื้อเย็บแผล

๔. การประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลจากจำนวนครอบครัวและผู้เย็บแผลเย็บแผลที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและรักษาเย็บแผลของรูปแบบและผู้ติดเชื้อเย็บแผลที่ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางคัน จำนวนผู้เย็บแผลใหม่ ทัศนคติเห็นของครอบครัวและผู้เย็บแผลเย็บแผลที่มีต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจที่มีต่อกิจกรรมตามรูปแบบ ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้เย็บแผลเย็บแผล และองค์กรชุมชน

๕. เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ คณะกรรมการที่มีความสมัครใจและเสียสละเวลาในการดำเนินงาน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการดำเนินงานที่นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนครอบครัวและผู้ติดเชื้อเย็บแผล นำไปสู่การเห็นความสำคัญของการป้องกันและรักษาเย็บแผลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

๖. คู่มือการใช้รูปแบบ ประกอบด้วยรายละเอียดของวัตถุประสงค์ หลักการ ระบบกลไกการดำเนินงานที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่อธิบายให้เข้าใจได้ง่ายทั้ง ๕ ขั้นตอน และการประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล

วิธีการเพื่อปรับปรุงงาน

กลวิธีดำเนินการ

๑. ระยะเวลาเตรียมการ

๑. ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจโครงการแก่ชุมชน รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ เพื่อวางแผนและดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด

๒. แต่งตั้งคณะชุดปฏิบัติโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติด

๓. จัดตั้งทีมงานหรือชุดปฏิบัติการประจำตำบล เพื่อจัดทำแผนแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงให้คำปรึกษา/คำแนะนำ พร้อมชักชวนให้ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือ การดูแลในชุมชน

๔. พัฒนาองค์ความรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน การเฝ้าระวังการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๒. ระยะดำเนินการ

๑. ประชุมประชาคมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้าน พบปะแกนนำ บันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อแสวงหาความร่วมมือ รวมทั้งสำรวจและรวบรวมข้อมูลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทุกรายในพื้นที่หมู่บ้าน เป้าหมายมีการติดตามข้อมูลความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ปัญหาเสพติดพื้นที่เป้าหมาย

๒. จัดแบ่งพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายในการดำเนินงานพร้อมจัดชุดปฏิบัติการประจำตำบลทำหน้าที่ปลูกพลังมวลชน ขับเคลื่อนกระบวนการ ประชาคม สร้างความเข้มแข็งหมู่บ้าน/ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

๓. ประชาสัมพันธ์สร้างความรับรู้และความเข้าใจ ให้ประชาชนได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง

๔. จัดชุดปฏิบัติการ การตั้งจุดตรวจ-จุดสกัด ทำการเอกซเรย์พื้นที่เป้าหมาย เพื่อค้นหาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด คัดกรองบุคคลและครัวเรือน และนำเข้าสู่กระบวนการกิจกรรมชุมชนบำบัดรักษา

๕. ทีมงานหรือชุดปฏิบัติการประจำตำบล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานพยาบาล ให้การดูแลฟื้นฟูภายในชุมชนตามแนวทางที่สาธารณสุขกำหนด เช่น การจัดทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการดูแลตนเอง การเสริมสร้างกระบวนการในการปรับพฤติกรรมและพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพื้นที่ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม

๖. ดำเนินการจัดกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) โดยมีเนื้อหาประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- สัมภาษณ์เบื้องต้นผู้เข้ารับการฟื้นฟู
- ชักประวัติ ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น
- กิจกรรมพัฒนาสัมพันธ์
- สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติด
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน
- ปรับทัศนคติ
- ติดตามผลการบำบัดรักษา
- ให้คำปรึกษา แนวทางการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการประกอบอาชีพ

๗. เยี่ยมเยียน ติดตามดูแล ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ผ่านการบำบัดรักษา รวมทั้งมอบหมายบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่ติดตามช่วยเหลืออย่างชัดเจนซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมติดตามการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก
๘. การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน และการส่งต่อความยั่งยืน-ส่งมอบพื้นที่ให้กับผู้นำ
๙. รายงานผลการปฏิบัติงาน สถานการณ์ปัญหาเสพติดในภาพรวม เสนอต่อศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอเชิงขวัญ
๑๐. การติดตามประเมินผลตามช่วงระยะที่กำหนด โดยให้ยังคงดำรงการติดต่อสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย และชุดปฏิบัติการกับชุมชนหมู่บ้านเป้าหมายได้ตลอดเวลา

๓. ขั้นประเมินผล

๑. ประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมตามกระบวนการตลอดโครงการ
- สังเกตการมีส่วนร่วม
 - การสัมภาษณ์
๒. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ และรายงานแก่ชุมชนทราบ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ ได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมและสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้โดยไม่ทำให้เกิดอันตราย
๒. ผู้ใช้ยาเสพติดมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถลด ละ เลิกยาเสพติดได้ และไม่กลับไปมีพฤติกรรมเสพติดซ้ำ
๓. สามารถช่วยเหลือผู้เสพติดที่ยังไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่ยังคงอาศัยอยู่ในชุมชนได้มีโอกาสรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถนะด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนเอง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดได้รับการจำหน่ายแบบครบเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๙๐
๒. ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการจำหน่ายแบบครบเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตามเยี่ยม ไม่กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) สุพวงม. คงม

(นางสาวสุพรรณษา อังกาบ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน