

บทความวิจัย

การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัดรักษาและการทำหน้าที่ของครอบครัว ในการป้องกันการเสพยาซ้ำ ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ในพื้นที่ภาคใต้

เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ*

ผจงศิลป์ เฟิงมาก**

บุญวดี เพชรรัตน์***

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของครอบครัว เกี่ยวกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัดรักษา และการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำของผู้เสพยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ในพื้นที่ภาคใต้ และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนครอบครัวของผู้เสพยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (แบบผู้ป่วยใน) ด้วยกระบวนการบำบัดรูปแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 197 ครอบครัว สุ่มตัวอย่างโดยวิธีตามความสะดวก ด้วยความสนใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษา เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค ในส่วนของการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัดรักษา และการทำหน้าที่ของครอบครัว เท่ากับ 0.87 0.78 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.86$ ($SD = 0.33$) และ $\bar{x} = 2.72$ ($SD = 0.44$) ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.50$ ($SD = 0.50$) จากคะแนนเต็ม 0-4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล กับการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด และกับการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวก ในระดับต่ำ และในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีค่า $r = 0.29$ และ $r = 0.30$ ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้กับบุคลากรทีมสุขภาพในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้เสพยาและครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล, การทำหน้าที่ของครอบครัว, การป้องกันการเสพยาซ้ำ

* พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) รพ. จิตเวชสงขลา จ.สงขลา

** Ph. D ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ผู้รับผิดชอบหลัก)

*** กศ.ม. ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

RESEARCH

Perceived Nursing Practices, Family Participatory Activities and Family Functions against Drug Relapse Prevention from Two Southern Drug Treatment Centers*Metta Learthatchata*^{*}*Pajongsil Perngmark*^{**}*Boonvadee Petcharata*^{***}**Abstract**

This descriptive research aimed to study perceived nursing practices upon family participatory activities and family functions against drug relapse prevention, from two southern drug treatment centers. **Methods:** Sample comprised 197 family members of drug-abused clients, who underwent a recent drug treatment program called the 'FAST Model'. Data were collected through convenience sampling method, using face-to-face interview survey with volunteered participants from two In-Patient drug treatment centers, in southern region. Questionnaire covered demographic data, perceived nursing practices, family participatory activities, and family functions against drug relapse prevention. Data were analyzed by using descriptive statistic and Pearson's product moment correlation. **Results:** Findings showed that an overall mean score of perceived nursing practices upon promoting family participation and of family functions against drug relapse prevention were at a high level = 2.86 (sd 0.33) and = 2.72 (sd 0.44) respectively, while the overall mean score of family participatory activities was at a moderate level = 2.50 (sd 0.50), on a scale of 0–4. Correlate analysis showed that there were positive correlations with statistically significant (at $p < 0.01$) between perceived nursing practices and family functions against drug relapse prevention at a moderate value, $r = 0.30$; and at a mild value, $r = 0.29$ with family participatory activities. **Conclusion:** These findings imply that it might be beneficial in promoting health care providers to collaborate with drug abused family member(s) to help improve “drug relapse” preventive care services and assist drug abusers to refrain from drug relapse effectively.

Keywords: Nursing Practices, Family Functions, Drug Relapse Prevention^{*} MN (Mental Health & Psychiatric Nursing) Songklanakarin Hospital^{**} Ph.D. Dept. of Public Health Nursing (Corresponding author)^{***} M.Ed. Dept. of Mental Health & Psychiatric Nursing, Prince of Songkla University

บทนำ

เกือบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์ปัญหาการใช้สารเสพติดได้แพร่ระบาดกระจายไปทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็น 1 ใน 5 อันดับ ปัญหาต้นๆของสังคมไทย (สำนักงานบริหารสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557; . สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2558) พื้นที่ภาคใต้ จัดเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดสูงมากกว่าพื้นที่อื่นๆในประเทศ (เครือข่ายวิชาการ วิจัย และข้อมูลสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553) ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ประกาศนโยบายทำสงครามกับยาเสพติดอย่างจริงจัง กำหนดให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหลัก ในการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยยึดหลักการป้องกันนำหน้าการปราบปราม มุ่งเน้นไปที่การแก้ไข้ปัญหา ผู้เสพยาทุกรายต้องได้รับการบำบัดรักษา ส่วนผู้ค้าต้องได้รับการลงโทษอย่างเด็ดขาด (สถาบันธัญญารักษ์, 2547)

ครอบครัวจัดเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะป้องกัน หรือผลักดันให้ผู้เสพยา/ผู้ติดยากลับไปเสพยาซ้ำได้ การที่สมาชิกในครอบครัวใช้ยาหรือสารเสพติด จัดเป็นวิกฤติของครอบครัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวจึงควรมีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมกันแก้ไข้ปัญหานี้ (Burda, 2013) ในช่วง 10 กว่าปีมานี้ สถาบันธัญญารักษ์ (สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) ได้ริเริ่มพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาจากรูปแบบชุมชนบำบัด มาเป็นการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ที่ให้ความสำคัญต่อการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้เสพยา/ผู้ติดยา ตั้งแต่ขั้นเริ่มต้นของการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (สถาบันธัญญารักษ์, 2547) ภายหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ โดยทดลองศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี พบว่าครอบครัวได้รายงานค่าคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ครอบครัวที่สูงขึ้น (สำเนาและสุกมา, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจรัตน์ (2546) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เช่นเดียวกัน พบว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลดีช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ไพฑูรย์ (2548) ได้รายงานผลดีของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ตามการรับรู้ของผู้เสพยา) ในกระบวนการจิตสังคมบำบัด (ในโรงพยาบาล) เพื่อบำบัดรักษาผู้เสพยาแอมเฟตามีน (ยาบ้า) บ่งชี้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยับยั้งมิให้ผู้เสพยา/ผู้ติดยากลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เป้าหมายหลักของการนำครอบครัวเข้าร่วมในกิจกรรมการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้เรียนรู้กระบวนการบำบัดรักษา และเพื่อช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวเข้าหากันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น (Burda, 2013; National of Health, 2009) พยาบาลนับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญหลายอย่างในกระบวนการบำบัดรักษา ได้แก่ การเป็นผู้ให้บริการดูแลสุขภาพโดยตรงแก่ผู้รับบริการ ทั้งแก่ตัวผู้ป่วย(ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เสพยา/ติดยา)ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และแก่ครอบครัวของผู้ป่วย การเป็นผู้ให้ความรู้/ให้ข้อมูล การเป็นผู้ให้คำปรึกษา และเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วย รวมทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงาน และบทบาทของการเป็นผู้ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆในเกือบทุกขั้นตอนตลอดระยะเวลาของการบำบัดรักษา (Burda, 2013; Finnell, 2018; Jardine–Dickenson, 2015; Mathre, 2010)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมจนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้ (ตามมุมมอง) ของครอบครัวผู้เสพยา/ผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษา ต่อการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล (ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ) หรือต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด) ในพื้นที่ภาคใต้ ภายหลังการใช้รูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษานำร่อง โดยมีคำถามวิจัยเพื่อดูว่า ครอบครัว (ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เสพยา/ผู้ติดยา และเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ แบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 2 แห่ง ในพื้นที่ภาคใต้) ภายหลังการใช้รูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีการรับรู้เป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด ต่อประเด็นต่างๆเหล่านี้ 1) การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล (ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำ) 2) พฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว (ขณะสมาชิกเข้ารับการบำบัดรักษา) และ3) การทำหน้าที่ของครอบครัว

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ของสถาบันธัญญารักษ์ (2547) เพื่อใช้ศึกษาข้อมูลการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัดรักษา รวมทั้ง ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามรูปแบบของแมคมสเตอร์ (McMaster Model) โดยให้นิยามศัพท์ การทำหน้าที่ของครอบครัวว่า ประกอบด้วย 6 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านควบคุมพฤติกรรม ผลการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ในพื้นที่ภาคใต้ ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้บริการพยาบาล และการดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการรับรู้ของครอบครัว เกี่ยวกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัดรักษา และการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำของผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยเลือกศึกษานำร่อง ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งมี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (จังหวัดสงขลา) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี (จังหวัดปัตตานี) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้รับบริการทั้งกลุ่มไทยพุทธและไทยมุสลิมอาศัยอยู่ด้วยกัน ศึกษาในกลุ่มประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วย (ผู้เสพยา/ผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ ศูนย์บำบัดดังกล่าว) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนบุคคลในครอบครัวของผู้เสพยา/ติดยา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน (ซึ่งผ่านกระบวนการบำบัดรูปแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ในพื้นที่ภาคใต้ทั้ง 2 แห่ง) ซึ่งสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 197 ครอบครัว

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามความสะดวก โดยมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด คือ เป็นตัวแทนบุคคล(ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจ การสั่งการ) ในครอบครัวของผู้เสพยา/ติดยา ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (แบบผู้ป่วยใน) ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดฯ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา อาศัยอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันกับผู้เสพยา ไม่มีปัญหาในด้านการสื่อสาร ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2) ข้อมูลการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล (ที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว) ในการป้องกันการเสพยาซ้ำ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดเป็นแบบเชิงบวก แบบสอบถามในส่วนที่ 2 นี้ สร้างขึ้น โดยอิงตามแนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ของสถาบันธัญญารักษ์ (2547) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (0–4 คะแนน) คะแนน 4 หมายถึง ครอบครัวรับรู้ว่ายาบาลได้ปฏิบัติมากที่สุด เป็นประจำทุกครั้งที่มีโอกาส คะแนน 3 หมายถึง ครอบครัวรับรู้ว่ายาบาลได้ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย เกือบทุกครั้ง คะแนน 2 หมายถึง ครอบครัวรับรู้ว่ายาบาลได้ปฏิบัติน้อย นานๆครั้ง คะแนน 1 หมายถึง ครอบครัวรับรู้ว่ายาบาลแทบจะไม่ปฏิบัติเลย และคะแนน 0 หมายถึง ครอบครัวรับรู้ว่ายาบาลไม่เคยปฏิบัติเลย ส่วนที่ 3) ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดรักษาของครอบครัว มีข้อคำถาม 15 ข้อ สร้างขึ้น โดยอิงตามแนวคิดของสถาบันธัญญารักษ์ (2547) และ ส่วนที่ 4) ข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว มีข้อคำถาม 30 ข้อ แบบสอบถามในส่วนที่ 4 นี้ ได้ดัดแปลงจาก แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ของสำเนาและกุสุมา (2546) ซึ่งประยุกต์ใช้ตามรูปแบบการทำหน้าที่ครอบครัว ของแมคมาสเตอร์ (McMaster model) ใน 6 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านควบคุมพฤติกรรม ทั้งนี้ ลักษณะคำตอบและวิธีการให้คะแนน ในข้อมูลส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 จะใช้หลักการที่คล้ายคลึงกับข้อมูลในส่วนที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามปลายปิดทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัดรักษาของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว เท่ากับ 0.87 0.78 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหลัก (ซึ่งเป็นอิสระ/ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง และไม่ใช่ว่าเจ้าหน้าที่ของศูนย์บำบัดยาเสพติด) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที โดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและผ่านการทดสอบความเที่ยงแล้ว รวมถึงได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปใช้วิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สำหรับการแปลความหมายของระดับคะแนน ในประเด็นของการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดรักษาของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น กำหนดคะแนน เป็น 3 ระดับ (คะแนนเต็ม 0–4) โดยใช้สูตรคำนวณหา อันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนช่วง (Wayne & Cross, 2013)

และได้กำหนดเกณฑ์ การแปลผลความหมายของค่าคะแนน ที่ได้ ดังนี้ 0.00 – 1.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย; 1.34 – 2.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง; และ 2.68 – 4.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมทางจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้วว่า(น่าจะ)เป็นประโยชน์และไม่มีอันตรายใดๆแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ และได้รับหนังสืออนุมัติจากศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติด (ทั้ง 2 แห่ง ในแต่ละจังหวัด) ให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยได้ ทั้งนี้ ตัวแทนครอบครัวผู้เสียหายซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนรับทราบ และยินยอมให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของตัวแทนครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.4 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44.2 ปี (SD = 9.9) อายุต่ำสุด - สูงสุด คือ 19-69 ปี ร้อยละ 67.5 อยู่ในกลุ่มอายุ 41-60 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 19-40 ปี (ร้อยละ 28.4) ส่วนกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) นับถือศาสนาพุทธ และมีร้อยละ 38.1 นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสคู่มีมากที่สุด(ร้อยละ 86.3) รองลงมา คือสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย (ร้อยละ 8.6) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.6) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยมีเพียงร้อยละ 5.6 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 34.5 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 29.9 และ 24.4 ตามลำดับ โดยร้อยละ 7.1 ไม่มีงานทำ ค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัว คือ 20,000บาท (ต่ำสุด 3,000บาท สูงสุด 50,000บาท) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท เกินครึ่ง (ร้อยละ 51.3) ยอมรับว่ามีค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน เกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.2) มีเพียงพอที่จะใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ โดยที่ร้อยละ 4.6 มีเงินเพียงพอและเหลือเก็บ

ลักษณะครอบครัว เกินครึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 54.8) ที่เหลือเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 45.2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 6.1 คน (sd 2.5) เกินครึ่งมีจำนวนสมาชิก 2-5 คน (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคือ มีจำนวน 6-10 คน (ร้อยละ 41.1) ความสัมพันธ์กับผู้เข้ารับการรักษา คือ เป็นบิดามารดา มากที่สุด ร้อยละ 73.6 รองลงมา คือเป็นภรรยา พี่น้อง หรือญาติ ร้อยละ 12.2 11.7 และ 2.5 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เกินครึ่งรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 52.8) รองลงมา (ร้อยละ 41.6) มีทะเลาะกันบ้างแต่ไม่บ่อย มีส่วนน้อย (ร้อยละ 5.6) ยอมรับว่าไม่ราบรื่นทะเลาะกันบ่อยครั้ง ความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) อยากให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ แต่ร้อยละ 16.2 ก็ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถหยุดเสพยาได้หรือไม่ ร้อยละ 77.2 ยอมรับว่าปัญหาการใช้ยาเสพติดของสมาชิกในครอบครัวส่งผลกระทบต่อทำให้สุขภาพจิตแย่ ร้อยละ 20.7 มีผลทำให้ทรัพย์สินเสียหาย โดยมีร้อยละ 2.5 ที่เคยได้รับอันตรายจากการทำร้ายร่างกาย

2. ข้อมูลการใช้ยา/สารเสพติด และการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย(สมาชิกในครัวเรือน)

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่(ร้อยละ 69.1) เป็นวัยรุ่น มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.4) ใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดหลัก รองลงมาคือ กัญชา ร้อยละ 20.8 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.7) เข้าสู่กระบวนการการ

บำบัดโดยการบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติ ในขณะที่ร้อยละ 19.3 สมัครใจเข้ารับการรักษา ระยะเวลาของการติดยา/สารเสพติดของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 3.9 ปี ($sd = 4.1$) ต่ำสุด-สูงสุด คือ ระหว่าง 1-20 ปี โดยร้อยละ 80.7 ใช้ยาในช่วง 1-5 ปี ที่เหลือร้อยละ 19.3 ใช้ยามากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) เข้ารับการรักษาครั้งนี้ (เป็นผู้ป่วยใน) เป็นครั้งแรก รองลงมา ร้อยละ 19.3 เข้ารับการรักษามาแล้ว 2-3 ครั้ง และเข้ารับการรักษา 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 6.6 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงวันให้ข้อมูล มีค่าเฉลี่ย 52.4 วัน ($sd = 27.9$) ต่ำสุด-สูงสุด คือ ระหว่าง 15-122 วัน ร้อยละ 39.6 เข้ารับการรักษา บำบัด ในช่วง 31-60 วัน รองลงมา คือ น้อยกว่า 31 วัน ระหว่าง 61-90 วัน และ 90 วันขึ้นไป ร้อยละ 28.9, 19.3, และ 12.2 ตามลำดับ

3. ข้อมูลการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การทำหน้าที่ของครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรม (ของครอบครัว) ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.86$ ($SD = 0.33$) และ $\bar{x} = 2.72$ ($SD = 0.44$) ตามลำดับ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.50$ ($SD = 0.50$) ทั้งนี้ เมื่อนำคะแนนเฉพาะในส่วนของการทำหน้าที่ของครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด มาทำการวิเคราะห์โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โดยรวม) พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โดยรวม) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.68$ ($SD = 0.46$) จากคะแนนเต็ม 0-4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การทำหน้าที่ของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โดยรวม)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (0-4)	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ
การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	2.86 (0.33)	มาก
การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด ¹	2.50 (0.50)	ปานกลาง
การทำหน้าที่ของครอบครัว ²	2.72 (0.44)	มาก
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โดยรวม) * ได้จาก ^{1&2}	2.68 (0.46)	มาก*

3.1 ข้อมูลการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.86$ ($SD = 0.33$) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามรายละเอียดค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ตามการรับรู้ของตัวแทนครัวเรือน จากคำตอบในแต่ละรายข้อย่อย พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในระดับมากทุกข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สูงสุดใน 3 ลำดับแรก คือ 1) พยาบาลได้ให้กำลังใจครอบครัวในการบำบัดรักษา สมาชิกครอบครัวที่ติดยา/สารเสพติด, $\bar{x} = 3.36$ ($SD = 0.78$); 2) พยาบาลแจ้งให้ครอบครัวทราบ วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา, $\bar{x} = 3.22$ ($SD = 0.76$) และ 3) พยาบาลชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ครอบครัวต้อง เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด, $\bar{x} = 3.22$ ($SD = 0.73$) และพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ต่ำสุด ในเรื่อง พยาบาลให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวเมื่อมี

ปัญหาและอุปสรรค ในการตอบสนองทางอารมณ์ของกันและกัน, $\bar{x} = 2.84$ ($SD = 0.75$) (ข้อมูลไม่ได้แสดงทั้งหมด)

3.2 ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม (ของครอบครัว) ขณะสมาชิกเข้าบำบัดรักษา

การเข้าร่วมกิจกรรม(ของครอบครัว)ขณะสมาชิกเข้าบำบัดรักษา มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.50$ ($SD = 0.50$) และเมื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติม ในส่วนของเนื้อหาและค่าคะแนนเฉลี่ยจากคำตอบของรายชื่อย่อย พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 9 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 6 ข้อ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง “ครอบครัวได้มาเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยขณะเข้ารับการบำบัดรักษา” $\bar{x} = 3.04$ ($SD = 0.75$) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง “ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย” $\bar{x} = 2.07$ ($SD = 1.09$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อมูลที่น่าสนใจ คือข้อความที่มีนัยในเชิงลบ ได้แก่ “ครอบครัวเคยปรึกษาพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา” และ “ครอบครัวปล่อยให้หน้าที่การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่มอบหมายเพราะครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้” พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x} = 2.45$ ($SD = 0.93$) และ $\bar{x} = 2.44$ ($SD = 0.93$) ตามลำดับ (ข้อมูลไม่ได้แสดงทั้งหมด)

3.3 ข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 2.72$ ($SD = 0.44$) จากคะแนนเต็ม 4 และเมื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติม ในส่วนของค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านย่อยของการทำหน้าที่ครอบครัว พบว่า 4 ด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ด้านความผูกพันทางอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และในอีก 2 ด้านที่เหลือมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง คือ ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการควบคุมพฤติกรรมซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อดูว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โดยรวม) และใน 2 ด้านย่อย (คือ การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด และการทำหน้าที่ของครอบครัว) ระหว่างครอบครัวกลุ่มไทยพุทธและกลุ่มไทยมุสลิม มีความแตกต่างกันหรือไม่ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มไทยพุทธ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.4) มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (โดยรวม) ในการป้องกันการเสพยาซ้ำ อยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มไทยมุสลิม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.6) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทำการทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่ามีความแตกต่างกัน ถึง 7.79 เท่า และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$, ค่าไคสแควร์ = 39.08

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับของการทำหน้าที่ของครอบครัว (โดยรวม) และจำแนกเป็นรายด้านย่อย

ลำดับที่	การทำหน้าที่ของครอบครัว(โดยรวม) และรายด้านย่อย	ช่วงคะแนน (0-4)	
		ค่าคะแนนเฉลี่ย $\bar{x}$ (SD)	ระดับ
1	ด้านที่ 5 ความผูกพันทางอารมณ์	3.02 (0.50)	มาก
2	ด้านที่ 4 การตอบสนองทางอารมณ์	2.97 (0.54)	มาก
3	ด้านที่ 3 บทบาทหน้าที่	2.91 (0.64)	มาก
4	ด้านที่ 1 การแก้ปัญหา	2.74 (0.66)	มาก
5	ด้านที่ 2 การติดต่อสื่อสาร	2.66 (0.65)	ปานกลาง
6	ด้านที่ 6 การควบคุมพฤติกรรม	2.30 (0.67)	ปานกลาง
การทำหน้าที่ของครอบครัว(โดยรวม)		2.72 (0.44)	มาก

4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล กับการทำหน้าที่ของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว(โดยรวม)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล กับการเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด การทำหน้าที่ของครอบครัว และกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว(โดยรวม) พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับต่ำ และในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีค่า $r = 0.29$ 0.30 และ 0.37 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล กับการทำหน้าที่ของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว(โดยรวม)

ตัวแปรที่ศึกษา	1. การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล	ขนาดของความสัมพันธ์
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว	0.30**	ปานกลาง
3. การเข้าร่วมกิจกรรมขณะบำบัด	0.29**	ปานกลาง
4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว(โดยรวม)	0.37**	ต่ำ

** $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

การปรับปรุงรูปแบบการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยปรับปรุงให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษานั้น ครอบครัวส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดี โดยพบว่าการรับรู้ต่อการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการเสพยาซ้ำของผู้ป่วย (ผู้เสพ/ผู้ติดยา) อยู่ในระดับมากทุกข้อ บ่งชี้ว่า ครอบครัวรับรู้และตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของพยาบาล และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลดังกล่าว ซึ่งให้ผลที่คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา (ปัญจรัตน์, 2546; สำเนาและ

กุสุมา, 2546) การที่พยาบาลได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน ตลอดช่วงของการเข้ารับ การบำบัดรักษา รวมทั้ง ได้ให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว โดยใช้วิธีการจูงใจ ให้กำลังใจ ยกย่องชมเชย นั้น ย่อมจะมีส่วนช่วยส่งเสริมศักยภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น (Burda, 2013; Finnell, 2018)

พยาบาลของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด (ทั้ง 2 แห่ง) ได้ให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมว่า ทางศูนย์ฯได้มีนโยบาย เตรียมความพร้อมบุคลากรก่อนการปฏิบัติ โดยจัดให้เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และเพิ่มเติมการฝึกทักษะ การทำงานตามรูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ทำให้พยาบาลผู้ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าตนมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะทำงานในขอบเขตความ รับผิดชอบได้ดี แนวคิดเชิงนโยบายที่ให้การสนับสนุนการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลดังกล่าว มีผลกระทบที่ดี คือ ช่วยเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล/เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล/ การดูแลในการบำบัดรักษา ได้เหมาะสมกับบริบท/สถานการณ์ ในหลากหลายบทบาทมากขึ้น

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดรักษาของครอบครัว พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย ด้วยกัน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาโดยวิธีบังคับรักษา ไม่ได้เกิดจากความ เต็มใจของครอบครัว/หรือตัวผู้ป่วยเอง การบังคับบำบัดรักษา(อาจ)ทำให้ครอบครัวรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากร สุขภาพในการจัดการรักษามากกว่าหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง ส่งผลให้ครอบครัวขาดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วม กิจกรรมได้ (อังกูรและนนทา, 2558); 2) เกินครึ่ง (ร้อยละ 51) ของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด มีรายได้ที่ไม่ เพียงพอและมีหนี้สิน การเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (เสียเวลาและเงิน) การมี รายได้ที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้การเดินทางมายังสถานบำบัดไม่สะดวก หากต้องเข้าร่วมกิจกรรมหลายครั้ง; 3) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 45) ของครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนจนถึงขั้นตอนในการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย เนื่องจากการเป็นภาระใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ค่อนข้างนาน (ตามระบบ คือ 4-6 เดือน) ดังนั้น การนัด ครอบครัวให้มาเพียง 1-2 ครั้ง แล้วพูดคุยให้คำแนะนำการปฏิบัติ จึงอาจยังไม่เพียงพอและยังไม่แน่ว่าเป็นการให้ คำปรึกษาอย่างยั่งยืนต่อเนื่องได้ (Burda, 2013; Finnell, 2018; National of Health, 2009)

ร้อยละ 72 ของครอบครัวได้เข้าร่วมในกิจกรรมบำบัดรักษา เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วน of ครอบครัวที่ ได้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ได้เข้าร่วมในขั้นตอนแรก คือ การทำข้อตกลงและให้คำยินยอมในการ บำบัดรักษา มากที่สุด โดยมีเพียงร้อยละ 55 เท่านั้น (ซึ่งเกินกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อย) ที่ได้เข้าร่วมจนถึงขั้นตอนการ วางแผนในการจำหน่าย(เมื่อเห็นว่าผู้ป่วย/ผู้ติดยา พร้อมทั้งจะออกไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคม) การเข้า ร่วมกิจกรรมเพียงส่วนแรก แต่ไม่ได้เข้าร่วมจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ย่อมมีผลเสีย ทำให้ครอบครัวขาดโอกาสที่จะ ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่สำคัญ เพื่อนำไปใช้ปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ของครอบครัว ในการ ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของสมาชิกผู้เสพยาที่ผ่านการบำบัดรักษามาแล้วให้ดีขึ้น (วันทนา พงศ์ศิลป์ และทิพย์ ภา, 2551; อังกูรและนนทา, 2558) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลชี้ว่า ครอบครัว (ผู้ป่วย/ผู้เสพยา) ส่วนใหญ่ได้ให้ ความสำคัญต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดรักษา เนื่องจากผู้ป่วย (ผู้ติดยา/เสพยา) ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นที่ต้อง อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม มักจะเป็นมารดา/บิดา หรือ ภรรยา เนื่องจากเป็น ผู้รับผิดชอบและมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) เป็นครอบครัว ที่อยู่ร่วมกันอย่างสมบูรณ์ โดยมีเพียง ร้อยละ 9 ที่เป็นครอบครัวแตกแยก สภาพครอบครัวที่ไม่แตกแยก จะมีความ สนใจ รักใคร่สมาชิก (ผู้ป่วย/ผู้เสพยา) ติกว่าครอบครัวแตกแยก (ไพฑูรย์, 2548) การที่ครอบครัวยินยอมเข้าร่วมใน กิจกรรมต่างๆตามที่กำหนด จึงแสดงให้เห็นถึงการให้ความร่วมมือในการรักษา ตระหนักถึงปัญหาการเสพยาของ สมาชิก ให้ความสำคัญต่อการบำบัดรักษา และคาดหวังว่าสมาชิกน่าจะเลิกเสพยาเสพติดได้ เมื่อผ่านกระบวนการ บำบัดรักษาแล้ว คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา (ไพฑูรย์, 2548; วันทนา พงศ์ศิลป์ และทิพย์ภา, 2551)

ครอบครัวส่วนใหญ่รับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (โดยภาพรวม) อยู่ในระดับมาก การทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด โดยที่การทำหน้าที่ด้านการสื่อสาร และด้านการควบคุมพฤติกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดว่าต่ำ-ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก สะท้อนว่า การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมีผลดี คือ ช่วยทำให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ระดับความสัมพันธ์ที่พบนี้อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง บ่งชี้ว่า อาจมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมด้วย การสื่อสารอาจเป็นหนึ่งในปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มของครอบครัว ชาวไทยมุสลิมซึ่งส่วนใหญ่มักใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสาร จึงอาจไม่เข้าใจเนื้อหาสาระที่พยาบาล ส่วนใหญ่ (มักจะสื่อสารด้วยภาษาไทยกลาง) ต้องการจะส่งมาให้เท่าที่ควร คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะว่า พยาบาล/เจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการบำบัดรักษา ควรจะต้องคำนึงถึง บริบทความแตกต่างของภาษาและวัฒนธรรม ที่อาจมีผลต่อการสื่อสาร สำหรับครอบครัวในพื้นที่ภาคใต้เพิ่มเติมด้วย นอกจากนี้ ควรจะส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลสมาชิกผู้เสพยาให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านควบคุมพฤติกรรม และด้านการติดต่อสื่อสาร รวมถึง แนะนำการพัฒนาทักษะ/และเทคนิคการสื่อสารที่ดีแก่ครอบครัวและสมาชิกผู้เสพยา เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือกันได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

สรุปและขอเสนอแนะ

ครอบครัวของผู้ป่วย(ผู้เสพยา/ติดยา)ที่เข้าร่วมกิจกรรมในกระบวนการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) รับรู้การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมในระดับปานกลาง แต่ไม่ครบถ้วนในทุกขั้นตอน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล กับการเข้าร่วมกิจกรรม และการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก แต่อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า ควรจะได้มีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเจาะลึกถึง ปัจจัยสนับสนุน รวมถึง ปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานช่วยเหลือครอบครัวและผู้เสพยา ในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ คาดว่า (น่าจะ) ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้กับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้เสพยา เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ รวมถึง การวางแผนปรับปรุง พัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การดูแลครอบครัวและผู้เสพยา เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้มากยิ่งขึ้น ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุน(บางส่วน) สนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร ของศูนย์บำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รวมถึง พยาบาล/เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และท้ายที่สุด ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างตัวแทนครอบครัวของผู้ป่วย (สมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษา) ทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และยินดีให้ข้อมูลแก่งานวิจัยชิ้นนี้อย่างดียิ่ง

บรรณานุกรม

- เครือข่ายวิชาการ วิจัย และข้อมูลสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2553. **สถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2551–2553 ภาคใต้**. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัสสินทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด.
- ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง. ประสิทธิภาพโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์. *วารสารสถาบันธัญญารักษ์*. 2546; 1(3): 1–6.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่เสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่ติดแอมเฟตามีนหลังการรักษา 1 ปี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2548; 13 (3): 136–43.
- วันทนา สุริยวงศ์ ผงศิลป์ เฟิงมาก ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. การปรับเปลี่ยนหน้าที่ของครอบครัวผู้เสพยาบ้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551; 16 (2): หน้า 130–138.
- สถาบันธัญญารักษ์. 2547. บทสรุปการดำเนินงานด้านยาเสพติด หมวดที่ 1 มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติด และหมวดที่ 5 ระบบข้อมูลยาเสพติด. ใน **เอกสารประกอบการประชุมสุดยอดวิชาการยาเสพติด ประจำปี 2547**; 22–23 มีนาคม 2547; ณ สถาบันธัญญารักษ์. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์.
- สำนักงานบริหารสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557. **รายงานผู้ป่วยยาเสพติด (บสต)**. เข้าถึงได้จาก <http://antidrug.moph.go.th/beta2/> สืบค้น 30 ธันวาคม 2557.
- สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2558. **สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหา ประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559)** เข้าถึงได้จาก <http://antidrug.moph.go.th/> สืบค้น 13 ตุลาคม 2559.
- สำเนา นิลบรรพ์ และกุสุมา แสงเดือนฉาย. 2546. **รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูของครอบครัวผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่**. สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- อังกูร ภัทรการ และนนทา ชัยพิชิตพันธ์. เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษา สถาบันธัญญารักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2558; 60(1): 71–81
- Burda C. (2013). Substance Use Disorders. In: Maurer FA & Smith CM. (editors). **Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations**. (5th ed). St. Louis: Elsevier Saunders; p. 645–651.
- Finnell DS. 2018. Behavioral Health in the Community. In: Rector C. (editor). **Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health** (9th ed). International edition, Philadelphia: Wolters Kluwer; p. 965.

-
- Jardine–Dickenson K. 2015. Substance Abuse. In: Nies MA. & McEwens M. (editors). **Community Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations**. (6th ed). St. Louis: Elsevier Saunders; p. 535–538.
- Mathre ML. 2010. Substance Abuse in the Community. In: Stanhope M. and Lancaster J. (editors). **Foundations of Community Health Nursing: Community–Oriented Practice**. (3rd ed), St. Louis: Mosby Elsevier; p. 365–380.
- National of Health. 2009. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research–based Guide. (2nd ed), U.S. Department of Health and Human Services.
- Wayne WD., & Cross CL. 2013. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. (10th ed.), New Jersey: Wiley Publishing.