

ISSN : 2287-0369

# วารสารวิชาการเสพติด

*Thai Journal of Addiction*

---

---

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2558 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2558

Vol. 3 No. 1 January - June 2015, No. 2 July - December 2015

# วารสารวิชาการเสพติด

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
  2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
  3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด

**เจ้าของ** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

## ที่ปรึกษา

สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์
บุญเรือง	ไทรเรืองวรรณ	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ภาสกร	ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
อัญชลี	ศิริทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
ชาญชัย	เอื้อชัยกุล	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา
สมาน	พุตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
ประเมิน	จิตพิทักษ์	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
สุรัชณี	เศวตศิลา	รักษาการผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด
มณีรัตน์	บุญฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
สินเงิน	สุขสมปอง	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
วิโรจน์	วีรชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี
วรพงษ์	สำราญทิวารัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
สรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ธวัช	ลาพินี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
อดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
วีรวัฒน์	อุครานันท์	รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
ธิตี	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

## บรรณาธิการ

ลำคำ      ลักษณะภิกษนซ์

## กองบรรณาธิการ

กฤติกา	เฉิดโฉม	สิริกกุล	วงษ์สิริโสภาคย์
ชนิษฐา	ตันติศิรินทร์	สุกมา	แสงเดือนฉาย
ชลนที	รอดสว่าง	สุพจน์	ชุติดำรง
นันทา	ชัยพิชิตพันธ์	อภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์
นิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	อรพิน	ทนนชติ
สำเนา	นิลบรรพ์		

## ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ. ดร.มรรยาท	รุจิวิษณุ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
พันเอกนายแพทย์พิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายแพทย์อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.แพทย์หญิงรัศมี	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.นายแพทย์ตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ผศ.นายแพทย์สุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.สุชาดา	รัชชกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
ผศ.ดร.ประภาพรรณ	จูเจริญ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อุษณีย์	พืงปาน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ดรณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.ดร.นัยนา	พัชรไพศาล	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ดร.ศรีญา	เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
แพทย์หญิงบุญศิริ	จันทร์ศิริมงคล	กรมสุขภาพจิต
นางสมาลี	มาดำ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ภญ.วัลย์ลักษณ์	เมธาภัทร	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุคุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์

**สำนักงาน**      สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130  
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 503, 404, 341 โทรสาร 0-2531-0085  
www.thanyarak.go.th    e-mail : journal@thanyarak.go.th

**พิมพ์ที่**      โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [5908-052]  
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทร. 0-2218-3549, 0-2218-3550 โทรสาร 0-2215-3612  
E-mail : cuprint@hotmail.com, http://www.cuprint.chula.ac.th

## บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ ก้าวเข้าสู่ปีที่ 3 เนื้อหาสาระในฉบับ มีบทความวิจัยที่มีความรู้และน่าสนใจ เกี่ยวกับด้านวิชาการด้านยาเสพติด จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ เรื่องแรก การศึกษานำร่อง ประสิทธิภาพของการใช้หญ้าดอกขาว (*Vernonia Cinerea* (L) Less) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการเลิกบุหรี่ เรื่องที่สอง ประสิทธิภาพของการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่องที่สาม ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด และสถาบันอัญญารักษ์ เรื่องที่สี่ การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้อสุราในผู้ติดยาที่รักษาในโรงพยาบาล : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้ส่งบทความทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและขอเชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานให้เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ลำซำ ลักขณาภิชนชัช

บรรณาธิการ

# สารบัญ

	หน้า
ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2558 บรรณาธิการแถลง	
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>	1
การศึกษานำร่องประสิทธิผลของการใช้หญ้าดอกขาว ( <i>Vernonia Cinerea</i> (L) Less) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการเลิกบุหรี่ วิโรจน์ วีระชัย พ.บ., สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม., สมพร สุวรรณมาโจ ภม., ลัดดา ขอบทอง วท.ม., รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม., สุวิภัทร คงหอม วท.ม., กมลลาพร พรหมพฤกษ์ ภม.	
ประสิทธิผลของการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพ็ญศรี หงษ์พานิช ศน.ด., พระเมธาวิเชียร Ph.D., D.Ed., สุวิญ รัทสัจย์ Ph.D., พระมหาสายรุ้ง อินทาวุโธ Ph.D.	17
ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2558	
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>	33
ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ในศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลและสถาบันธัญญารักษ์ บุษผา บุญญามณี ปร.ด.*, นุรินยา แทะละหมัด พย.ม.*, สยาม มุสิกะไชย พย.ม., อ้อมเดือน บุญญามณี พ.บ.*, ดารารัตน์ สาธรพันธ์ พย.ม., วันดี สุทธิรังสี ปร.ด.**	
การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดสุราที่รักษา ในโรงพยาบาล : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ दनัยณัฐ ภูมิภาค พย.ม.	47

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การศึกษา นำร่อง ประสิทธิภาพของการใช้หญ้าดอกขาว (Vernonia Cinerea (L) Less) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในการเลิกบุหรี่

วิโรจน์ วีรชัย พ.บ.\*, สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.\*, สมพร สุวรรณมาโจ ภม.\*, ลัดดา ขอบทอง วท.ม.\*, รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม.\*, สุวภัทร คงหอม วท.ม.\*, กมลพร พรหมพฤกษ์ ภม.\*\*  
 \*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, \*\*โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**Abstract** The Pilot study of Effectiveness of Vernonia Cinerea (L) Less for 4 weeks in smoking cessation

Verachai V\*, Nilabun S\*, Suwanamajao S\*, Khobthong L\*,  
 Thanatheerabunjong R\*, Khonghom S\*, Prompruk G\*\*

\*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

\*\*Phramongkutklao Hospital

Smoking is an essential cause of many diseases to both the smoker and the affected people such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Emphysema and cancer etc. When stop smoking, they would have Nicotine Withdrawal Symptom and they would have most symptoms on second and third days. The smoker cannot always tolerate such symptom. There are many ways to abstain from smoking including Stop suddenly, counseling, behavioral therapy and medications which are mostly imported from foreign countries. It was found that there are side effects and high expense. Currently, Herbal product of Vernonia Cinerea (L) Less

in form of tea is used for therapy in case of smoke abstinence and it was found that 21% of smokers could successfully abstain from smoking. To treat the smoke addicted mostly takes about 7-12 weeks but the previous study of Vernonia Cinerea (L) Less indicated that it took only 2 weeks. If the medication is given longer, it may help the smokers more to abstain from smoking. Thanyarak Institute emphasized on medication access and thus, did this research. The objectives of study was to 1) effectiveness of Vernonia Cinerea (L) Less for smoking cessation 2) adverse events of Vernonia Cinerea (L) Less Tea. Research design was quasai-experiment only one group pretest-posttest. The subjects were 55 smokers. They would drink 3 grams of Vernonia Cinerea (L) Less Tea after the breakfast, lunch and dinner for 4 weeks together with a brief counseling. Analyzing data with number, percentage, average, standard deviation, Pair T-Test, the result was found that

1. The Continuous Abstinence Rate,(CAR) of 18.2, 16.4 and 10.9% and Point prevalence Abstinence Rate,(PAR) of 18.2, 20 and 20% in the 2nd, 4th and 20th week respectively

2. The number of cigarettes decreased for 71.97, 77.21 and 75.30% in the 2nd, 4th and 20th week respectively.

3. Adverse events of Vernonia Cinerea (L) Less Tea that is mostly detected was numb tongue for 46.63% next to it was dizziness, parched mouth and throat for 41.07%.

4. AST and ALP before and after taking Vernonia Cinerea (L) Less Tea was not different but ALT before and after taking Vernonia Cinerea (L) Less Tea was significantly different in statistical term.

*Keywords* : Vernonia Cinerea (L) Less, smoking cessation

### บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต่างๆ มากมายทั้งตัวผู้สูบเองและผู้ที่ได้รับควัน ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง และมะเร็ง เป็นต้น เมื่อเลิกสูบบุหรี่จะมีอาการขาดนิโคติน ซึ่งจะมีอาการมากที่สุดในวันที่สองและสาม ผู้สูบบุหรี่มักจะทนต่ออาการนั้นไม่ได้ การเลิกบุหรี่สามารถเลิกได้หลายวิธี เช่น การหักดิบ การให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด และการใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ พบว่ามีผลข้างเคียงและค่าใช้จ่ายสูง ปัจจุบันได้มีการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรหย้าดอกขาวในรูปชาชงมาใช้ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ พบอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 21.8 การบำบัดผู้ติดยาสูบตามมาตรฐานนั้นส่วนใหญ่จะให้นาน 7-12 สัปดาห์ แต่การศึกษาของหย้าดอกขาวที่ผ่านมามีรายงานว่า จะให้ยาเพียง 2 สัปดาห์ ซึ่งถ้าให้ยาในระยะเวลานานขึ้น อาจจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น สถาบันธัญญารักษ์เห็นความสำคัญของการเข้าถึงยา จึงได้ศึกษาวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหย้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ และอาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหย้าดอกขาว โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน ให้รับประทานชาชงหย้าดอกขาวขนาด 3 กรัม หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น นาน 4 สัปดาห์ ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Pair T-test ผลการศึกษา พบว่า

1. หย้าดอกขาวสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous Abstinence Rate (CAR)) ร้อยละ 18.2, 16.4 และ 10.9 และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence Abstinence Rate (PAR)) ร้อยละ 18.2, 20 และ 20 ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 20 ตามลำดับ
2. ผู้สูบบุหรี่ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบได้ร้อยละ 71.97, 77.21 และ 75.30 ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 20 ตามลำดับ
3. อาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหย้าดอกขาวที่พบมากที่สุด คือ อาการชาลิ้น ร้อยละ 46.43 รองลงมา คือ อาการมึนงง เวียนศีรษะ และปากแห้ง คอแห้ง ร้อยละ 41.07
4. การทำงานของไต (RFT) การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) และการทำงานของตับ (LFT) ได้แก่ ค่า AST และ ALP ก่อนและหลังการให้ชาชงหย้าดอกขาวไม่แตกต่างกัน ส่วนค่า ALT ก่อนและหลังการให้ชาชงหย้าดอกขาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ :** หย้าดอกขาว การเลิกบุหรี่



## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน เนื่องจาก การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังมากมาย ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง ฯลฯ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 5 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคนในอีก 20-30 ปีข้างหน้า ส่วนคนไทยนั้นเสียชีวิตด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คนหรือวันละ 115 คนหรือชั่วโมงละ 6 คน<sup>1</sup>

นิโคตินในบุหรี่เป็นสารเสพติดหลักที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ มีความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากเมื่อร่างกายขาดนิโคตินจะรู้สึกทรมานมีอาการกระสับกระส่าย ง่วงเหงาหาวนอนขาดสมาธิทำงานได้ไม่ดี กังวล หิว นอนไม่หลับ อาการจะเป็นมากที่สุดในวันที่สองและสามของการเลิกบุหรี่ และจะค่อยๆ ลดลงภายใน 7-10 วัน<sup>2</sup> การเลิกบุหรี่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยวิธีการหักดิบแต่อัตราการสำเร็จจากการเลิกบุหรี่ในระยะเวลา 1 ปี สามารถเลิกได้เพียงร้อยละ 5-7 การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ สามารถเลิกได้ร้อยละ 10 แต่ถ้าใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20-30<sup>2</sup> ปัจจุบันมีวิธีการบำบัดเพื่อให้เลิกบุหรี่โดยการให้ยา แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การให้นิโคติน

ทดแทน (Nicotine Replacement Therapy) ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ แบบแผ่นปิดผิวหนัง (Transdermal patch) และแบบหมากฝรั่งเคี้ยว (Chewing gum) และการใช้ยาที่ไม่ใช่ นิโคตินทดแทน ได้แก่ บูโพรพิออน (Bupropion) จากการศึกษาพบว่า ยาทั้งสองกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 17-38<sup>3</sup> แต่พบว่ายามีผลข้างเคียง กล่าวคือนิโคตินทดแทนแบบแผ่นปิดผิวหนัง จะเกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง คัน แสบ ร้อนแดง พบได้ถึงร้อยละ 50 นิโคตินทดแทนแบบหมากฝรั่งเคี้ยว จะพบแผลในช่องปาก ปวดกราม สะอึก เรอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ และบูโพรพิออน มีผลทำให้ Seizure threshold ลดลงได้ ต้องระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก<sup>4</sup> อีกทั้งยายังมีราคาแพง ถ้ารักษาผู้ป่วยจนครบตามแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา 7-12 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 3,000-12,000 บาท<sup>5</sup> ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้จ่ายได้ครบตามกำหนดและเป็นสาเหตุของการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

หญ้าดอกขาว มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Vernonia Cinerea (L) Less. หรือมีชื่อเรียกต่างๆ กันในหลายท้องถิ่น เช่น หมอน้อย หญ้าละออง หญ้าสามวัน เป็นต้น ซึ่งมีสรรพคุณทางพื้นบ้าน คือ แก้ไข้ รักษาตับอักเสบ ลดความดันโลหิตสูง รักษาโรคหอบ แก้ท้องเสีย รักษาแผลววมอักเสบ มีหนอง ช่วยให้คลอင့်ง่าย ทำให้ไม่อยากบุหรี่<sup>6</sup> เป็นสมุนไพรที่อยู่ในตำรับยาพื้นบ้านของประเทศต่างๆ มีการศึกษาความปลอดภัยโดยการทดสอบความเป็นพิษ พบว่าเมื่อฉีดสารสกัดทั้งต้นด้วย 50% เอทานอล

เข้าช่องท้องหนูถีบจักร ขนาดสูงสุดที่มีการศึกษา และยังไม่เกิดอาการพิษมีค่าเท่ากับ 500 มก./กก.<sup>7</sup> ส่วนขนาดที่ทำให้สัตว์ทดลองตายเป็นจำนวน ครั้งหนึ่งเมื่อฉีดเข้าช่องท้องหนูถีบจักร มีค่าเท่ากับ 1.874 กรัม/กก.<sup>8</sup> และการศึกษาในคนพบว่า มีการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อลดการขับออกซาเลต ในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 80 คน โดย รับประทานสารสกัดหญ้าดอกขาวปริมาณ 96 มก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ พบว่า หญ้าดอกขาว สามารถลดการขับออกซาเลตในปัสสาวะได้แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญและไม่มีรายงานการเกิดพิษ<sup>9</sup> และอีกการศึกษาหนึ่งได้ติดตามผู้ป่วยโรคนี้ จำนวน 255 คน ที่รับประทานสารสกัดหญ้าดอกขาว ปริมาณ 96 มก./วัน เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 91.3 หายจากโรคและไม่มีรายงาน การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้หญ้าดอกขาว เช่นเดียวกัน<sup>10</sup>

ปัจจุบันได้มีการนำหญ้าดอกขาวมาใช้ ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาในหลายๆ แห่ง จากการศึกษาของฉวีวรรณ ดวงจรและคณะ<sup>11</sup> ศึกษาเปรียบเทียบผลการลดการสูบบุหรี่ของ ประชาชนในเขตอำเภออุทุมพรในปี 2538 โดยใช้ หญ้าดอกขาวกับยาหลอก (ใบเตยหอมและ ดอกเก็กฮวย) พบว่า หญ้าดอกขาวสามารถลดและเลิก การสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 62 และ 33 อีก 1 ปีต่อมา ศักดิ์วิชา ไชยสวัสดิ์ และมนัชยา มรรคอนันตโชติ<sup>12</sup> ศึกษาการบำบัดผู้ติดยาด้วยการใช้หญ้าดอกขาว และธรรมชาติบำบัดที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวในรูปของชาชงของละ 4 กรัม ชงกับน้ำร้อน ครั้งละ 1 ชงต่อน้ำ 1 แก้ว

ดื่มเป็นประจำวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นเวลา 15 วัน มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 62 ราย ติดตามผลระยะเวลา 4 เดือน มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.35 โดยมีเหตุผลสำคัญ ในการเลิกสูบบุหรี่ คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย และไม่อยากสูบบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ สูบแล้ว อายากาเจียน ต่อมาในปี 2549 ปรีดา เภยจนากาศกุล<sup>13</sup> ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของหญ้าดอกขาว ในการเลิกบุหรี่ ณ สถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้วิธีวิจัย เชิงทดลอง แบบ Randomized, single blind, placebo-controlled, two-parallel group ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาชงหญ้าดอกขาว กับชาชงใบหม่อน (ยาหลอก) โดยให้ชาชง 1 ชง (3 กรัม) ต่อน้ำ 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง นาน 14 วัน และทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำในการ เลิกบุหรี่ ติดตามผลการเลิกบุหรี่สัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12 และ 16 สัปดาห์ นับจากวันรับประทานชาชง หญ้าดอกขาว มีผู้เข้าร่วมโครงการ 64 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มีอัตราเลิกบุหรี่ ต่อเนื่อง (CAR) ร้อยละ 37.5, 34.4, 31.3, 21.8 และ 21.8 กลุ่มควบคุม มีอัตราเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง ร้อยละ 34.4, 25.0, 18.8, 12.5 และ 12.59 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาวมีแนวโน้มสูงกว่า กลุ่มควบคุม อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดมากที่สุด คือ ชาลิ้น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและเวียนศีรษะ แต่อัตราการเกิดไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ตามมาตรฐานนั้น ส่วนใหญ่จะให้ยาตั้งแต่ 7-12 สัปดาห์ 14 แต่การศึกษาของหย้าดอกขาวที่ผ่านมานั้นจะให้ยาเพียง 2 สัปดาห์ ถ้าให้ยาในระยะเวลาที่นานขึ้น อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งในการพัฒนาสมุนไพรนั้นจำเป็นต้องมีการทดสอบความเป็นพิษในระยะยาว ดังนั้น สถาบันธัญญารักษ์ จึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสิทธิผลของหย้าดอกขาว ที่สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น โดยการให้ชาชงหย้าดอกขาวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการใช้หย้าดอกขาว ที่มีประสิทธิผลสูงสุด และเป็นแนวทางในการสนับสนุนการใช้สมุนไพรในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ โดยมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนอย่างชัดเจน มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาประสิทธิผลของหย้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ และอาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหย้าดอกขาว

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experiment research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ที่คลินิกอดบุหรี่ สถาบันธัญญารักษ์ โดยไม่เคยได้รับยาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่หรือเคยได้รับยาชนิดอื่นมาแล้วแต่ยังไม่สำเร็จ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีระดับความต้องการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับตัดสินใจ (Preparation) หรือลงมือกระทำ (Action) สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงใดๆ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 66 คน

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัยก่อนได้รับยา 4 คน และไม่มารับยาตามนัด จึงรับประทานยาได้ไม่ครบตามกำหนด 4 สัปดาห์ 7 คน เหลือผู้ที่ยังคงเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 55 คน ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัยมีผู้ขอออกจากการวิจัยก่อนครบ 20 สัปดาห์ จำนวน 3 คน ดังนั้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมจนครบกำหนดตามโครงการทั้งสิ้น จำนวน 52 คน ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ intention to treat จำนวน 55 คน ผู้ป่วยจะได้รับยาชงหย้าดอกขาวครั้งละ 1 ชอง (3 กรัม) ต่อน้ำ 1 แก้ว ตีมันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ คำแนะนำเรื่องวิธีการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตัวเพื่อให้เลิกบุหรี่ และทักษะในการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นในครั้งแรกและทุกครั้งที่นัดมาพบ คือ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ในวันที่ 8 ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8, 12, 16 และ 20 โดยการรายงานตนเอง (Self-report) และตรวจระดับโคตินินเพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่ในวันที่ครบสัปดาห์ที่ 4 และ 20 นับจากวันที่เริ่มต้นรับประทานยา โดยจะโทรศัพท์เพื่อเตือนให้ผู้ป่วยมาตามนัดล่วงหน้า 2 วัน ก่อนที่จะให้ชาชงหย้าดอกขาว จะตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, BUN, Cr, AST, ALT, ALP) ในครั้งแรกและตรวจซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาพบตามนัด หรือผลการตรวจปัสสาวะหาสารโคตินินเป็นบวกถือว่ากลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป อัตราการเลิกบุหรี่ อาการไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลัง ให้ยา วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ pair t-test

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน

ธัญญารักษ์ และได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

## ผล

### 1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>ความพยายามในการเลิกบุหรี่ (ครั้ง)</b>		
ชาย	52	94.5	Mean ± S.D. (ความพยายาม	1.92 ± 1.22 (6,1)	
หญิง	3	5.5	ในการเลิกบุหรี่สูงสุด,ต่ำสุด)		
<b>อายุ (ปี)</b>			<b>ระยะเวลาในการเลิกบุหรี่ได้ (วัน)</b>		
Mean±S.D. (อายุสูงสุด,ต่ำสุด)	33.78 ± 6.99 (48,21)		Mean ± S.D. (ระยะเวลาในการ	46.14 ± 93.24 (547,0)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			เลิกบุหรี่ได้สูงสุด,ต่ำสุด)		
ประถมศึกษา	7	12.7	<b>คะแนน Fagerstrom test for</b>		
มัธยมศึกษา	31	56.3	<b>nicotine dependence (FTND)</b>		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	13	23.6	Mean ± S.D. (FTND Score	4.31 ± 2.07 (8,0)	
สูงกว่าปริญญาตรี	4	6.9	สูงสุด,ต่ำสุด)		
<b>อาชีพ</b>			<b>ระดับการติดสารนิโคติน</b>		
รับจ้างบริษัทเอกชน	50	90.9	ระดับต่ำ	20	36.4
รับราชการ / ลูกจ้าง	5	9.1	ระดับปานกลาง	28	50.9
หน่วยงานราชการ			ระดับสูง	7	12.7
<b>อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)</b>			<b>ปัจจัยที่ติดบุหรี่</b>		
Mean ± S.D.	17.33 ± 3.78 (30,10)		ติดยาโคตินในบุหรี่	22	40
(อายุสูงสุด,ต่ำสุด)			ความต้องการด้านจิตใจ	44	80
<b>ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)</b>			ความเคยชิน	13	23.6
Mean ± S.D. (ระยะเวลา	15.13 ± 6.62 (36,5)		<b>ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่</b>		
ที่สูบบุหรี่สูงสุด,ต่ำสุด)			<b>ตามแนวคิด Transtheoretical</b>		
<b>จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)</b>			<b>Model</b>		
Mean ± S.D. (จำนวนบุหรี่			ตั้งใจเลิก (Preparation)	48	97.96
ที่สูบต่อวันสูงสุด,ต่ำสุด)	14.13 ± 5.38 (30,4)		ลงมือกระทำ (Action)	1	2.04

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 1.92 ครั้ง ระยะเวลาที่สามารถเลิกบุหรี่ได้เฉลี่ย เป็นเพศชายร้อยละ 94.5 มีอายุเฉลี่ย 33.78 ปี 46.14 วัน มีคะแนนประเมินระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)) เฉลี่ย 4.31 คะแนน ประเมินความตั้งใจ ในการเลิกบุหรี่ (Transtheoretical Model) ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) ร้อยละ 97.96

จบการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 56.3 ประกอบอาชีพรับจ้างในบริษัทเอกชนร้อยละ 90.9 ประวัติการสูบบุหรี่ เริ่มสูบบุหรี่อายุเฉลี่ย 17.33 ปี สูบมานาน 15.13 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบในปัจจุบัน เฉลี่ย 14.13 มวน เคยพยายามเลิกบุหรี่เฉลี่ย 97.96

## ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังให้ยาชาขงหญ้าดอกขาว

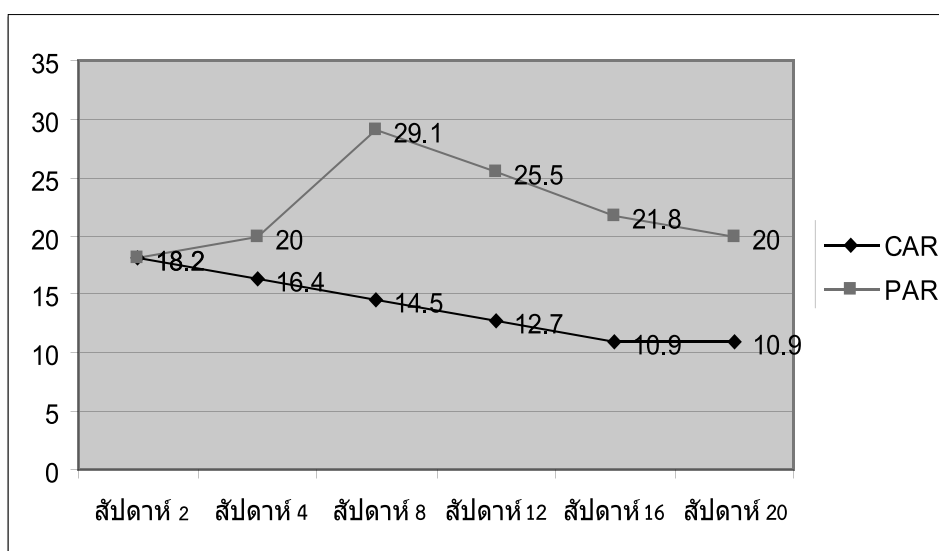
รายการตรวจ (ค่าปกติ)	สัปดาห์ที่ 0		สัปดาห์ที่ 4		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
<b>Liver Function test</b>						
AST	23.12	7.41	22.96	6.40	.147	.884
ALT	22.56	10.66	26.08	14.88	-2.161	.036*
ALP	80.90	18.97	82.12	27.63	-.385	.702
<b>Renal Function test</b>						
BUN	11.30	2.70	10.58	3.21	1.506	.139
Cr	1.07	.14	1.12	.17	-1.912	.062
<b>Complete Blood Count</b>						
Hemoglobin (11.0-16.0 g/dl)	14.67	1.55	14.70	1.47	-.227	.821
Hematocrit (32.0-49.0%)	44.37	4.07	44.66	4.03	-.703	.486
WBC (5.0-10.0 $10^3/mm^3$ )	7.87	2.13	7.92	1.65	-.214	.831
RBC (4.2-5.4 $10^6/mm^3$ )	5.47	.54	5.48	.53	-.117	.907
Platelet (150-400 $10^3/mm^3$ )	262.41	59.22	270.53	57.05	-1.723	.091
MCV (80-95 fl)	81.61	8.11	81.96	8.52	-1.535	.131
MCH (26.5-31.2 pg)	26.98	3.50	27.00	3.48	-.313	.756
MCH (31.5-36.4 g/dl)	32.97	1.34	32.86	1.08	1.101	.276
Neutrophil (40-75%)	59.62	8.16	59.66	7.49	-.035	.972
Lymphocyte (20-50%)	32.92	7.40	32.62	6.41	.302	.764
Monocyte (< 8 %)	3.98	1.70	4.14	1.95	-.461	.647
Eosinophil (< 8 %)	3.26	2.65	3.02	3.59	.466	.644
Basophil (< 8 %)	.20	.45	.36	.63	-1.532	.132

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการตรวจภาวะการทำงานของตับ (Liver Function Test) ได้แก่ ค่า AST และ ALP ก่อนและหลังการให้ชาชงหญ้าดอกขาวไม่แตกต่างกัน ส่วนค่า ALT ก่อนและหลังการให้ชาชงหญ้าดอกขาวแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทำงานของไต (Renal Function Test) และ การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count) ก่อนและหลังการให้ชาชงหญ้าดอกขาวไม่แตกต่างกัน

## 2. ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาว

### 2.1 อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ



กราฟที่ 1 แสดงอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR)

จากกราฟที่ 1 พบว่า ชาชงหญ้าดอกขาวสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ได้ร้อยละ 18.2 ในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จลดลงเป็นร้อยละ 16.4, 14.5, 12.7, 10.9 ในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12, และ 16 ตามลำดับ และอัตราการเลิกบุหรี่คงที่ในสัปดาห์ที่ 20 ส่วนอัตรา

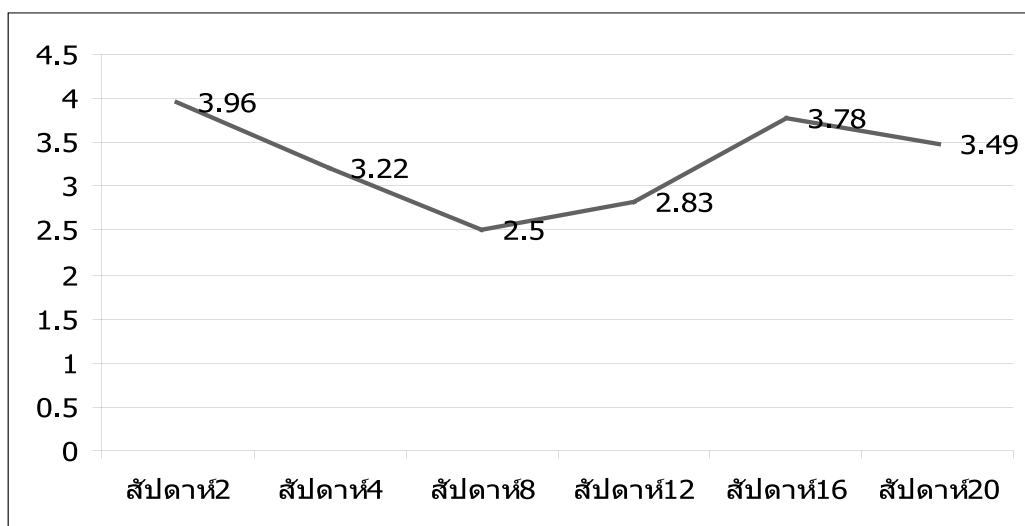
การเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR) เป็นร้อยละ 18.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และ 29.1 ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และเริ่มลดลงในสัปดาห์ที่ 12, 16 และ 20 ในอัตราร้อยละ 25.5, 21.8 และ 20 ตามลำดับ

## 2.2 การลดจำนวนบุหรี่ยี่สิบ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุหรี่ยี่สิบในแต่ละสัปดาห์

สัปดาห์	0 (N = 55)	2 (N = 46)	4 (N = 49)	8 (N = 48)	12 (N = 42)	16 (N = 41)	20 (N = 35)
Mean $\pm$ S.D.	14.13 $\pm$ 5.38	3.96 $\pm$ 3.29	3.22 $\pm$ 2.47	2.52 $\pm$ 2.90	2.83 $\pm$ 3.46	3.78 $\pm$ 3.66	3.49 $\pm$ 3.03
(Max, Min)	(30,4)	(13,0)	(10,0)	(13,0)	(10,0)	(14,0)	(10,0)
จำนวนบุหรี่ยี่สิบที่ลดลง		10.17	10.91	11.61	11.3	10.35	10.64
(ร้อยละของจำนวนบุหรี่ยี่สิบที่ลดลง)		(71.97)	(77.21)	(82.16)	(79.97)	(73.24)	(75.30)

กราฟที่ 2 แสดงจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน เฉลี่ย ณ วันที่มา Visit ในแต่ละสัปดาห์



จากตารางที่ 3 พบว่า ชาชงหน้าดอกขาว สามารถลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงได้ ในสัปดาห์ที่ 2 (day 14) ลดลงจำนวน 10.17 มวน คิดเป็นร้อยละ 71.97 และลดลงมาจนสามารถลดได้มากที่สุด

สัปดาห์ที่ 12 (day 56) ถึงจำนวน 11.61 มวน คิดเป็นร้อยละ 82.16 และค่อยๆ เพิ่มจำนวนบุหรี่ยี่สิบขึ้นเรื่อยๆ ดังที่แสดงในกราฟที่ 2

#### ตารางที่ 4 อาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหญาดอกขาว

อาการไม่พึงประสงค์ (ราย) (ร้อยละ)	สัปดาห์ที่ 2 (N = 46)	สัปดาห์ที่ 4 (N = 49)	สรุปรวม (N = 55)
จำนวนผู้ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ราย/ ร้อยละ)	40 (86.96%)	30 (54.55%)	51 (92.73%)
1. ชาลิ้น หรือระคายเคืองลิ้น	19 (41.30%)	11 (22.45%)	26 (46.43%)
2. มึนงง เวียนศีรษะ	18 (39.13%)	12 (24.49%)	23 (41.07%)
3. ปากแห้ง คอแห้ง	12 (26.09%)	13 (26.53%)	23 (41.07%)
4. ปวดศีรษะ	8 (17.39%)	4 (8.16%)	12 (21.43%)
5. นอนไม่หลับ	8 (17.39%)	1 (2.04%)	10 (17.86%)
6. คลื่นไส้	5 (10.87%)	3 (6.12%)	6 (10.71%)
7. อาเจียน	3 (6.52%)	1 (2.04%)	4 (7.14%)
8. ใจสั่น	2 (4.35%)	2 (4.08%)	4 (7.14%)
9. ปวดท้อง	2 (4.35%)	2 (4.08%)	4 (7.14%)

จากตารางที่ 4 พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหญาดอกขาวที่พบมากที่สุด คือ อาการชาลิ้น หรือระคายเคืองลิ้น ร้อยละ 46.43 รองลงมา คือ อาการมึนงง เวียนศีรษะและปากแห้ง คอแห้ง ร้อยละ 41.07

### วิจารณ์

1. อาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหญาดอกขาว จากการศึกษา พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหญาดอกขาวที่พบมากที่สุด คือ อาการชาลิ้น หรือระคายเคืองลิ้น ร้อยละ 46.43 รองลงมา คือ อาการมึนงง เวียนศีรษะและปากแห้ง คอแห้ง ร้อยละ 41.07 สอดคล้องกับ ศักดิ์วิภา ไชสวัสดิ์ และ มนัชยามรรคอนันตโชติ<sup>12</sup> และ ปรีดา เบญจนาภาคกุล<sup>13</sup> พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของชาชงหญาดอกขาว

ที่พบมากที่สุด คือ อาการชาลิ้น ไม่รับรสอาหาร รองลงมา คือ อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และใจสั่น

ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น พบว่า ผลการตรวจภาวะการทำงานของตับ (Liver Function Test) ได้แก่ ค่า AST และ ALP ก่อนและหลังการให้ชาชงหญาดอกขาวไม่แตกต่างกัน ส่วนค่า ALT ก่อนและหลังการให้ชาชงหญาดอกขาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทำงานของไต (Renal Function Test) และการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count) ก่อนและหลังการให้ชาชงหญาดอกขาวไม่แตกต่างกัน ซึ่งในส่วนของผลการตรวจนับเม็ดเลือด การตรวจภาวะการทำงานของไต และการตรวจภาวะการทำงานของตับ ได้แก่ ค่า AST และ ALP ก่อน



และหลังการให้ชาชงหญ้าดอกขาวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปริดา เบญจนาภาศกุล<sup>11</sup> ส่วนค่า ALT ก่อนและหลังให้ชาชงหญ้าดอกขาว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งค่าเฉลี่ยของ AST ALT และ ALP ก่อนรับประทานชา เท่ากับ  $23.12 \pm 7.41$ ,  $22.56 \pm 10.66$  และ  $80.90 \pm 18.97$  ตามลำดับ หลังจากรับประทานชา 4 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยของ AST ALT และ ALP เท่ากับ  $22.96 \pm 6.40$ ,  $26.08 \pm 14.88$  และ  $82.12 \pm 27.63$  ตามลำดับ ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของ ALT หลังให้ยาสูงกว่า ก่อนรับประทานยา ตรงข้ามกับการศึกษาของ ปริดา เบญจนาภาศกุล<sup>11</sup> ที่พบว่า หลังการรับประทาน ชาชงหญ้าดอกขาวค่า ALT ลดลง และการศึกษา ของ Marya และ singa<sup>10</sup> และ Kekade<sup>15</sup> ที่ใช้ สารสกัดเข้มข้นหญ้าดอกขาวทั้งต้นในการขับ ออกซาเลตในผู้ป่วยโรคนิ่ว โดยให้รับประทาน ปริมาณ 96 มิลลิกรัม แบ่งรับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 และ 6 เดือน พบว่า ไม่มีอาการเกิดพิษ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งจากการศึกษา พบว่ามีอาสาสมัคร 3 รายที่มีค่า ALT สูงขึ้น โดย ตรวจวัดได้จากก่อนรับประทานชา มีค่าเท่ากับ 15, 27 และ 20 เพิ่มขึ้นเป็น 57,44 และ 64 U/L หลังรับประทานชา ตามลำดับ แต่เป็นค่าที่ไม่เกิน 2 เท่าของขีดจำกัด เมื่อพิจารณาแต่ละราย พบว่า อาสาสมัครทั้ง 3 รายนี้จะมีพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยดื่มทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-2 ครั้ง ปริมาณที่ดื่มนั้น 1 รายดื่มครั้งละ 1-2 ขวด อีก 2 รายจะดื่มมากกว่า 2 ขวด ซึ่งในช่วงที่อาสาสมัครรับประทานชาอยู่นั้น ก็ยังคงดื่มสุราอยู่เป็นปกติ และพบว่า อาสาสมัคร ทั้ง 3 รายนี้มีค่า AST สูงขึ้นเช่นกัน โดยตรวจวัด

ได้จาก 19,17 และ 19 เพิ่มขึ้นเป็น 33, 33 และ 41 U/L ตามลำดับ แต่ไม่เกินขีดจำกัด แสดงว่า อาสาสมัครทั้ง 3 รายอาจมีภาวะอันตรายเกิดขึ้น ต่อเซลล์ตับ เนื่องจากระดับของ AST และ ALT จะเป็นดัชนีบ่งชี้ว่ามีอันตรายต่อตับ ซึ่งจะมี ระดับสูงขึ้นเมื่อเซลล์ตับถูกทำลายลงหรือเกิดการอักเสบของตับ จึงเกิดการรั่วของเอนไซม์ ออกนอกเซลล์ตับเข้าสู่กระแสโลหิต<sup>16</sup>

**2. อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ** จากการศึกษาพบว่า ชาชงหญ้าดอกขาวสามารถช่วยให้ เลิกบุหรี่โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง (CAR) ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 12 และ 20 ได้ร้อยละ 18.2, 16.4, 12.7 และ 10.9 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ จะน้อยกว่าการศึกษาของศักดิ์วิชา ไชสวัสดิ์ และ มนัชยา มรรคอนันตโชติ<sup>10</sup> พบว่า หลังจากติดตามผล ระยะเวลา 4 เดือน มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 69.35 และ Supakit Wongwiwatthananut et.al<sup>17</sup> พบว่า หญ้าดอกขาวสามารถเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 12 ได้ร้อยละ 28.1 และสัปดาห์ที่ 24 ร้อยละ 18.8

**3. อัตราการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ** จากการศึกษา พบว่า ชาชงหญ้าดอกขาวสามารถลดจำนวน การสูบบุหรี่ลงได้สูงสุด ร้อยละ 82.16 ในสัปดาห์ ที่ 12 โดยในสัปดาห์ที่ 2 ลดลงจำนวน 10.17 มวน คิดเป็นร้อยละ 71.97 สัปดาห์ที่ 4 ลดลง 10.91 มวน ร้อยละ 77.21 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลระวี ลีลารุ่งระยับ<sup>18</sup> พบว่าสมุนไพรหญ้าดอกขาว สามารถช่วยทำให้ลดอัตราการสูบบุหรี่ชนิดซีโย ได้ดีร้อยละ 54.47 และบุหรี่ยาสูบสามารถลดได้

ร้อยละ 59.92 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ติดบุหรี่จากความต้องการด้านจิตใจ ร้อยละ 80 และระดับการติดสารนิโคติน อยู่ในระดับปานกลางและสูงถึงร้อยละ 63.6 เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะเกิดอาการขาดนิโคติน อีกทั้งชายชงหย้าดอกขาวไม่มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมอง ไม่สามารถระงับอาการขาดยาได้ ผู้สูบบุหรี่ไม่อาทรทนต่ออาการนี้ได้ จึงสูบบุหรี่เพื่อให้ร่างกายได้รับสารนิโคตินเพื่อช่วยระงับอาการขาดยา เพื่อไม่ให้รู้สึกทรมาน ซึ่งชายชงหย้าดอกขาวมีผลต่ออมรับรสที่ลิ้น จะมีอาการชาลิ้น เมื่อสูบบุหรี่จะรู้สึกไม่มีรสชาติเหมือนที่เคยสูบ สอดคล้องกับการศึกษาของ คักดีวีชา ไชสวัสดิ์ และมนชยา มรรคอนันตโชติ<sup>12</sup> พบว่า ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ให้เหตุผลสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย และไม่ยอกสูบบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ มีอาการคลื่นไส้สูบแล้วรู้สึกอยากอาเจียน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จากการสอบถามผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หรือผู้ที่สามารถเลิกได้แล้วกลับไปสูบใหม่นั้นพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม กลุ่มเพื่อนเดิมๆ ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ทำให้เกิดความรู้สึกอยากสูบ ซึ่งไม่สามารถควบคุมตนเองไม่ให้สูบได้ หรือเกิดความเครียดจากปัญหาต่างๆ ทั้งเรื่องการทำงานและเรื่องส่วนตัว จึงยังคงใช้บุหรี่เพื่อลดความเครียด บางรายสามารถเลิกสูบได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ได้ไปดื่มสุรา ซึ่งสุราจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดน้อยลง เมื่อเกิดความรู้สึก

อยากสูบบุหรี่ จึงหวนกลับไปสูบใหม่ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ต้องใช้ความพยายามและกำลังใจอย่างมากในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปฏิบัติมาเป็นเวลานาน จึงทำให้ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับฐิติรัตน์ ซึ่งจิตต์<sup>19</sup> พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้มี 4 ปัจจัยหลักคือ สังสรรค์กับเพื่อนร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ ทะเลาะหรือประชดคนในครอบครัวร้อยละ 27.3 มีอาการอยากบุหรี่ร้อยละ 18.2 และร้อยละ 9 รู้สึกเหงาหรือเครียดจากการทำงาน แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่สูง โดยมีระดับความตั้งใจในการเลิกอยู่ในขั้นตัดสินใจเลิกถึงร้อยละ 97.96 จึงพยายามลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อศึกษาผลข้างเคียงของหย้าดอกขาวเพิ่มเติม
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของหย้าดอกขาวเปรียบเทียบกับยามาตรฐาน
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของหย้าดอกขาวในรูปแบบผลิตภัณฑ์อื่นที่สะดวกต่อการรับประทาน เช่น แคปซูล ลูกอม หมากฝรั่ง เป็นต้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลศัลยกรรมทวารที่สนับสนุนผลิตภัณฑ์ชาชงสมุนไพรหย้าดอกขาวที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. ประภิต วาทีสาธกกิจ. สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา. มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. เอกสารเผยแพร่.
2. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน : บุชบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล, ปรีชา มณฑานติกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). 2546; 153-74.
3. U.S.Department of Health and Human Services. Treatment tobacco use and dependence: A clinical practice guideline (AHRQ Publication No. 00-0032).
4. Saenghirunvattana, S. Smoking cessation. Rama Med J. 1991;22(1):4-10.
5. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือบัญชียาหลัก โรงพยาบาลศิริราช (อัดสำเนา). กรุงเทพมหานคร ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช;2548.
6. นริศรา ยิ้มแย้ม. หน้้าดอกขาวอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. จุลสารบุหรืและสุขภาพ. 2541; 8(1):15-6.
7. Dhar ML, Dhar D, DhawanBN, Mehrotra BN, Ray C. Screening of indian plants for biological activity : Part 1 . Indian J Exp Bio. 1968;6:232-47.
8. Muir CK . Depressant action of an extract of Vernonia cinerea. Med J Malasia. 1981; 36:119-21.
9. Pendse,A.K., Ghosh R, Goyal A, Singh PP. Effect of indigenous drugs on idiopathic hyperoxaluria in stone formers. Asian Medical Journal. 1984;2:136-9.
10. Marya SK, Singla S. Role of Cystone in management of Ureteric Calculi. Medicineand Surgery. 1993;December:21-4.
11. ฉวีวรรณ ดวงจรและคณะ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาสมุนไพรหน้้าดอกขาวกับยาหลอก ในการลดการสูบบุหรื. ในกลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย. รวมบทความวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. 2550.
12. ศักดิ์วิศา ไชสวัสดิ์, มนัชยา มรรคนันตโชติ. การศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดบุหรืด้วยการใช้หน้้าดอกขาวและธรรมชาติบำบัด ของโรงพยาบาลเทิงจังหวัดเชียงราย. นนทบุรี: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
13. ปรีดา เเบญจนากาศกุล. ประสิทธิผลของหน้้าดอกขาวในการเลิกบุหรื. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
14. Staff the Tobacco Use and Dependence Clinic Practice Guideline Panel, and Consortium Representative. A Clinic Practice Guideline for treating Tobacco Useand Dependence. A US Public Health Service Report JAMA .2000; 283(24):3244-54.

15. Kekade, S.R. Cystone Therapy in urolithiasis. *Probe*, 1985; 24(3):167-8.
16. การตรวจเลือดดูหน้าที่ของตับ. [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thailiverfoundation.org/th/cms/detail.php?id=27>.
17. Supakit Wongwiwatthanankit, Preeda Bebjanakaskul, Thanapat Songsak, Somporn Suwanmajo and Viroj Verachai. Efficacy of *Vernonia Cinerea* for smoking cessation. *J Health Res.* 2009;23(1):31-36.
18. Leelarungrayub D, Pratanaphon S, Pothongsunun P, Sriboonreung T, Yankai A, Bloomer RJ. *Vernonia cinerea* Less. supplementation and strenuous exercise reduce smoke rate: relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers. *J Int Soc Sports Nutr.* 2010;26(7):21.
19. ฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์. ประสิทธิภาพของบูโพรพิออน ในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.



นิพนธ์ต้นฉบับ

# ประสิทธิผลของการดำเนินงาน วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

เพ็ญศรี หงษ์พานิช ศน.ด.\*, พระเมธาวิจารย์ Ph.D., D.Ed.\*\*

สุวิญ รักษิตย์ Ph.D.\*\* , พระมหาสายรุ้ง อินทาวุโธ Ph.D.\*\*

\*มหาวิทยาลัยปทุมธานี, \*\*มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

**Abstract** The Effectiveness of the Temple Performance as a Centre for the Drug Addicts Rehabilitation

Hongpanich P,\* Phramedhavinaiyaros\*\*, Ruksat S,\*\*

PhramahaIndavudho S.\*\*

\*Pathumthani University.

\*\*Mahamakut Buddhist University.

This study was an evaluation research. Quantitative research, data collected before. Then bring important issue to analyze in-depth qualitative research method. The purpose of this research was to study : 1) the implementation of temples as a centre for drug addicts rehabilitation. 2) the Lord Buddha teaching about the Noble Eightfold Path as important tool of temple performance to be a centre of drug addicts rehabilitation. 3) the temples achievement of performance as a center of drug addicts rehabilitation. 4) to propose guidelines and new paradigms about how to make temples to be centres of drug addicts rehabilitation. The sampling groups were composed of four temples. These people

composed of both Buddhist monks and the commoners which were classified into two categories as; 1) thirty persons as the operational committees of the temples, and 2) one hundred and four drug addicts who were seriously rehabilitated.

Research results found that: 1) The performance of the temples as centres for the drug addicts' rehabilitation was at the "good" level. 2) The monk integrated the noble eightfold path (sila, smadhi, panya) for the drug addicts behavior modification, which their promise and practices get along very well with the sila, smadhi, panya of the Lord Buddha. 3) A comparison between before and after this intensive training for the drug addicts rehabilitation, it was found that: their perceptions about toxic of narcotic drugs were higher; their perceptions about the "noble eightfold path" were higher; their practice behavioral compliance Nobel Eightfold Path Increase over the previous training varies significantly statistical at a confidence level of 0.01, 4) The researcher were found new finding called "PENS Model" as follows :- 1) Promise : promise to be well-behaved persons forever. 2) Eclectic education: integration of intensive training both mundanely and spiritually to stay away from all bad things especially narcotic drugs. 3) Noble eightfold path: highly trained and practiced about panya, sila and samadhi. 4) Social support : strongly supports from three parts of the society network (home, temple and government) were strongly utilized as tools for navigating those drug addicts to return to the right way of their lives, made them to be good practice behaviors, leave the drug abuse, happy and became good citizen of the country.

*Keywords* : Drug addicts rehabilitation, Promise, Behavior modification, Noble eightfold path.

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล รูปแบบ CIPP Model ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษา 1) สภาพการดำเนินงานของวัด เป็นศูนย์ สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 2) คำสอนเกี่ยวกับหลักมรรคมีองค์ 8 ในการดำเนินงานของวัด เป็นศูนย์สงเคราะห์ฯ 3) ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ฯ และ 4) เพื่อนำเสนอ

แนวทางและองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดำเนินงานให้วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรของวัดศูนย์สงเคราะห์และผู้ติดยาเสพติด ที่ผ่านการรับรองเป็นสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตาม พรบ.ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย คณะกรรมการดำเนินงานของแต่ละวัดจำนวน 30 รูป/คน ผู้ติดยาเสพติดที่รับการสงเคราะห์และฟื้นฟูจากวัด (พระสงฆ์) จำนวน 104 คน

### ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอยู่ในระดับดี
2. พระสงฆ์ได้บูรณาการหลักมรรคมีองค์ 8 มาปรับพฤติกรรม โดยให้ผู้ติดยาเสพติด ตั้งสัจจะปฏิบัติกาย วาจา ใจให้สุจริต ตามหลักมรรคมีองค์ 8
3. ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พบว่า หลังการอบรมผู้ติดยาเสพติดมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การรับรู้เกี่ยวกับหลักมรรคมีองค์ 8 และพฤติกรรมตามหลักมรรคมีองค์ 8 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้วิจัยได้ค้นพบองค์ความรู้ใหม่ คือ กระบวนการปรับพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดตามหลักมรรคมีองค์ 8 คือ 1) การตั้งสัจจะ (Promise) โดยให้ผู้ป่วยตั้งสัจจะ รับผิดชอบ ทำความดี ละเว้นการทำชั่ว 2) พระสงฆ์ให้การศึกษผสมผสาน (Eclectic Education) บูรณาการทั้งทางโลกและทางธรรม 3) ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตนโดยดำเนินชีวิตตามหลักมรรคมีองค์ 8 (Noble Eightfold Path) คือให้ปฏิบัติกาย วาจา ใจให้สุจริต ตามหลัก ศีล สมาธิ ปัญญา 4) ให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยการสร้างเครือข่ายในสังคม เช่น บ้าน วัด รัฐบาล (บวร) ร่วมมือกันเฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้มีจิตใจเข้มแข็งในการเลิกยาเสพติด พันทุข์ มีความสุข เป็นคนดีของสังคม โดยใช้รูปแบบ “PENS Model”

**คำสำคัญ :** การฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การตั้งสัจจะ การปรับพฤติกรรม มรรคมีองค์ 8



## บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดถือว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงของประเทศชาติซึ่งต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน จึงพบว่ามี การจับกุมผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาดำเนินคดี เพราะมีผู้เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 3 ล้านคน ปัจจุบันมีผู้ต้องขังมากกว่าร้อยละ 60 หรือจำนวน 2 ใน 3 ของผู้ต้องขังทั้งหมดเป็นนักโทษที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษผู้ที่ติดยาเสพติดให้โทษส่วนใหญ่เป็นเด็ก และเยาวชน<sup>1</sup> ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรสำคัญต่อความมั่นคงของประเทศชาติ เมื่อพ้นโทษออกมาก็จะหางานทำได้ยากเพราะมีประวัติต้องคดียาเสพติด เป็นเหตุให้กลับเข้าสู่วงจรเดิม พระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณเป็นผู้ทรงคุณค่าที่ได้รับความเชื่อถือว่ามีคุณธรรมประกอบด้วยความเมตตา มีองค์ความรู้ มีความจริงใจสามารถถ่ายทอดสัจธรรมของชีวิต เป็นผู้นำให้คนปฏิบัติตามสัมมาทิฐิที่ส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตในการที่สังคมเล็งเห็นความสำคัญอันทรงคุณค่านี้ วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะสามารถช่วยพัฒนา gloom เกลาตันจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถมีความเห็นตรง (สัมมาทิฐิ) และได้แนวทางที่จะพัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด

การดำเนินงานในการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดให้ได้ผล จะต้องยึดพื้นที่เป็นหลัก โดยให้ความสำคัญในการป้องกันควบคู่กับการเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ กรมศาสนา กระทรวง

ศึกษาธิการ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรี จึงได้ร่วมกันจัดทำข้อตกลง 3 ฝ่าย เรื่องการให้วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดขึ้น และมีการลงนามร่วมมือกันเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2544<sup>2</sup>

จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันมีวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 21 แห่ง<sup>3</sup> นับตั้งแต่ สมเด็จพระญาณสังวรสมเด็จพระสังฆราช สกลมหาปรินายก ได้ทรงลงพระนามอนุมัติดำเนินโครงการ วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เมื่อเดือนกันยายน 2544 เป็นต้นมา ยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ดังนั้น จากผลการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 213 แห่ง ที่สามารถได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติของกระทรวงสาธารณสุข จึงควรจะศึกษาเพื่อนำรูปแบบปฏิบัติ และเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจสู่การปรับปรุงและแก้ไขอย่างจริงจังแก่สถาบันและองค์กรต่างๆ ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจจัดทำโครงการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดขึ้น เพื่อรวบรวมหลักฐานข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อดี ข้อด้อย และปัญหาอุปสรรคผลกระทบของการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสนอแนะ เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไข เป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการงานอันเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวางและครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. สภาพการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
2. ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
3. นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด** หมายถึง วัดหรือสำนักสงฆ์ ที่ได้จัดพื้นที่บางส่วนเป็นที่ให้การสงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีรูปแบบเฉพาะ โดยพระสงฆ์บูรณาการหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาบำบัดพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติด ในรูปแบบของกิจกรรมการอบรมหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความรู้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา โดยเฉพาะการนำหลักมรรคมีองค์ 8 มาบูรณาการปรับพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดให้ดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงตามหลักทางสายกลาง ให้ทำความดีละเว้นการทำชั่ว

**ผู้ติดยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และไม่มีโรค

แทรกซ้อนทางกายและทางจิต ไม่มีอาการทางยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัดหรือระบบสมัครใจ

**มรรคมีองค์ 8** หมายถึง ทางอันประเสริฐ ประกอบด้วยองค์ 8 ประการ ได้แก่ สัมมาทิฐิ สัมมาสังกัปปะ สัมมาวาจา สัมมากัมมันตะ สัมมาอาชีวะ สัมมาวายามะ สัมมาสติ สัมมาสมาธิ ซึ่งตรงกับ ศีล สมาธิ ปัญญา ในหลักไตรสิกขา

**การปรับพฤติกรรมตามหลักมรรคมีองค์ 8** หมายถึง การนำหลักมรรคมีองค์ 8 มาบูรณาการปรับพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดให้ดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงตามหลักทางสายกลาง โดยการฝึกปฏิบัติ ปฏิบัติกาย วาจา ใจให้สุจริต ฝึกเจริญสติ ทำสมาธิ ฝึกภาวนาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดปัญญารับรู้ สามารถรักษาศีล จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลักธรรมมรรคมีองค์ 8 ได้ ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตนดังกล่าวนี้ จะวัดได้จากการที่บุคคลมีความคิดดี การพูดดี การทำดี

การคิดดี พูดดี ทำดี ตามหลักมรรคมีองค์แปด สามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตและจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และผ่านการทดสอบและแก้ไขเป็นที่เชื่อถือได้แล้ว

**การประเมินแบบชิปโมเดล (CIPP Model)** หมายถึง รูปแบบการประเมินผล โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ประเภท คือ 1) Context Evaluation หมายถึง การประเมินสภาวะแวดล้อมต่างๆ ของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 2) Input Evaluation หมายถึง การประเมินด้านบริหาร

จัดการองค์กร 3) Process Evaluation หมายถึง การประเมินกระบวนการหรือหลักธรรมที่นำมาใช้ในการพัฒนาปรับพฤติกรรมฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

4) Product Evaluation หมายถึง การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

**การรับรู้ต่อมรรคมีองค์ 8** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการประพฤติตนเป็นคนดี โดยมีความคิดดี พูดดี ทำความดี มีความเชื่อในเรื่องกรรม ละอาย และเกรงกลัวต่อบาป ไม่พยาบาทให้อภัยผู้อื่น (มีปัญหา) การพูดดี ได้แก่ ไม่พูดคำเท็จ ไม่พูดคำหยาบ ไม่พูดเพื่อเจ้อ การกระทำดี ได้แก่ ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักทรัพย์ ไม่ประพฤติผิดในกาม คบเพื่อนที่ดี ประกอบอาชีพสุจริต ไม่คดโกง ไม่ค้ายาเสพติด ของผิดกฎหมาย มีความเพียรชอบ ระลึกชอบ ตั้งจิตมั่น แก้ไขปัญหาอย่างสุขุม

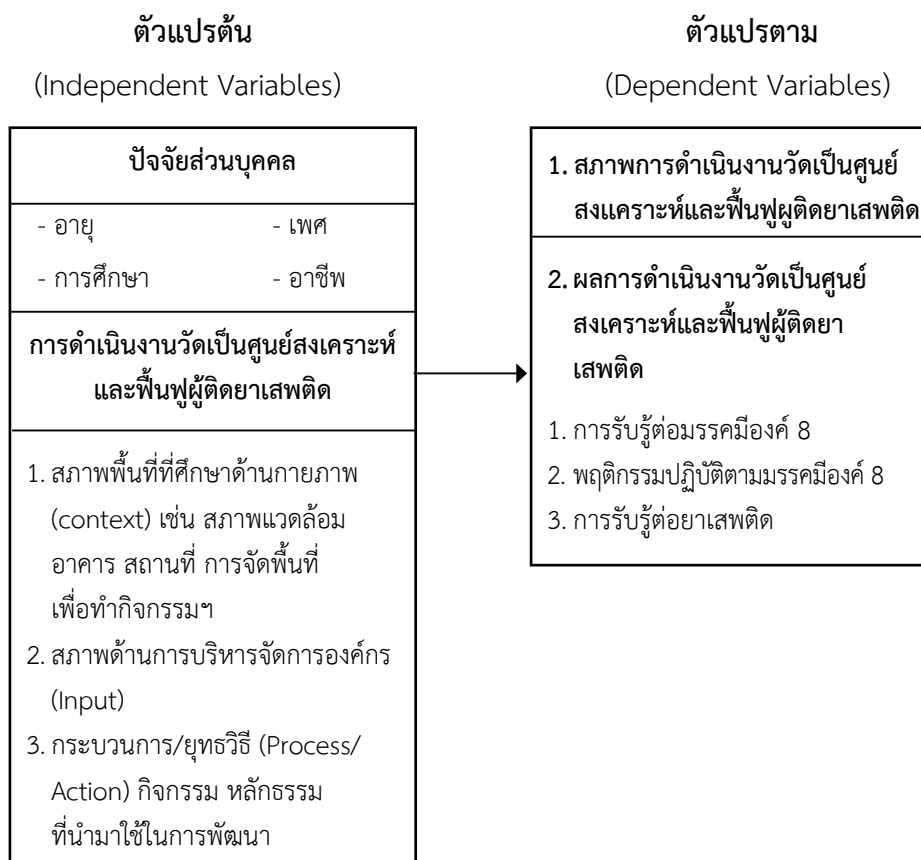
**พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักมรรคมีองค์ 8** หมายถึง การดำเนินชีวิต หรือวิถีทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความคิด และพฤติกรรมประจำวัน ในการปฏิบัติตนตามหลักมรรคมีองค์ 8 ตามหลักมรรคมีองค์ 8 ระดับโลกียะ คือ การทำความดี ละเว้นความชั่วทุกชนิด ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรมอันดี (ระดับศีล 5)

**การรับรู้ต่อยาเสพติด** หมายถึง ความรู้สึก และความคิดต่างๆ ที่มีเกี่ยวกับยาเสพติดในด้านต่างๆ ซึ่งได้แก่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการติดยาเสพติด การรับรู้ต่ออันตรายพิษภัยของยาเสพติด และการรับรู้ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันฟื้นฟูแก้ไข ปัญหาการติดยาเสพติด

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัยโดยนำรูปแบบ CIPP Model มาประเมินผลการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

1. ตัวแปรแทรกซ้อน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ
2. ตัวแปรต้น คือ การดำเนินงานของวัดฯ ได้แก่
  1. สภาพพื้นที่ที่ศึกษาด้านกายภาพ (Context)
  2. สภาพด้านการบริหารจัดการองค์กร (Input)
  3. กระบวนการ/ยุทธวิธี (Process/ Actions)
3. ตัวแปรตาม 1) การรับรู้ต่อมรรคมีองค์ 8 2) พฤติกรรมปฏิบัติตามหลักมรรคมีองค์ 8 3) การรับรู้ต่อยาเสพติด ซึ่งรายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงสรุปกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโดยใช้ CIPP Model สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลาก จากวัดที่เป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้มาจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ วัดสะพาน กรุงเทพฯ วัดตาไ้พลวง จังหวัดบุรีรัมย์ วัดวังผาแดง จังหวัดกาญจนบุรี วัดพุทธคามนิคม จังหวัดกาฬสินธุ์

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พระสงฆ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ และผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 104 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1) ต้องเป็นวัดและบุคคลที่กำลังดำเนินงานวัด

เป็นศูนย์สงเคราะห์ที่อยู่ประจำขณะทำการวิจัย  
2) รูปแบบและกิจกรรมที่ดำเนินการต้องจัดให้มีขึ้น  
ภายในปีที่ทำการวิจัย 3) เอกสารที่ศึกษาต้องเป็น  
สิ่งที่ดำเนินการภายในปีที่ทำการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์  
เชิงลึก สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล  
ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงานวัดเป็น  
ศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำนวน  
4 แห่ง โดยคัดเลือกจากวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และ  
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่มีผู้เชี่ยวชาญที่เคยเป็น  
วิทยากรในการประชุมวิชาการเสพติดแห่งชาติ  
1 แห่ง และผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทหน้าที่เป็น  
ผู้อำนวยการวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ รวม 6 รูป  
1 คน และคัดเลือกผู้ป่วยจากวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์  
ทั้ง 4 แห่งๆ ละ 10 คน รวม 40 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ  
1) ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานวัดเป็นศูนย์  
สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดไม่น้อยกว่า 5 ปี  
2) ต้องเป็นผู้กำลังดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์  
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในปีที่ทำการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม  
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็นด้านแบบสอบถาม  
และแบบสัมภาษณ์

1. แบบสอบถามผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับสภาพ  
การดำเนินโครงการ “วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และ  
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด” ตามความคิดเห็นของ  
ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารสถานสงเคราะห์ฯ พระสงฆ์  
วิทยากรฆราวาส เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ร่วมดำเนินการ  
ผู้ป่วยและญาติ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพ

การดำเนินงานโครงการ “วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์  
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด” ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน  
คือ 1) สภาพการจัดการวัดด้านศักยภาพ คือ  
สภาพแวดล้อม อาคารสถานที่ การจัดพื้นที่เพื่อทำ  
กิจกรรม ฯลฯ 2) สภาพด้านจัดการบริหาร และ  
แผนการดำเนินงาน เช่น การบริหารจัดการองค์กร  
หลักเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติและบทบาทพระสงฆ์  
ในการช่วยเหลือผู้ติดยาฯ 3) กระบวนการ ยุทธวิธี  
กิจกรรม ขั้นตอนกิจกรรมการฝึกแก้ปัญหา หลัก  
พุทธธรรมที่นำมาจัดกิจกรรมฝึกอบรม คำถาม  
ในส่วนนี้มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดย  
จัดแบ่งเป็น 5 ระดับของคุณภาพของการดำเนินงานฯ  
ได้แก่ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง  
ระดับพอใช้ และระดับที่ควรปรับปรุง ซึ่งมีระดับ  
เป็นคะแนน 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, และ 1  
รวมจำนวน 68 ข้อ การสัมภาษณ์ โดยนักวิจัย  
ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญการดำเนินงาน  
วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ ตามเค้าโครงแบบสัมภาษณ์  
เชิงลึก และสัมภาษณ์กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่รับ  
การบำบัดวัดละ 10 คน รวม 40 คน แบบสอบถาม  
ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดย  
ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพระพุทธศาสนา และทางด้าน  
เครื่องมือวิจัย จำนวน 5 รูป/คน พิจารณาตรวจสอบ  
แก้ไขปรับปรุงแล้วนั้น นำมาคำนวณหาค่า  
ความสอดคล้องแบบ IOC ได้ค่าระหว่าง 0.8-1.00

2. แบบสอบถามผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการรับรู้ เกี่ยวกับหลัก  
มรรคมีองค์ 8 ของผู้ติดยาเสพติด จะเป็นข้อคำถาม  
เกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น ซึ่งมีทั้ง  
ทางบวก และทางลบ ครอบคลุมหลักอริยมรรค

หรือมรรคองค์ 8 แต่ละองค์ๆ ละ 4 ข้อ จำนวน 32 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลักมรรคมีองค์ 8 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยให้ผู้ตอบบอกถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับการมีความคิดดี พุทธิ ทำดี ตามหลักมรรคมีองค์ 8 แต่ละองค์ๆ ละ 4 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77

2.3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น ซึ่งมีทั้งทางบวก และทางลบ เกี่ยวกับยาเสพติด และการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำนวน 30 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอหนังสือแจ้งประสานงานกับผู้อำนวยการวัดเป็นศูนย์

สงเคราะห์ เพื่อทราบ เตรียมจัดหาและกำหนดบุคลากรเพื่อร่วมในการวิจัยและจัดหากุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย กรณีงานวิจัยเชิงปริมาณให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและรับคืนด้วยตัวเอง กรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการสัมภาษณ์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การประเมินผลการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามรูปแบบ CIPP Model โดยการวิจัยปริมาณใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย  $\bar{X}$ , S.D., Pair t-test., Simple Correlation ส่วนการวิจัยคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## ผล

1. สภาพการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสภาพการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

สภาพการดำเนินงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านกายภาพ	4.05	0.92	ดี
ด้านบริหารจัดการและแผนการดำเนินงาน	3.71	0.38	ดี
ด้านกระบวนการยุทธวิธี/กิจกรรม	4.00	0.56	ดี
รวม	3.85	0.63	ดี

จากตารางที่ 1 สภาพการดำเนินงานของวัด เป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยรวมอยู่ในระดับดีทั้ง 3 หมวด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 คือ ด้านศักยภาพ ด้านบริหารจัดการและ

แผนการดำเนินงาน และกระบวนการยุทธวิธี/กิจกรรม

## 2. เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ระหว่างก่อนอบรมฟื้นฟูและหลังได้รับการอบรมฟื้นฟูในผู้ติดยาเสพติด

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การรับรู้ต่อมรรคมืองค์ 8 และ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักมรรคมืองค์ 8 (n=104)

ตัวแปร	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	2.878	0.193	3.275	0.184	7.382	<0.01*
การรับรู้เกี่ยวกับหลักมรรคมืองค์ 8	2.837	0.193	3.07	0.238	4.767	<0.01*
พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักมรรคมืองค์ 8	3.967	0.473	4.868	0.509	7.139	<0.01*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พบว่าหลังการอบรม ผู้ติดยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการติดยาเสพติด การรับรู้ต่อหลักมรรคมืองค์ 8 และ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักมรรคมืองค์ 8 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.01 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ได้แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“การที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกยาเสพติดได้ ก็ต้องสอนบูรณาการหลายอย่าง ต้องสอนให้มีสัมมทัญญูแล้วเขาจะรู้จักผิดชอบชั่วดี ให้ยึดความพอเพียง คนเราถ้าเดินทางสายกลาง

ไม่ฟุ่มเฟือย รู้จักปล่อยวาง ไม่เอาฆาตใคร คนเราไม่โลกพอเพียง ไม่โกรธแค้น ก็ยอมไม่เดือดร้อน ให้พิจารณาสิล ทั้งเข้าและเย็น พยายามรักษาศีล ให้อยู่ในดวงใจ คนมีศีลก็ยอมมีเมตตาเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ให้พยายามทำความดี ทั้งกาย วาจา ใจ พยายามฝึกให้มีสติ สมาธิ ปัญญา ให้พยายามทำความดี ละชั่วอบายมุขสิ่งเสพติดทั้งปวง”

### 3. จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการสังเคราะห์ข้อมูลจากเชิงคุณภาพแล้วสรุปผลการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ตามหลักมรรคมืองค์ 8 ได้ดังนี้

3.1 การตั้งสัจจะ (Promise = P) โดยให้ผู้ติดยาเสพติดเลือกกำหนดพฤติกรรมที่จะ

กระทำเองดังต่อไปนี้ 1) กำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น บำเพ็ญตนตามหลักเบญจศีล เลิกยาเสพติด 2) ตั้งเป้าหมายกระทำความดี (มีพฤติกรรมทางบวก) ตามที่กำหนดไว้ 3) สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน เช่น ฉันต้องทำตามสัจจะได้อย่างแน่นอนจนทำแล้วจะเกิดผลดี 4) เพียรพยายามควบคุมตนเองให้กระทำตามสัจจะที่ตั้งไว้โดยไม่ย่อท้อ ใช้ความเพียรอย่างแรงกล้า เพียรอย่างไม่ถอยกลับ

3.2 ให้ การศึกษาและฝึกอบรมตามหลักธรรมอย่างหลากหลาย (Eclectic Education = E) โดยให้การศึกษาอบรมผสมผสานบูรณาการทั้งทางโลกและทางธรรม ได้แก่ การฝึกทักษะอาชีพ เล่นกีฬา ออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ฝึกวินัย ให้การฝึกอบรมคุณธรรมจริยธรรม ตามหลักศีล สมาธิ ปัญญา

3.3 การฝึกปฏิบัติตามหลักมรรคมีองค์ 8 (Noble Eightfold Path=N) หมายถึง การฝึกปฏิบัติให้ดำเนินชีวิตตามหลักธรรมมีองค์ 8 ได้แก่ การให้ความรู้ตามความเป็นจริงของชีวิต การฝึกอบรมด้านศีล สมาธิ การพัฒนาปัญญา ให้ทำดี ละชั่ว เลิกยาเสพติดและเป็นคนดีของสังคมให้ได้

3.4 การให้ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support = S) เป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยจัดให้มีการประชุมสร้างความเข้าใจกับเครือข่ายในสังคม เช่น บ้าน วัด รัฐบาล (บวร) ต่างมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ ร่วมมือกันช่วยเหลือติดตาม ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมดีเพื่อมิให้กลับไปเสพซ้ำ

สรุปได้ว่า กระบวนการปรับพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดโดยนำหลักมรรคมีองค์ 8 มาบูรณาการในการดำเนินงาน พบว่า “สัจจะ” เป็นองค์ธรรมที่ช่วยเกื้อหนุนให้เกิดความมั่นคง แก่กล้าแก่จิตใจ ช่วยต้านทานความเสี่ยงต่อการเกิดทุกข์ ช่วยให้มึล่งจิตเลิกยาเสพติด หรือทำลายกิเลสหรือโรคทางจิตได้ เป็นสิ่งที่ผู้ติดยาเสพติดตั้งใจกระทำให้สำเร็จเอง มิได้เกิดจากการบังคับ จึงไม่เกิดแรงต้าน เมื่อกระทำสำเร็จ เขาจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงถือว่าเป็นการสร้างภูมิคุ้มกัน ความเสี่ยงต่อการเกิดทุกข์ที่เข้มแข็ง นับได้ว่าการตั้งสัจจะและการให้การศึกษาอบรมที่หลากหลายทั้งทางโลกและทางธรรมร่วมกับการฝึกปฏิบัติให้ดำเนินชีวิตตามหลักมรรคมีองค์ 8 รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดปัญญา สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามหลักมรรคมีองค์ 8 คือ ทำดี ละชั่ว เลิกยาเสพติดและเป็นคนดีสังคมได้ ดังนั้นจึงควรนำหลักมรรคมีองค์ 8 (ศีล สมาธิ ปัญญา) มาบูรณาการในกระบวนการปรับพฤติกรรม เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านพฤติกรรมในกลุ่มบุคคลอื่นๆ ต่อไป องค์ความรู้ที่ค้นพบใหม่นี้จึงเรียกว่า “PENS Model”

## วิจารณ์

1. สภาพการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ด้านกายภาพ ด้านบริหารจัดการองค์การ กระบวนการ/กิจกรรม ประสิทธิภาพ การดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟู



ผู้ติดยาเสพติด อยู่ในระดับดี ทำให้ผู้ติดยาเสพติด รู้สึกสะดวกสบายจึงช่วยให้ปฏิบัติตนตามหลักธรรมมรรคมีองค์ 8 ได้ถูกต้อง สามารถอดทนอยู่รับการบำบัดฝึกรอบรมให้เกิดปัญญา จากการถือศีล ฝึกสมาธิอย่างเคร่งครัดได้จนครบตามกำหนด และสามารถเลิกยาเสพติดได้ในที่สุด สอดคล้องกับมงคลที่<sup>4</sup> ในพระสุตตันตปิฎก ขุททกนิกายที่ว่า “ปฏิรูปเทสวาโสเอตมมมงคลมุตตม” การอยู่ในถิ่นที่เหมาะสมเป็นอุดมมงคล<sup>4</sup> และสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ที่เน้นว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของมนุษย์<sup>5</sup> สอดคล้องกับอ่อนเดือน เทียนทอง ที่ได้ประเมินผลกิจกรรมลานวัด ลานใจ ลานกีฬา โดยวัดที่เข้าร่วมโครงการในจังหวัดสมุทรปราการมีกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชน เยาวชนเข้าวัดทำบุญ ปฏิบัติธรรม เล่นกีฬา ออกกำลังกาย เกิดพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมแก่จิตใจและพัฒนาร่างกายตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชนองค์กรท้องถิ่นร่วมกันจัดกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็นการแก้ปัญหาการเสพสารเสพติดและพฤติกรรมเบี่ยงเบนให้ลดลง<sup>6</sup> และสอดคล้องกับไพศาล บันแดน ที่ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชนตามโครงการอบรมประชาชนประจำตำบลจังหวัดแพร่ พบว่า แนวคิดของนักการศึกษาทั้งฝ่ายบรรพชิตและคฤหัสถ์มีความเห็นว่าสถาบันสงฆ์ควรเข้าไปร่วมในการพัฒนาชุมชนทั้งด้านจิตและวัตถุ<sup>7</sup>

2. ผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พบว่า หลังการอบรมผู้ติดยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ย

1) การรับรู้ต่อยาเสพติดเพิ่มขึ้น และ 2) การรับรู้ต่อหลักมรรคมีองค์ 8 เพิ่มขึ้น อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ติดยาเสพติด คือ “โมหะ” หรือ อวิชชา คือ ความไม่รู้ หลังได้รับการอบรมศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งเป็นการการฝึกจิตที่เข้มแข็งแล้วจึงช่วยลดโมหะ จริตช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับท่านพุทธทาสภิกขุได้กล่าวเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลไว้ว่า “การพัฒนาจิตนั้นแหละคือการพัฒนาชีวิต และการพัฒนาชีวิตก็คือการพัฒนาจิต จะเรียกว่าเป็นสิ่งเดียวกันก็ได้ ชีวิตเป็นสิ่งที่พัฒนาได้ ผลของการพัฒนาจิต คือ มรรค ผล นิพพาน”<sup>8</sup> สอดคล้องกับพระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช) อธิบายว่า จิต คือ ธรรมชาติที่นึกคิดอารมณ์ ธรรมชาติที่รู้อารมณ์ ความคิด ธรรมชาติที่วิจิตร ธรรมชาติที่สังสมกุศลและอกุศล ฯลฯ จิตโดยทั่วไปแปลว่า ใจจิตมีลักษณะรับ จำ คิด รู้อารมณ์ที่ผ่านเข้ามาทางตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จัดเป็นนามธรรม คู่กับกายซึ่งเป็นรูปธรรม<sup>9</sup> สอดคล้องกับหลักพระพุทธศาสนาตามคัมภีร์ พระอภิธรรมมัตถสังคหะ ที่กล่าวถึงเรื่อง จิต (วจนัตถะ) ไว้ว่า “จินตนมตฺตํ จิตตํ” ธรรมชาติที่รู้อารมณ์ ได้รับอารมณ์ ชื่อว่าจิต, หรือ อีกนัยหนึ่ง “จิตตํ กโรตติ จิตตํ” ธรรมชาติใดทำความเป็นอยู่ของสัตว์ทั้งหลายให้วิจิตร<sup>10</sup> และสอดคล้องกับพระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต) ที่กล่าวว่า การฝึกหรือศึกษา คือ กระบวนการศึกษา ที่พัฒนามนุษย์ให้โพธิปรากฏขึ้น จนในที่สุดทำให้กลายเป็นพุทธะ<sup>11</sup>

3) พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักธรรมมรรคมีองค์ 8 เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับพระไตรปิฎกที่ประมวลไว้ว่า สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า

ทรงนำเอาอริยมรรค หรือ มรรคมืองค์ 8 มาใช้ในการอบรมให้การศึกษาในรูปแบบไตรสิกขา เพื่อช่วยให้เกิดปัญญา สามารถแก้ไขปัญหาคความทุกข์ให้สำเร็จ จนทำให้พ้นทุกข์ ประสบสุขอันไพบูรณ์ได้ในที่สุด<sup>12</sup> ในที่นี้หมายถึง ช่วยให้ผู้ติดยาเสพติด ปฏิบัติพฤติกรรมตามหลักมรรคมืองค์ 8 คือ ทำดี ละชั่ว ช่วยแก้ปัญหาด้านจิต จนยุติการเสพติดได้ จึงสมควรนำหลักมรรคมืองค์ 8 (ศีล สมาธิ ปัญญา) มาบูรณาการในกระบวนการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดต่อไป

3. อภิปรายผลการวิจัย พบว่า องค์ความรู้ใหม่ “การปรับพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดตามหลักมรรคมืองค์ 8 หลักธรรมที่นำมาใช้ เรียกว่า “PENS Model” ประกอบด้วย การตั้งสัจจะ(Promise) ถือศีล และให้การศึกษาแบบผสมผสาน (Eclectic Education) ทั้งทางคตโลกและคตธรรม รวมทั้งการอบรมให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามหลักธรรมมรรคมืองค์ 8 (Noble Eightfold Path) ตลอดจนถึงการให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) พบว่า การกระทำใดๆ ที่มีความตั้งใจย่อมเกิดผลสำเร็จได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะ “การตั้งสัจจะ” ซึ่งสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงพบว่าสัจจะเป็นองค์ธรรมประเภทหนึ่ง ที่ได้ทรงนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิต และได้ทรงพบกับประโยชน์อันมีค่าอย่างยิ่ง<sup>13</sup> การตั้งสัจจะในที่นี้เพื่อให้ผู้รับการบำบัดระลึกถึงสัจจะ คือ พุทธอย่างไรจะต้องทำอย่างนั้น เมื่อตั้งสัจจะปญญาณที่จะถือศีล จะตั้งใจจริงอย่างมุ่งมั่น เพียรอย่างแรงกล้า อดทนข่มใจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตามสัจจะให้สำเร็จอย่างไม่ย่อท้อ

และถือศีลอย่างเคร่งครัดได้ก็จะช่วยให้มีพลังพัฒนาสมรรถภาพและประสิทธิภาพของจิตใจให้เข้มแข็ง จนสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ ทั้งนี้เพราะคนทุกคนมีใจเป็นใหญ่ ใจเป็นผู้นำทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกอย่างจะสำเร็จได้ด้วยใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักพระพุทธศาสนาที่ว่า “มโน ปุพฺพกมา ธมฺมา มโนเสฏฺฐา มโนยา”<sup>14</sup> อีกทั้งการตั้งสัจจะยังเป็นสิ่งที่ผู้ติดยาเสพติดตั้งใจกระทำให้สำเร็จเอง มิได้เกิดจากการบังคับ จึงไม่เกิดแรงต้าน เมื่อกระทำสำเร็จ บุคคลจะเกิดความรู้สึกรู้สึกภูมิใจมีคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยเกื้อหนุนให้เกิดความมั่นคงแก่ตัวแล้วแก้จิตใจ จึงถือว่า “สัจจะ” เป็นองค์ธรรมที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันทาน ความเสี่ยงต่อการเกิดทุกข์ที่เข้มแข็ง ช่วยให้พลังจิตทำลายกิเลสหรือโรคทางจิตจนสามารถเลิกอบายมุข สิ่งเลวชั่วต่างๆ โดยเฉพาะเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด และเปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่ให้เป็นคนดีของสังคม ชีวิตจะมีความเป็นอยู่ดีขึ้นได้อย่างแน่นอน

ส่วนการฝึกสอนให้การศึกษาผสมผสานทั้งทางโลกและทางธรรมโดยฝึกสมาธิมาอาชีพเพื่อให้นำไปประกอบอาชีพที่สุจริตตามความถนัดแต่ละคน เพื่อประโยชน์ และความสุขเนื่องจากการทำงานช่วยลดความฟุ้งซ่าน เพราะการทำงานทำให้ต้องมีสติ จิตใจจดจ่อกับงาน เท่ากับได้ทำสมาธิไปในตัวด้วย โดยเฉพาะบุคคลวัยแรงงานต้องทำงานเพื่อคุณค่าแห่งชีวิต และเมื่อทำงานสำเร็จคนเราก็จะมีความสุข สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของอับราฮัม มาสโลว์

(Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ที่ว่ามนุษย์จะตอบสนองความต้องการทั้งหมดอย่างมีลำดับชั้นตามความสำคัญของความต้องการและตามความพึงพอใจรวมทั้งความต้องการที่ได้รับการยอมรับและยกย่องจากสังคม (Self-Esteem) ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs) มนุษย์อยากพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองให้สูงขึ้น<sup>15</sup> ดังนั้นคนเราจึงต้องทำงานเพื่อจะได้มีความภาคภูมิใจและมีความสุขมีคุณค่าแห่งชีวิต คนที่เห็นคุณค่าในชีวิต จึงจะมีแรงจูงใจสร้างความก้าวหน้าขั้นต่อไป มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สอดคล้องกับพระพุทธทาส อินทปญโญ กล่าวว่า “การปฏิบัติธรรม คือการทำงานถูกต้อง การงานที่บริสุทธิ์ เรียกว่าทำงานเพื่องานทำงานเพื่อกิเลส คือ ทำงานเพื่อเงิน งานบริสุทธิ์ต้องประกอบไปด้วยธรรมตั้งแต่ต้นจนปลาย<sup>16</sup> นอกจากการฝึกสมาธิแล้ว สิ่งสำคัญในการให้การศึกษาต้องเน้นให้ฝึกปฏิบัติตามหลักมรรคมืองค์ 8 เพื่อช่วยลดโมหะจริตของผู้ติดยาเสพติดให้เป็นคนดีของสังคม การฝึกหรือให้การศึกษา จะช่วยให้มีปัญญา มีสัมมาทิฐิมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดคุณธรรม จริยธรรม จิตจะมีสัมมาทิฐิ “จิต” ที่มีสัมมาทิฐิจะรู้ว่าสิ่งใดผิดสิ่งใดถูก รู้ผิดชอบ ชั่วดี ไม่เดินทางผิด เลือกลงถูก สามารถดำเนินชีวิตตามหลักมรรคมืองค์ 8 องค์ธรรมอื่นๆ จึงตามมา เมื่อมีสัมมาทิฐิเป็นองค์มรรคเบื้องต้นเกิดขึ้นแล้ว สอดคล้องกับพระธรรมปิฎก ว่าการฝึกหรือศึกษา คือ กระบวนการศึกษา ที่จะฝึกหรือพัฒนามนุษย์ให้โพธิปรากฏขึ้น จนในที่สุดทำให้

มนุษย์ทั้งหลายเป็นพุทธะ หลักคำสอนในพระพุทธศาสนาทรงสอนในทุกระดับชั้น โดยให้ความสำคัญในเรื่องจิตใจของมนุษย์ พระพุทธองค์ทรงสอนตั้งแต่ชั้นระดับปรับพื้นฐานของจิตใจให้มีความสุขและเผชิญกับปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นความทุกข์ได้อย่างไม่เดือดร้อน แม้ระดับซึ่งเป็นทางไปสู่ระดับหลุดพ้นจากความทุกข์ จนถึงนิพพาน<sup>17</sup> พระพุทธองค์ก็ยังทรงสอนให้การดำเนินชีวิตตามหลักอริยมรรคหรือมรรคมืองค์ 8 ของผู้ครองเรือนที่เรียกว่า ระดับโลกียะพระพุทธองค์ทรงแสดงสิ่งที่ยังต้องศึกษา คือ ผู้ที่ยังไม่หมดกิเลส ยังต้องศึกษาอยู่ คือ กระบวนการศึกษา ที่จะฝึกหรือพัฒนามนุษย์ นั่นคือช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดปัญญาเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามหลักมรรคมืองค์ 8 คือ ทำดี ละชั่ว เลิกยาเสพติดและเป็นคนดีของสังคมได้

สรุป การดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามหลักมรรคมืองค์ 8 ประกอบด้วยให้ผู้รับการบำบัด ตั้งสัจจะ (Promise) ทำความดีถือศีล 5 เลิกอบายมุข สิ่งเลวชั่วต่างๆ และให้การศึกษาแบบผสมผสาน (Eclectic Education) ทั้งทางโลกและทางธรรม รวมทั้งการอบรมให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามหลักมรรคมืองค์ 8 (Noble Eightfold Path) การให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีศีลธรรม จริยธรรมดีขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยเหลือเกื้อหนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความมั่นคงแก่กล้า แก่จิตใจ เกิดปัญญา เห็นสาเหตุของปัญหาของตน

ช่วยให้มีพลังจิตทำลายกิเลสหรือโรคทางจิต มีความเพียรพยายามเผชิญปัญหา หาทองแก้ไข พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ข้อบกพร่อง ละเว้น อบายมุข โดยเฉพาะละเลิกเสพยาเสพติด เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ให้เป็นคนดีของสังคม ช่วยให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ดีขึ้นได้ในที่สุด รวมเรียก หลักการนี้ว่า “PENS Model”

### ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศาสนา และวัฒนธรรม ควรประสานความร่วมมือกับ รัฐบาลกำหนดนโยบายและแผนงาน เพื่อพัฒนา พฤติกรรมทรัพยากรมนุษย์ โดยนำกระบวนการ ปรับพฤติกรรมซึ่งเน้นการฝึกปฏิบัติตามหลักธรรม มรรคมีองค์ 8 ตามขั้นตอน PENS Model มาเป็น กรอบในการพัฒนาพฤติกรรมบุคคลให้เป็นคนดี มีคุณธรรม เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีจิตใจที่ ละอายต่อบาปไม่มีพฤติกรรมคอร์รัปชั่น ไม่คอร์รัปชั่น โดยเฉพาะในเด็กนักเรียนซึ่งเป็นเยาวชนของชาติ เพราะการพัฒนาให้ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง

ดีงามได้รวดเร็วตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยป้องกัน พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ไว้ตั้งแต่ต้น ย่อมทำให้ บุคคลมีชีวิตอยู่ในช่วงที่มีความสุขได้ยืนยาว สังคมก็จะมีความสุขตามไปด้วย

2. กระบวนการการปรับพฤติกรรมซึ่งเน้น บูรณาการฝึกปฏิบัติดำเนินชีวิตตามหลักมรรค มีองค์ 8 (PENS Model) ครั้งนี้ทำการวิจัยเฉพาะ ผู้ติดยาเสพติด ควรทดลองทำวิจัยในวัยรุ่นน กลุ่มอาชีวศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ระดับอุดมศึกษาต่อไป โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ให้มากพอเพื่อนำผลการวิจัยไปกำหนดนโยบาย พัฒนาคุณภาพการดำเนินชีวิตตามหลักธรรม ทางพระพุทธศาสนาของประเทศชาติต่อไป

3. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตตามหลักธรรม มรรคมีองค์ 8 ของเยาวชน ระดับปฐมศึกษา หรือ มัธยมศึกษาตอนต้นเพื่อทราบแนวโน้มพฤติกรรม ของทรัพยากรบุคคลของประเทศ และแก้ไขได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

## เอกสารอ้างอิง

1. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน. บรรยายในการประชุมวิชาการเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 10. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์; 2552.
2. กัญญา ภูระหงษ์, ผู้เรียบเรียง. คู่มือการดำเนินงานวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
3. สถาบันธัญญารักษ์. รายชื่อวัดที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2552 เอกสารการประชุมวิชาการเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 10. วันที่ 20-22 กรกฎาคม 2552; ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์; 2552.
4. กรมการศาสนา. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับหลวง 2525 พระไตรปิฎก เล่มที่ 25 พระสุตตันตปิฎก เล่มที่ 17 ขุททกนิกาย ขุททกปาฐะ ข้อที่ 6 หน้า 3 (มงคลสูตร).
5. บังอร สำลี. แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2535.
6. อ่อนเดือน เทียนทอง. การประเมินผลกิจกรรมลานวัด ลานใจ ลานกีฬา : กรณีศึกษาวัดที่เข้าร่วมโครงการในจังหวัดสมุทรปราการ. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (นโยบายสาธารณะ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546. [สืบค้น 12 มีนาคม 2550]. เข้าถึงได้จาก <http://web.udru.ac.th/~sutad18/new2/10.html>.
7. ไพศาล ปันแดน. บทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชนตามโครงการอบรมประชาชนประจำตำบลจังหวัดแพร่. [สืบค้น 12 มีนาคม 2550]. เข้าถึงได้จาก <http://watkhuhasawan.com/webboard/index.php>.
8. การประเมินผลกิจกรรมลานวัด ลานใจ ลานกีฬา : กรณีศึกษาวัดที่เข้าร่วมโครงการในจังหวัดสมุทรปราการ พุทธศาสนิกชุมชน. พุทธประวัติจากพระโอษฐ์ ธรรมทานมูลนิธิ. กรุงเทพมหานคร : พระนครการพิมพ์; 2535.
9. พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช). พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภาและสถาบันบันลือธรรม; 2551.
10. พระสัทธัมมโชติกะ ธัมมาจาริยะ, ปรมัตถโชติกะ ปริงคเฑที่ 1-2-6 จิต เจตสิก รูป นิพพาน. กรุงเทพมหานคร : ทิพย์วิสุทธิ์; 2553.
11. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). การศึกษาพัฒนาการหรือบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิพุทธธรรม; 2543.
12. กรมการศาสนา. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับหลวง 2525 พระอภิธัมมปิฎกธัมมสังคณี. เล่มที่ 34 ข้อที่ 6 หน้า 28.
13. พระครูศรี. จิตวิทยาแห่งอริยมรรค 2550. [สืบค้น 12 มีนาคม 2552]. เข้าถึงได้จาก <http://www.watkhuhasawan.com/webboard/index.php>.
14. วิสุทธิมคคปกรณฉบับแปล 2513 ข้อ 3 หน้า 198.
15. Stoltz, Pual G. Adversity Quotient Turning Obstacles into Opportunities. New York : John Wiley & sons. Inc., Op.cit.; 1997.
16. พระพุทธทาส อินทปญโญ. ธรรมธรรมกับการทำงาน. นิตยสารธรรมจักษุ [ระบบออนไลน์]. 2535; 76(6) (สืบค้น 11 พฤศจิกายน 2556). เข้าถึงได้จาก <http://www.dharma-gateway.com/monk/preach/buddhadas/bdd-33.htm>
17. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). พุทธธรรม (ฉบับเดิม). พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมิก จำกัด; 2544.

นิพนธ์ต้นฉบับ

# ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดและสถาบันธัญญารักษ์

บุบผา บุญญามณี ปร.ด.\*, นุรินยา แหะหมัด พย.ม.\*, สยาม มุสิกะไชย พย.ม.\*,  
 อ้อมเดือน บุญญามณี พย.บ.\*, ดารารัตน์ สาธรพันธ์ พย.ม.\*, วันดี สุทธีรังสี ปร.ด.\*\*  
 \*โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา \*\*มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**Abstract** Nurses' Readiness in Caring for Drug Addicted Patients with Psychiatric Symptoms in Drug Dependent Treatment Center and Thanyarak Institute Boonyamanee B\*, Laehmad N\*, Musigachai S\*, Boonyamanee O\*, Sathornphan D\*, Suttharungsri W\*\*

\*Thanyaraksongkhla Hospital

\*\* Prince of Songkla University

The objective of the study was to study the level of nurses' readiness in caring for Drug Addicted Patients with psychiatric symptoms and barriers. Sample were 212 nurses in inpatient unit at drug dependence treatment centers and institutes Thanyarak Institute between on May 2010 and July 2010. The tool comprised 3 part: general questionnaire, questionnaire of nurses' readiness in caring for drug addicted patients with psychiatric symptoms, barriers and suggestion forwards rediness. Content validity of the tool was assessed by three experts. The reliability of tool was tested by using Cronbach's alpha coefficient and its yielded a value of .96. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation.

The research found that the level of nurses' readiness in caring for drug addicted patients with psychiatric symptom was at moderate level ( $\bar{X} = 3.61$ , S.D. = 0.53), as well as each component: assessment ( $\bar{X} = 3.65$ , S.D. = 0.51), plan ( $\bar{X} = 3.59$ , S.D. = 0.61), implementation ( $\bar{X} = 3.61$ , S.D. = 0.56) and evaluation ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 0.61) The main barriers was 40.6 % of nurses had not been educated about drug addiction with psychiatric symptoms. It is necessary for nurses who work with drug addiction with psychiatric symptom to gain the knowledge and training in caring for drug addicted patients that could enable the effectiveness of nursing care

*Keywords* : Nurses' Readiness, Drug Addicted Patients with Psychiatric Symptoms, Drug Dependent Treatment Center

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและศึกษาปัญหา ข้อเสนอแนะ ของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดและสถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดและสถาบันธัญญารักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2553 จำนวน 212 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.61$ , S.D. = 0.53) และความพร้อมของพยาบาลทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย ( $\bar{X} = 3.65$ , S.D. = 0.51) ด้านการวางแผนการพยาบาล ( $\bar{X} = 3.59$ , S.D. = 0.61) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ( $\bar{X} = 3.61$ , S.D. = 0.56) และ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 0.61) ปัญหาที่สำคัญที่พบ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดไม่เคยเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วม จำนวนร้อยละ 40.6 ซึ่งมีความจำเป็นที่บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** ความพร้อมของพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต  
ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาล

## บทนำ

จากสภาพปัญหายาเสพติดที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน โดยมีสัดส่วนของการใช้เฮโรอีนลดลง แต่สัดส่วนของการใช้ยาบ้าเพิ่มขึ้น<sup>1</sup> อีกทั้งมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนชนิดของยาโดยการเสพยาเสพติดตัวใหม่ เช่น ยาไอซ์ ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่ายาบ้า การเสพยาเสพติดร่วมกับสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และผสมสารชนิดอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สี่คูณร้อย (น้ำกระท่อม ยาแก้ไอ โค้ก และยาแก้ลมประสาท) อีกทั้งการแสวงหาสารเสพติดที่เป็นสิ่งใกล้ตัว เช่น ยากันยุง มาผสมรวมกับยาเสพติดหลัก เพื่อเพิ่มความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม<sup>2</sup> จนส่งผลให้เกิดอาการทางจิตตามมา โดยพบผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง เดินไปเดินมา บางครั้งก้าวร้าว และมีประวัติทำร้ายร่างกายเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน บางรายมีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย คล้ายผู้ป่วยจิตเภท เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุใช้ยาเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วย เพิ่มขึ้นอย่างมาก<sup>3</sup> โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่มีความซับซ้อน

และมีความเฉพาะของโรค มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม<sup>4</sup> มีความซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น จากสถิติย้อนหลังของศูนย์บำบัดรักษาพยาบาล สงขลา ปี 2550, 2551, 2552 พบว่ามีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเข้ารับการบำบัดรักษาทุกปี คือร้อยละ 14.3, 17.52 และ 10.02 ตามลำดับ<sup>5</sup> รวมทั้งมีสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาเกือบทุกศูนย์เช่นกัน พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล และติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังบำบัดรักษาทุกปี โดยมีความพร้อมด้านความรู้ ประสบการณ์ มีความไวในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและต้องดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ซึ่งผู้รับบริการทางจิตต้องการความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม<sup>6</sup> แต่จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของพยาบาลพบว่า บางครั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ คิดว่าตนเองยังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่ดีพอ หรือแม้กระทั่งบางครั้งเกิดความรู้สึกกลัวหากต้องดูแลซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสุขภาพ กาย จิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>7</sup> และผู้ที่ดูแลบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ มี



ประสบการณ์และมีกระบวนการเรียนรู้มาอย่างดี จึงจะทำให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>8</sup>

จากเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดและสถาบัน ๓๓๓ เพื่อนำสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ทั้งผู้รับบริการ และพยาบาลผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล<sup>9</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ยาเสพติด และอาการทางจิตที่เกิดร่วมของผู้ป่วยยาเสพติด<sup>10</sup> ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษา ในกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินอาการ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล การพยาบาล เนื่องจากขั้นตอนการวินิจฉัย การพยาบาลจะมีความแตกต่างกันในผู้ป่วย แต่ละคน จึงไม่ได้ศึกษาครั้งนี้

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความพร้อมของพยาบาล และประมวล ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มี อาการทางจิตร่วมของพยาบาล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด และสถาบัน ๓๓๓ จำนวน 460 คน (ณ วันที่

1 มกราคม 2553) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา ปัตตานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น และสถาบัน ๓๓๓ จำนวน 212 คน โดยการคิดคำนวณตามหลักการของ Krejcie & Morgan<sup>11</sup> ที่ขนาดประชากร 460 คน และกำหนด คุณสมบัติ คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ การทำงานด้านยาเสพติดตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป และ ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับความพร้อมของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการ ทางจิตร่วมตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความพร้อมด้านการประเมิน สภาวะผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 ความพร้อม ด้านการวางแผนการพยาบาล จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 3 ความพร้อมด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 4 ความพร้อมด้าน การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ให้เลือกตอบตามระดับความพร้อมของพยาบาล ในด้านต่างๆ 5 ระดับ (Rating scale) ดังนี้ ระดับ ความพร้อมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ระดับ

ความพร้อมมาก ให้ 4 คะแนน ระดับความพร้อมปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับความพร้อมน้อยให้ 2 คะแนน ระดับความพร้อมน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน แปลผลคะแนน โดยใช้หลักการมาตราส่วนสมบูรณ์ (Theoretical range score) ซึ่งคำนวณจากค่าพิสัย ทหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ 3 ระดับ<sup>12</sup> คือ คะแนน 1.00-2.33 แสดงว่าพยาบาลมีความพร้อมในระดับน้อย คะแนน 2.34-3.67 แสดงว่า พยาบาลมีความพร้อมในระดับปานกลาง คะแนน 3.68-5.00 แสดงว่าพยาบาลมีความพร้อมในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งประกอบด้วยปัญหา อุปสรรคใน 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านยาเสพติด และจิตเวช ด้านการเพิ่มพูนประสบการณ์ในการทำงาน ด้านทัศนคติ/ความเชื่อ และด้านสภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 3 ท่าน คือจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ปัตตานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น และสถาบัน

ธัญญารักษ์ แห่งละ 5 คน รวม 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .96 และแต่ละด้าน คือด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย .92 ด้านการวางแผนการพยาบาล .91 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล .93 และด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล .94

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ปัตตานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น และ สถาบันธัญญารักษ์ โดยเสนอโครงการผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานโดยตรงกับผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนัดหมายเชิญประชุมชี้แจงโครงการ และอธิบายแบบสอบถาม พร้อมทำความเข้าใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม-เดือนกรกฎาคม 2553 จำนวน 212 คน ซึ่งงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันธัญญารักษ์ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2552

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ข้อมูลระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามกระบวนการพยาบาล 4 ด้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัญหา อุปสรรค พร้อมข้อเสนอแนะ ที่มีต่อความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

นำข้อมูลมาจัดกลุ่ม และวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

## ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 56 ปี มีอายุเฉลี่ย 37.55 (S.D. = 6.68) ร้อยละ 78.8 มีระดับการศึกษาทางการพยาบาลปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 49.1 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 11-20 ปี และร้อยละ 53.8 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึก ร้อยละ 52.4 มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นผู้ป่วยถอนพิษยา รongลงมา ร้อยละ 36.3 เป็นผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 55.7 สามารถดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยไม่รู้สึกรำคาญ รongลงมา ร้อยละ 44.3 บางครั้งก็ไม่แน่ใจกับลักษณะของพฤติกรรม ร้อยละ 40.6 ไม่เคยได้รับการศึกษาหรืออบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตร่วม รongลงมา ร้อยละ 36.8 เคยอบรมระยะสั้น (1-10 วัน) ร้อยละ 36.3 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี รongลงมา ร้อยละ 25.00 มีประสบการณ์ 6-10 ปี ร้อยละ 51.4 มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเหมาะสม รongลงมา ร้อยละ 40.6 มีแนวปฏิบัติแต่ไม่เหมาะสม และร้อยละ 77.4 มีวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ในการ

ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมไม่เพียงพอ เช่น ยา ผ้าผูกมัด ห้องแยก (สำหรับจำกัดบริเวณ)

2. ระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ตามกระบวนการพยาบาล พบว่า ระดับความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.61$ , S.D.=0.53) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=3.65$ , S.D.=0.51) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ( $\bar{X}=3.61$ , S.D.=0.56) ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ( $\bar{X}=3.60$ , S.D.=0.61) ส่วนด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.59$ , S.D.=0.61) และความพร้อมแต่ละด้าน คือ

2.1 ระดับความพร้อมด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ ระดับปานกลาง 8 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การประเมินภาวะเพื่อ สับสน (delirium) ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ( $\bar{X}=3.89$ , S.D.=0.71) รองลงมา การประเมินภาวะหิวแหว่ ประสาทหลอนของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ( $\bar{X}=3.83$ , S.D.=0.65) ส่วนการประเมินภาวะความจำเสื่อม (dementia) จากการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.43$ , S.D.=0.75)

2.2 ระดับความพร้อมด้านการวางแผนการพยาบาล อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 9 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ

จากการหยุดใช้ยาเสพติด ( $\bar{X}=3.74$ , S.D.=0.70) รองลงมาคือ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีภาวะเพ้อสับสน (delirium) ( $\bar{X}=3.73$ , S.D.=0.79) ส่วนการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีความจำเสื่อม (dementia) จากการ ใช้ยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.36$ , S.D.=0.73)

2.3 ระดับความพร้อมด้านการปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 9 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่วประสาทหลอน ( $\bar{X}=3.74$ , S.D.=0.68) รองลงมาคือ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อสับสน (delirium) ( $\bar{X}=3.73$ , S.D.=0.79) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความจำเสื่อม (dementia) จากการใช้ยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.39$ , S.D.=0.76)

2.4 ระดับความพร้อมด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก 2 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 12 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พยาบาลพร้อมที่จะหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินไม่บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล ( $\bar{X}=3.89$ , S.D.=0.75) รองลงมา คือ การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะหูแว่วประสาทหลอนตามเกณฑ์ประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ( $\bar{X}=3.70$ , S.D.=0.74) ส่วนการ

ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีภาวะความจำเสื่อม (dementia) จากการใช้ยาเสพติดตามเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X}=3.47$ , S.D.=0.76)

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พบว่า

ร้อยละ 71.7 มีข้อเสนอแนะต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม คือ ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน รองลงมา ร้อยละ 17.9 ควรจัดให้มีทีมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมโดยเฉพาะ และร้อยละ 11.8 ควรจัดให้มีวัสดุ อุปกรณ์ หอผู้ป่วย และห้องแยกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วม

ร้อยละ 63.7 มีปัญหา อุปสรรคต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้านสภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย คือ สภาพหอผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่มีรั้วรอบ ขอบชิดเสี่ยงต่อการหลบหนี และการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น รองลงมา ร้อยละ 43.5 ไม่มีหอผู้ป่วย และห้องแยกโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ และร้อยละ 17.0 การตรวจรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางด้านจิตเวชไม่เพียงพอ

ร้อยละ 52.4 มีปัญหา อุปสรรคต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้านความรู้ยาเสพติด และจิตเวช คือ ขาดโอกาส

ในการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช รองลงมาร้อยละ 37.3 ขาดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และร้อยละ 30.7 ขาดความต่อเนื่องในการศึกษาฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

ร้อยละ 28.3 มีปัญหา อุปสรรคต่อความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้านทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย คือ พยาบาลเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมต้องมีความรู้ และประสบการณ์เฉพาะทาง รองลงมา ร้อยละ 17.9 เชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมน่าเบื่อหน่าย ผู้ดูแลไม่มีความปลอดภัย และร้อยละ 11.3 เชื่อว่าในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยให้ข้อมูล ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการดูแล

## วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมทุกด้าน ทั้งด้านการประเมินสภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการ

ปฏิบัติการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดยังมีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมน้อย เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 40.6 ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม อีกทั้งร้อยละ 36.3 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี แต่อย่างไรก็ตามมีถึงร้อยละ 55.7 คิดว่าสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยไม่รู้สึกลำบาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าตนเองมีระดับความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของพิรุณ รัตนวณิช ที่ว่า ผู้ที่จะดูแลบุคคลอื่นจำเป็นต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ และมีกระบวนการเรียนรู้มาอย่างดี จึงจะสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>8</sup> และความพร้อมของคนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบลักษณะทางวุฒิภาวะ ความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม<sup>13</sup> ด้วยเหตุผลดังกล่าว พยาบาลจึงมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

**เมื่อพิจารณาระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมในด้านต่างๆ สามารถอภิปรายแยกตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้ดังนี้**

1.1 ระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้านการประเมินสภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ

ความพร้อมในระดับมากในการประเมินภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) ภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน ภาวะก้าวร้าว อาการนอนไม่หลับจากการหยุดใช้ยา เสพติด และภาวะวิตกกังวลตามลำดับ ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะอาการดังกล่าว เป็นอาการที่เกิดร่วม ในผู้ป่วยยาเสพติด และพยาบาลสามารถพบเจอได้ ในผู้ป่วยทุกประเภท ซึ่งเมื่อผู้ป่วยหยุดเสพยาจะมี อาการไม่สุขสบาย จากสาเหตุกระบวนการฟื้นตัวของระบบต่างๆ ในสมอง ซึ่งจะพบอาการแสดงออก ทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว วิตกกังวล นอนไม่หลับ และอาการที่เกี่ยวกับ ความจำ และการรับรู้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสุรกายาบ้า กัญชา โดยเกิดภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) และ หูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งเป็นอาการแสดงของผู้ป่วย ที่พยาบาลมีประสบการณ์ในการพบเห็นบ่อย ๆ ในขณะที่ให้การดูแล และเป็นผู้ป่วยที่อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย แสดงภาวะก้าวร้าวได้ง่าย<sup>14</sup> ประกอบ กับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.7 มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม 5-15 ปี และร้อยละ 51.4 มีแนวปฏิบัติในการ พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลได้ดี ซึ่งความพร้อมด้าน การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การ ปฏิบัติงาน<sup>15</sup>

1.2 ระดับความพร้อมของพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ด้านการ วางแผนการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความพร้อมในระดับมากในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการนอนไม่หลับจากการ

หยุดใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) ผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน และผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะอาการดังกล่าว เป็นอาการที่เกิดร่วม ในผู้ป่วยยาเสพติดโดยพยาบาลสามารถพบเห็น เป็นประสบการณ์ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะอาการนอนไม่หลับ พยาบาลสามารถรับรู้ สังเกตอาการได้ชัด และสามารถวางแผนการพยาบาล ได้อย่างตรงไปตรงมา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.1 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน ด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 11-20 ปี ร้อยละ 53.8 เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน เวรเช้า-บ่าย-ดึก และร้อยละ 52.4 เป็นพยาบาลที่ ดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา ถือเป็นระยะเวลา การปฏิบัติงานของพยาบาล และประสบการณ์ ที่มากพอที่จะสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ได้อย่างดี ซึ่งการมีประสบการณ์จะทำให้เกิด ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ดี โดยความพร้อม ด้านการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ ในการปฏิบัติงาน<sup>16</sup>

1.3 ระดับความพร้อมของพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ด้านการ ปฏิบัติการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความพร้อมในระดับมากในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน ผู้ป่วยที่มี ภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) และผู้ป่วยที่มีอาการ นอนไม่หลับ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการประเมิน สภาพ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการ ทั้ง 3 อาการอยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้มีระดับ

ความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นกันซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการกระบวนการพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่กระบวนการแรกจนกระบวนการสุดท้าย หากพยาบาลมีความพร้อมในการประเมินสภาพ และการวางแผนการพยาบาลที่ดี ก็ส่งผลต่อความพร้อมของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

1.4 ระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในระดับมากในการที่จะหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินผลไม่บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอนตามเกณฑ์ประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการที่จะหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินผลไม่บรรลุวัตถุประสงค์อยู่ในระดับมากนั้น อาจเป็นเพราะพยาบาลมีความต้องการในการปรับปรุงการพยาบาลให้ได้คุณภาพให้สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตรงตามวัตถุประสงค์อยู่เสมอ ประกอบกับการประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลต้องประเมินผลผู้ป่วยทุกครั้ง และต้องเปลี่ยนแปลงการพยาบาลใหม่ หากพบว่ากิจกรรมการพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมาย<sup>9</sup> โดยพยาบาลต้องปรับแผนการพยาบาลจนสามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยให้สำเร็จนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ

กมลชัย<sup>16</sup> เกี่ยวกับความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนเขต 5 พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการให้บริการผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.4 มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่เหมาะสม อีกทั้งพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนอยู่ในระดับมาก จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการที่จะหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินผลไม่บรรลุวัตถุประสงค์อยู่ในระดับมากตามมาด้วย ส่วนความพร้อมในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอนตามเกณฑ์ประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ในระดับมาก อาจเป็นเพราะเหตุผลจากการที่พยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมนี้อยู่ในระดับมากทุกด้าน จึงส่งผลต่อความพร้อมในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระดับมากเช่นกัน และการที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ในระดับมากเพียง 2 ข้อนี้เท่านั้น อาจเป็นเพราะภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นอาการทางจิตร่วมของผู้ป่วยที่พยาบาลมีประสบการณ์การดูแลมากกว่าอาการอื่น ซึ่งจากสถิติที่ผู้ป่วยกลุ่มยาบ้าเข้าบำบัดรักษามากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดภาวะหูแว่ว ประสาทหลอนได้ง่ายนั่นเอง<sup>14</sup> และหากพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลแล้วไม่บรรลุวัตถุประสงค์

พยาบาลต้องหากิจกรรมการพยาบาลใหม่ เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้สำเร็จทุกครั้ง ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติพื้นฐานของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลต้องเปลี่ยนแปลงการพยาบาลใหม่ หากพบว่กิจกรรมการพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมาย<sup>9</sup> ความพร้อมในการที่จะหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินผลไม่บรรลุ วัตถุประสงค์การพยาบาลจึงอยู่ในระดับมากนั่นเอง

เป็นที่น่าสังเกตว่าความพร้อมของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความจำเสื่อม (Dementia) มีค่าคะแนนต่ำสุด แต่ยังอยู่ในระดับ ปานกลางในทุกด้านของกระบวนการพยาบาล อาจเป็น เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.4 เป็น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา ซึ่งในระยะนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเสื่อม (Dementia) ที่ พยาบาลสามารถพบเจอ แต่ยังมีจำนวนน้อย ซึ่ง แสดงถึงพยาบาลอาจมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย อยู่บ้าง โดยความพร้อมของพยาบาลในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ในแต่ละด้านจะเกิดขึ้นได้ตามประสบการณ์ ที่อาจพบเจอ<sup>10</sup> ความพร้อมของพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความจำเสื่อม (Dementia) จึงมีค่าคะแนนต่ำสุด ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.4 มีแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมที่เหมาะสม แสดงถึง พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการ ทางจิตร่วมที่ดีในทุกภาวะ ความพร้อมของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความจำเสื่อม

(Dementia) จึงอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน ของกระบวนการพยาบาล

2. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของ พยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีอาการทางจิตร่วม

2.1 ปัญหา อุปสรรคด้านความรู้ยาเสพติด และจิตเวช ด้านทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และด้านสภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย มากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่าง ชาติโอกาสในการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พยาบาลเชื่อว่ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พยาบาลต้องมีความรู้ และประสบการณ์เฉพาะทาง และสภาพหอผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่มีรั้วรอบขอบชิด เสี่ยงต่อการหลบหนี และการทำร้ายตนเอง และ ผู้อื่น ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.3 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีอาการทางจิตเวชร่วมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และร้อยละ 40.6 ไม่เคยอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชร่วม ประกอบกับอาคารสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน ซึ่งเป็น สภาพแวดล้อมที่พยาบาลควบคุมดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญ ในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การขาดโอกาส ในการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มี อาการทางจิตร่วมจึงเป็นปัญหา อุปสรรคในการ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งหาก พยาบาลมีการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับในการดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมอย่าง



สม่ำเสมอ จะทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ และถึงแม้สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม พยาบาลก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างไม่เกิดอุปสรรคใดๆ และความรู้อาจมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างดี โดยทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>17</sup>

2.2 ข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมากที่สุด คือ ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลมีความต้องการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.6 ไม่เคยอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชร่วม และ ร้อยละ 36.2 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี สิทธิเวช<sup>17</sup> พบว่า ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างดี โดยทำให้เกิดความมั่นใจ ประกอบกับการอบรมเกี่ยวกับงานที่บุคคลปฏิบัติอยู่ เป็นการพัฒนาศักยภาพให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เพิ่มพูน ความรู้ และทักษะ และเป็นการยกระดับความสามารถของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน<sup>18</sup>

## สรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาระดับความพร้อม และปัญหา

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมของพยาบาล โดยมีผลการวิจัย คือ ระดับความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมตามกระบวนการพยาบาลโดยรวมทุกด้าน ทั้งด้านการประเมินสภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านในระดับมากพบว่า ด้านการประเมินสภาพ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการประเมินภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) ภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน ภาวะก้าวร้าว อาการนอนไม่หลับจากการหยุดใช้ยาเสพติด และภาวะวิตกกังวลตามลำดับ ด้านการวางแผนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการนอนไม่หลับจากการหยุดใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) ผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน และผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลตามลำดับ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน ผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อ สับสน (Delirium) และผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับตามลำดับ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพร้อมในการที่จะหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินผลไม่บรรลุวัตถุประสงค์ การพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหูแว่ว ประสาทหลอน ตามเกณฑ์ ประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ส่วนปัญหา อุปสรรค

ของพยาบาลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมากที่สุด ในแต่ละด้าน พบว่าด้านความรู้ยาเสพติด และจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง ขาดโอกาสในการอบรมความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ด้านทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม พยาบาลต้องมีความรู้และประสบการณ์ เฉพาะทาง และด้านสภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย สภาพหอผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่มีรั้วรอบขอบชิด เสี่ยงต่อการหลบหนี และการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ตามลำดับ ส่วนข้อเสนอแนะของพยาบาล ต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมมากที่สุด คือ ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะเพ้อ สับสน (delirium) การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความจำเสื่อม (dementia) และเพิ่มแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดอาการทางจิตร่วมในแต่ละอาการ

2. เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยส่งเสริมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รศ.ดร. วันดี สุทธิรงค์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา งานวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ นพ.ธนรัตน์ พุทธิชาติ, คุณยุวดี ทองหนู่น้อย และคุณมณฑาทิพย์ บุญมณี ที่ได้ตรวจเครื่องมือและให้คำแนะนำปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดทุกแห่ง ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ที่อนุญาตให้ดำเนินการทำวิจัย บุคลากรทางการพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัย ในครั้งนี้ ที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลา ในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และให้ข้อเสนอแนะที่มีค่าอย่างยิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

1. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสฟตีดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพมหานคร: สกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
2. อุษณีย์ พึ่งปาน. การศึกษาสถานการณ์การใช้ยาเสฟตีดโดยเฉพาะแอมเฟตามีนในกลุ่มเยาวชน จังหวัดเชียงราย. ศูนย์บำบัดรักษาเสฟตีด จังหวัดเชียงใหม่ กรมแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
3. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน หลังรับการรักษาแรกในโรงพยาบาล. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. สุชาติ เลขาบริหาร. แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตีดในประเทศไทย ใน วิโรจน์ วีระชัย, ล้ำชา ลักขณาภิชนชัย, อังกูร ภัทรากกร, นิภา กิมสูงเนิน และฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์สารเสฟตีด. สถาบันธัญญารักษ์. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
5. อัมราลักษณ์ อุทธิจันทร์, รายงานข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา. หน่วยงานสถิติ. ศูนย์บำบัดรักษาเสฟตีดสงขลา; 2552.
6. บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา. เหมการพิมพ์; 2539.
7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน้าที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 4. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: นนทบุรี; 2548.
8. พิรุณ รัตนาภิษ. การดูแล: ความหมาย ความต้องการ การดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากพฤติกรรม การพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรังสถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
9. ฟารีดา อิบราฮิม. กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์; 2541.
10. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตีดกาย จิต สังคมบำบัดระยะ 3 เดือน (Modified Matrix). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546.
11. วรณีย์ แกมเกต. วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
12. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2545.
13. Good, Carter V. Dictionary of Education. 3rd. New York, Mc Graw Hill book company, Inc.; 1973.
14. ทวีพร วิสุทธีมรรค. เกสัชวิทยาของยาและสารเสฟตีด. ใน วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ล้ำชา ลักขณาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา ณีสกุล, บรรณาธิการ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตีด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ปรีนตีงจำกัด; 2544 หน้า 84-109.
15. สนาม บินชัย. ความพร้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2541; 5(2): หน้า 13-24.
16. สายพิน กมลชัย. การศึกษาความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาล ชุมชนเขต 5. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
17. สาวิตรี สิทธิเวช. ความรู้ ทศนคติและการดำเนินงานกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชของ พยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา: นครราชสีมา; 2539.
18. ประชา ต้นเสณีย์. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คืออะไร และสำคัญอย่างไร. [สืบค้น 23 พฤศจิกายน 2552]. เข้าถึงได้จาก <http://www.Drpracha.com>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการ ใช้สุราในผู้ติดสุราที่รักษาในโรงพยาบาล : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

दनัยณัฐ ภูมิภาค พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)\*,

รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ Ph.D. (Nursing)\*\*, ประภา ยุทธไตร D.N.S. (Nursing)\*\*

\*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี \*\*มหาวิทยาลัยมหิดล

**Abstract** A psychosocial intervention for reducing or abstaining from alcohol dependence among individuals receiving treatment in a government hospital: evidence-based nursing

Poomipak D\*, Phanitrat R\*\*, Yuttri P\*\*

\*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment\*

\*\*Mahidol University

This study had an objective to synthesize evidence regarding the guideline or model of psychosocial intervention for reducing or abstaining from alcohol dependence among individuals receiving treatment in hospital. The procedures involved were 1) to identify clinical issues needed to be examined 2) to search for evidence based on Population, Intervention, Comparison intervention and Outcome (PICO) 3) to conduct quality assessment and determine the reliability of the evidence and 4) to synthesize empirical evidence. After researching the related contents, 4 topics of evidence was obtained and qualified by their quality and strength. One research was Experimental study,

One research was Case-control study, One research were Quasi-experimental research and One group pretest-posttest design and follow up (time series) Case-control study design.

Suggestions obtained from the evidence analysis indicated that 1) the recipients of the treatment were individuals with alcohol dependence aged 18 and above, with no psychiatric symptoms and alcohol withdrawal. Their motivation remained undecided or decided and they had received treatment in the hospital at least five days after drug withdrawal. 2) The therapists should have the knowledge and experience of group therapy and counseling of people with mental health problems from alcohol. They should be trained in therapy to change the individuals' thoughts and behaviors and also to create motivation. 3) Group therapy promoted healing factors. 4) Therapy processes included the creation of interpersonal relationships and preparation, the creation of motivation for treatment and abstinence, learning and practicing the skills needed to promote alcohol abstinence, and prevent relapse behavior after being discharged from hospital. 5) The number of therapy sessions ranged from 4-10 times. 6) Additional therapy may be needed such as counseling for strengthening motivation to promote, long term abstinence, spouse therapy, and family therapy in an ongoing basis or outpatient therapy.

This research study proposed that a Pilot Study should be conducted in certain organizations to evaluate both the process and outcomes of therapy.

*Keywords* : guidelines or model of psychosocial intervention, reducing or abstinent of alcohol, individuals with alcohol dependence in inpatient departments, evidence-based nursing

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับแนวทางหรือรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดสุราที่รักษาในโรงพยาบาลโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้ 1) ระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิด PICO (PICO framework) (Craig & Smyth, 2002) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3) ประเมินคุณภาพ และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์และ 4) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการสืบค้นได้

หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็ง เป็นงานวิจัยแบบ Experimental study จำนวน 1 เรื่อง Case-control study จำนวน 1 เรื่อง Quasi-experimental research จำนวน 1 เรื่องและ One group pretest- posttest design and follow up (time series) Case-control study design จำนวน 1 เรื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ ระบุว่า 1) ผู้รับการบำบัด คือ ผู้ติดสุราอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการทางจิตและอาการถอนพิษสุรา มีแรงจูงใจอยู่ในระดับลึกลับหรือตัดสินใจ และสามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 วัน หลังระยะถอนพิษยา 2) ผู้บำบัดควรมีความรู้และประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดและการให้การปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราผ่านการฝึกอบรมการบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและ การสร้างแรงจูงใจ 3) การบำบัดกลุ่มเป็นการบำบัดที่ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเพื่อการบำบัด 4) กระบวนการบำบัดประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการเตรียมความพร้อม การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดและการหยุดดื่ม การเรียนรู้และฝึกทักษะจำเป็นเพื่อส่งเสริมการหยุดดื่ม และการเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5) จำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 4-10 ครั้ง 6) อาจมีการบำบัดเสริม เช่น การให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มที่ยาวนานขึ้น การบำบัดคู่สมรสครอบครัวบำบัด โดยให้การบำบัดเสริมต่อเนื่องไปถึงการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการทดลองใช้ในหน่วยงานในรูปแบบการนำร่อง (Pilot Study) เพื่อประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์การบำบัด

**คำสำคัญ :** แนวทางหรือรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม ลดหรือหยุดการใช้สุรา  
ผู้ติดสุรา รักษาแผนผู้ป่วยใน การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

## บทนำ

โรคติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจรวมทั้งบุคคลในครอบครัว ต่อสังคม ในรูปแบบต่างๆ และในที่สุดเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจ จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติครั้งที่ 3 ในปี 2551 ในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-59 ปี โดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview) module J เพื่อการวินิจฉัยภาวะติด

สุรา (Alcohol dependence) และ ภาวะการดื่มสุราแบบอันตราย (Alcohol abuse) ของกรมสุขภาพจิต พบว่าความชุกของภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) เป็นร้อยละ 6.6 (95%CI, 6.0-7.2) หรือประมาณ 3.2 ล้านคน<sup>1</sup>

ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยๆ ของผู้ป่วยโรคติดสุรา คือ การกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการกลับมาป่วยซ้ำ รายงานสถิติตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549-กันยายน 2550 ของ

โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำภายใน 28 วัน และภายใน 90 วัน ร้อยละ 10.7 และร้อยละ 19.1 ตามลำดับ ของผู้ป่วยที่จำหน่าย<sup>2</sup> สอดคล้องกับรายงานของสถาบันธัญญารักษ์ ในสถาบันธัญญารักษ์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคติดสุราแบบผู้ป่วยใน กลับเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่า 2 ครั้งต่อปี ในปี 2555-2557 โดยคิดเป็นร้อยละ 36.1, 34.8 และ 40.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคติดสุราแบบผู้ป่วยใน 626 ราย 844 ราย และ 682 ราย ตามลำดับ<sup>3</sup>

การเสพติดซ้ำส่งผลทำให้เกิดผู้ป่วยเสพติดอย่างรุนแรง (Hardcore) โดยมีลักษณะดังนี้ ผู้ป่วยที่หมกมุ่น (obsession) อยู่กับการเสพสารเสพติดโดยไม่สนใจเรื่องกิจวัตร ประจำวัน ละเลยกิจกรรมที่จะต้องรับผิดชอบทำให้เกิดความเสียหายกับการศึกษาหรือการทำงาน ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเสพในปริมาณของยาเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดพิษ (intoxication) ถึงอาจเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยขาดความตั้งใจ (lack of emotional attention) ที่จะเลิกเสพยาอย่างจริงจัง แม้จะผ่านการบำบัดด้วยวิธีบำบัดที่มีอยู่ปัจจุบันหลายครั้งหรือหลายวิธีก็ตาม (frequent-general treatments for drug dependence)<sup>4</sup>

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่ดื่มสุราจนเกิดโทษ (Alcohol Abuse) หรือผู้ป่วยที่ติดสุรา (Alcohol Dependence) สรุปได้ดังนี้<sup>5</sup> ขั้นตอนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Treatment and Rehabilitation)

มีขั้นตอนคือ การประเมินและการวินิจฉัย (Assessment and Diagnosed) การรักษาอาการพิษของสุรา (Detoxification) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และการติดตามผลการรักษา (Evolution and Outcome of treatment) รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา มี 2 รูปแบบ คือ การบำบัดด้วยยา (Pharmacotherapy) และการบำบัดรักษาทางจิตสังคม การบำบัดรักษาทางจิตสังคม มีความสำคัญในการรักษาผู้ติดสุรา โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูสภาพจิตใจ และสังคม แก่ไขแนวคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ด้วยการดื่มสุราฝึกทักษะชีวิตให้รู้จักการแก้ปัญหา ที่ถูกต้องเหมาะสม สำหรับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่พบว่ามีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ในปี พ.ศ. 2552 พันเอกนายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย ได้รวบรวม เป็นทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา” มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้จิตสังคมบำบัด ทั้งในประเทศและต่างประเทศสำหรับผู้ติดสุรา ในปัจจุบัน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจิตสังคมบำบัดสำหรับการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความเสี่ยงในการดื่มสุราและบำบัดผู้ติดสุรา และแนวทางการศึกษาวิจัยในบริบทของสังคมไทยต่อไป ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สรุปเนื้อหาในการทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา มีวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพดังนี้

การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI and Motivational Enhancement: MET), การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention: BI), การดูแลรายกรณี (Case management), การฟื้นตัวทางจิตวิญญาณ (Spirituality Recovery), พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy), พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention), การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment), กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการบำบัดรักษาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Self-help Group and 12-Step-Oriented Treatment) และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ชนิดของจิตสังคมบำบัดที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าได้ผลดี ได้แก่ CBT, MI, contingency management, การดูแลแบบ case management และการบำบัดที่คำนึงถึงขั้นตอนของแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อหยุดดื่มด้วย (staged intervention) โครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ปี 1994 ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับจิตสังคมบำบัด 3 วิธีในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement: MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) และการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (12-Step-Facilitation: TSF) พบว่าทั้ง 3 วิธี มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราได้ผลดีไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาถึงสาเหตุของการเข้ามารับรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ระหว่าง 2555–2557 ของผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence) จำนวน 10 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 30–55 ปีมีประวัติในการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 2-5 ครั้ง สุราที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ สุรา 28 ดีกรี ดื่มวันละ 1-1 ½ ขวด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราจนถึงกลับไปติดซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาล คือ 1 สัปดาห์ถึง 3 เดือน เมื่อวิเคราะห์การบำบัดทางจิตสังคมที่ดำเนินการอยู่ในสถาบันธัญญารักษ์พบว่า แม้ว่าการบำบัดจะมีการผสมผสานแนวคิดและทฤษฎี รวมทั้งวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจในการรักษาและปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างให้มีทักษะที่จำเป็นต่างๆ มากขึ้นเพื่อการเผชิญกับสิ่งกระตุ้น การให้การสนับสนุนต่างๆ ทั้งด้านการสร้างกำลังใจ การให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นเป็นต้น รวมทั้งการนำแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นผู้เกี่ยวข้องโดยตรงและเป็นสิ่งแวดล้อมที่จะส่งเสริมการลด ละ และเลิกเสพสุราก็เป็นสิ่งที่นำมาใช้ในกระบวนการเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าผู้ติดสุราจะกลับไปดื่มสุราซ้ำภายหลังจากจำหน่ายอย่างรวดเร็วจนเป็นสาเหตุให้กลับมาได้รับการรักษาซ้ำและเกิดปัญหาอื่นๆ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องจากปัจจัยที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ติดสุราเอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการติดแรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรม ความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการลด ละ เลิกเสพสุรา หรือระบบการคิด เป็นต้น ปัจจัยต่อมาคือ ปัจจัยครอบครัวซึ่งอาจเนื่องจากโครงสร้างของ



ครอบครัว บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์  
ในครอบครัว รวมทั้งแรงสนับสนุนในครอบครัว  
และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจ  
มีผลให้ผู้ติดยาต้องการการบำบัดทางจิตสังคม  
ที่แตกต่างกัน ในขณะที่รูปแบบการบำบัดซึ่ง  
ต้องการการบำบัดที่มีรูปแบบที่ได้รับนั้นให้แบบ  
ครอบครัวกลุ่มทุกปัจจัย เพื่อลดหรือหยุดการใช้สุรา  
ในผู้ติดยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ผู้ศึกษา  
จึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการบำบัด  
ทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดยา  
ที่รักษาในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจาก  
หลักฐานเชิงประจักษ์

### ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

การกลับไปดื่มสุร่าซ้ำเป็นปัญหาที่พบบ่อย  
ในผู้ป่วยติดยาและเป็นสาเหตุของการกลับไปซ้ำ  
ปัจจุบันแม้การบำบัดทางจิตสังคมในสถาบันธัญญารักษ์  
ดำเนินการบนพื้นฐานของแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ  
ผสมผสานกันโดยเน้นใช้ทีมสหสาขาวิชาเข้าดำเนินการ  
แต่จากสถิติพบว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของ  
ผู้ป่วยโรคติดยาหลังจากได้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น และ  
จากข้อมูลเชิงคุณภาพจากสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ศึกษา  
จึงตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาดัง  
กล่าวโดยมุ่งเน้นที่โปรแกรมการบำบัด  
รักษาผู้ติดยาที่มารับการบำบัดในโรงพยาบาลที่มี  
ประสิทธิภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์

### วัตถุประสงค์

ศึกษาแนวทางหรือรูปแบบการบำบัดทาง  
จิตสังคม ที่มีประสิทธิภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์  
เพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดยาที่เข้ารับ  
รักษาในโรงพยาบาล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

มีการนำวิธีการบำบัดทางจิตสังคมไปใช้  
ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดหรือหยุดการใช้  
สุราในผู้ติดยาที่รับการบำบัดในโรงพยาบาล  
ที่เหมาะสมกับหน่วยงาน

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อค้นหาหลักฐาน  
เชิงประจักษ์มีดังนี้

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ผู้ศึกษา  
กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์  
โดยใช้ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth,  
2002)

P (Population) = ผู้ป่วยเสพติดสุราที่รับ  
การรักษาในโรงพยาบาล

I (Intervention) = การบำบัดทางจิตสังคม

C (Comparison Intervention) = ไม่มี  
การเปรียบเทียบ

O (Outcome) = การลด/หยุดการกลับไป  
ใช้สุรา

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

P (Population) = Alcohol dependence,  
Alcoholic, Alcoholism, Alcohol use disorder.

I (Intervention) = Psychosocial Intervention,  
Cognitive behavioral therapy, Family  
Intervention Therapy, Self-help groups.

C (Comparison Intervention) = -

O (Outcome) = Abstinence, Reduction.

2. กรอบการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐาน  
เชิงประจักษ์

คัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดสุราที่รักษาในโรงพยาบาล ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2011 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษและเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3. ขอบเขตการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และงานการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ได้แก่ Cochrane Library ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ PubMed, CINAHL, Science Direct, Hand search การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความ

หรืองานวิจัยต่างๆ การค้นคว้าจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่จากวารสารภาษาไทยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูล

#### 4. การประเมินคุณภาพของงานวิจัย

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ที่นำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2008)

ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) มีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้ (ตารางที่ 1)

### ตารางที่ 1 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับของหลักฐาน	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
Level I	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ที่มาจากงานวิจัย Randomized Controlled trials (RCT) หรือเป็น Guideline ที่ได้มาจากงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ที่มาจากงานวิจัย Randomized Controlled trials (RCT)
Level II	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย Randomized Controlled trials (RCT)
Level III	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
Level IV	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดี
Level V	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
Level VI	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยว แบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ
Level VII	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทรรศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ รายงานของคณะและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

## ผลการสืบค้นหลักฐาน

ผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยแบบ Experimental study จำนวน 1 เรื่อง Case-control study จำนวน 1 เรื่อง Quasi-experimental research จำนวน 1 เรื่อง และ One group pretest-posttest design and

follow up (time series) จำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ 1 เรื่องและภาษาไทย 3 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์สรุปเพื่อนำเสนอเป็นข้อแนะนำ (Recommendation) หลังจากประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า เนื้อหาสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของประเภทงานวิจัยและระดับของหลักฐาน

ประเภทงานวิจัย	ระดับของหลักฐาน	จำนวน (เรื่อง)
Case-control study design	Level IV	1
Quasi-experimental research	Level III	1
One group pretest- posttest design and follow up (time series) Case-control study design	Level VI	1
Experimental study	Level II	1
รวม		4 เรื่อง

จากตารางที่ 2 จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการจัดทำเป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ได้ดังนี้

### 1. ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับรูปแบบบำบัด

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV<sup>8,6,2</sup> หรือบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคขององค์การอนามัยโลก (international classification of diseases, ICD-10) ไม่ได้อยู่ในภาวะถอนสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) ด้วยการประเมินด้วย แบบประเมิน Clinical institute withdrawal assessment for alcohol revise (CIWA-Ar) ได้คะแนน < 10<sup>7</sup> หรือ แบบประเมิน

Clinical institute withdrawal assessment for alcohol revise (CIWA-Ar) ได้คะแนน < 9<sup>2</sup> เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป<sup>6</sup> ไม่มีปัญหาอาการทางจิต โดยประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric rating scale (BPRS) ได้คะแนน < 36 (อาการทางจิตสงบ)<sup>7</sup> แบบประเมินความผิดปกติทางสมอง (Mini Mental Status Examination)<sup>2</sup> เป็นผู้ป่วยที่รักษาเป็นผู้ป่วยในสถานบำบัดยาเสพติด<sup>8,7,6,2</sup> กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี และมีระดับแรงจูงใจในชั้นล้างเลหรือตัดสินใจ<sup>2</sup>

### 2. คุณสมบัติของผู้บำบัด

มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดอย่างน้อย 1 ปี การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราอย่างน้อย 1 ปี มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหา

สุขภาพจิตจากสุรา มีทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสาร ได้แก่ การฟังการถามการสรุปความ การสะท้อนการทวนความ การจับประเด็นและการเชื่อมโยง<sup>2</sup>

### 3. กลวิธีที่ใช้ในการการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดสุราที่รักษาในโรงพยาบาล

การดำเนินการเป็นแบบรายกลุ่มซึ่งเน้นที่ให้ผู้รับการบำบัดได้นำสถานการณ์ที่ทำให้หยุดดื่มไม่ได้และที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำ อุปสรรคและปัญหาที่ทำให้หยุดดื่มไม่ได้หรือ รวมทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงๆ มาแลกเปลี่ยนกัน รวมทั้งการแบ่งปันประสบการณ์ที่ลดหรือ หยุดดื่มได้อย่างไร มีการสนับสนุนกันทั้งทางข้อมูลและอารมณ์ โดยการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีพื้นฐานว่าคำแนะนำของผู้ป่วยด้วยกันเองจะมีแรงจูงใจมากกว่าคำแนะนำจากบุคคลอื่น<sup>2,8,6,7</sup>

### 4. ขั้นตอนในการดำเนินการการบำบัด

4.1 ประเมินแรงจูงใจผู้เข้ารับการบำบัดมีส่วนสำคัญในการที่จะได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับระดับความตั้งใจของแต่ละบุคคล<sup>7,2</sup>

#### 4.2 ดำเนินการตามโปรแกรม

- ตัวผู้เข้ารับการบำบัด ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ<sup>6,2</sup> และกิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคม (matrix program)<sup>7</sup>

- ตัวผู้เข้ารับการบำบัด และครอบครัว โดยเน้นที่ความเข้าใจของครอบครัวและสัมพันธภาพของครอบครัว<sup>8</sup> การสร้างแรงจูงใจโดยการใช้ผู้มีประสบการณ์ ซ้ำ<sup>6,2,7</sup>

- เสริมสร้างทักษะการจัดการกับความอยาก/ตัวกระตุ้น การตัดสินใจและการปฏิเสธการดื่ม<sup>6,2,7</sup>

- การเตรียมความพร้อม/วางแผนการดำเนินการเมื่อกลับไปดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>6,2,7</sup>

- การส่งเสริมแรงจูงใจภายหลังโปรแกรมหลักโดยให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)<sup>7</sup>

### 5. ระยะเวลาในการบำบัด

โปรแกรมการบำบัดใช้เวลาตั้งแต่ 45 นาที - 2 ชั่วโมง ต่อครั้ง จำนวนตั้งแต่ 10-20 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง<sup>9</sup> และมีการบำบัดต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 2) ดำเนินการ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ (ทำวันละ 1 กิจกรรมใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 2 ชั่วโมง<sup>6</sup> 3) ดำเนินการ 10 ครั้งต่อสัปดาห์ เข้ากลุ่มกิจกรรมวันละ 2 กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที เป็นเวลานาน 1 สัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ และกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) 3 กิจกรรมแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 30-60 นาที ใช้เวลา 3 วัน วันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์<sup>7</sup> 4) ดำเนินการ 4 วัน วันละ 80-90 นาที<sup>2</sup>

## 6. เนื้อหาของโปรแกรม

6.1 Family intervention therapy จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกลุ่ม 10-20 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย Psycho-education, Group therapy, Marital therapy, Family therapy และ Behavioral counseling for spouses<sup>๑</sup>

6.2 โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยกิจกรรม 4 ระยะ

- ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักในปัญหาการดื่มมี 2 กิจกรรมคือ การรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุราและความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

- ระยะที่ 2 เสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดมี 2 กิจกรรม คือ ความสำเร็จบนเส้นทางการเลิกสุราและความรู้สึกประทับใจต่อบุคคลสำคัญที่เสริมแรงจูงใจในการบำบัด

- ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะ มี 4 กิจกรรม คือ การเผชิญกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา, การจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มและสิ่งกระตุ้นการดื่ม, การตัดสินใจและการอนุญาตตนเองที่นำสู่สถานการณ์เสี่ยงและการพัฒนาทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา

- ระยะที่ 4 เตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติ มี 2 กิจกรรม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนในการเลิกดื่มสุรา และ ทบทวนการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้านรวมทั้งหมด 10 กิจกรรม<sup>๒</sup>

6.3 กิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคม (Matrix program) มี 10 กิจกรรม การให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) มี 3 กิจกรรมได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการทำให้มั่นคงในสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงการทบทวนติดตามความก้าวหน้าการเสริมแรงจูงใจให้มั่นคงและวางเป้าหมายในอนาคต แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 30-60 นาที<sup>7</sup>

6.4 โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม<sup>๒</sup>

## 7. ระยะเวลาที่โปรแกรมมีผลต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและประเมินผลการบำบัด

7.1 ระยะเวลาที่โปรแกรมทั้ง 4 โปรแกรม มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรานั้นจะได้ผลดีในเดือนที่ 1 และ ลดลงไปเรื่อยๆจนถึงเดือนที่ 3 ของการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด กล่าวคือ จำนวนผู้ติดสุรากลัไปดื่มสุราซ้ำเพิ่มขึ้นเรื่อยๆซึ่งโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดสุรายังคงไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ในจำนวนนี้ โปรแกรม Family intervention therapy เป็นการบำบัดที่สามารถมีผลยาวถึง 1 ปี<sup>๑</sup>

### 7.2 วิธีการประเมินผล

1) ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจนถึงวันที่กลับไปดื่มครั้งแรก/ ระยะวันสะสมที่หยุดดื่ม<sup>๑</sup> 2) ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก/จำนวนวันที่หยุดดื่ม (ผู้ชาย 4 drink/วัน และ ผู้หญิง 3drink/วัน)<sup>๒,๖</sup> และ 3) ร้อยละของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ<sup>๗</sup>

## 8. เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัด

### 8.1 เครื่องมือที่ใช้การประเมินผู้ป่วย

- ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric rating scale: BPRS) คะแนน < 36 (อาการทางจิตสงบ)<sup>7</sup>

- แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol revise: CIWA-Ar) คะแนน < 10 (ไม่มีภาวะสับสน)<sup>7</sup>

- แบบประเมินความผิดปกติทางสมอง (Mini Mental Status Examination)<sup>2</sup>

### 8.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลวิธีการบำบัด

- แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำจำนวน 42 ข้อ ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก<sup>6</sup>

- แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำจำนวน 37 ข้อ ประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มสุรา ว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก<sup>6</sup>

- แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ<sup>2</sup>

- แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ<sup>2</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดหรือหยุดการใช้สุราในผู้ติดสุราที่รักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลที่ดูแลบำบัดผู้ติดสุราควรได้รับการอบรมการประเมินข้อมูลที่เป็นจำเป็นของผู้ติดสุรา อาทิ ระดับความพึงพา ความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราและการวัด ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และอื่นๆ

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการดูแลผู้ติดสุราควรได้รับการอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview)

3. ควรมีการพัฒนาคู่มือ ในการประเมินการติดสุรา แรงจูงใจ และการประเมินความพร้อมของผู้ติดสุราในการเข้ารับการบำบัด

4. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการบำบัดผู้ติดสุรา รวมทั้งมีการฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งมีการติดตามนิเทศอย่างเป็นระบบ

5. ควรทำวิจัยนำร่อง (pilot study) ศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ แบบประเมินและคู่มือต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด รวบรวมข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นคู่มือในการดำเนินงานบำบัดรักษาต่อไป รวมทั้งการวิจัยนำร่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุราอยู่ในภาวะหยุดดื่มให้นานที่สุด

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มี 4 เรื่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ระเบียบวิธีวิจัยไม่มีการสุ่มและบางการศึกษาเป็นเพียงการติดตามผลเท่านั้น ดังนั้นควรมีการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลในการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ติดสุราตามระดับความรุนแรงของการติดสุรา

**เอกสารอ้างอิง**

1. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา รัตน์ไพบุลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา และโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย. 2554; 19: 88-102.
2. สุนทร ศรีโกสโย. ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสภาการพยาบาล. 2548; 25: 67-79.
3. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [สืบค้น 20 ธันวาคม 2557] เข้าถึงได้จาก [http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2020&Itemid=53](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2020&Itemid=53).
4. อังกูร ภัทรากร. แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรุนแรง (Hardcore). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
5. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2544.
6. สุกุม่า แสงเดือนฉาย, วิลาสลักษณ์ ชิววลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19: 30-41.
7. พนาวัลย์ จ้างประเสริฐ, ปรียาร์ตน์ บุญสง่า. ผลการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยติดยา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2554; 11: 2-17.
8. Suresh Kumar and Biju Thomas. Family intervention therapy in alcohol dependence syndrome: One-year follow-up study. Indian Journal Psychiatry. 2007; 49:200–204.



## คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

## การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณา ก่อน (เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมจะตีพิมพ์ กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

## ประเภทของบทความ

### 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ วัตถุประสงค์การ ผล วิจาร์ณ สรุปล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

### 2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจาร์ณ สรุปล กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

### 3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจาร์ณ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

### 4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจาร์ณและเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

### 5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

### 6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจาร์ณฯ ของผู้ย่อประกอบด้วย

## 7. จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

### การเตรียมต้นฉบับ

**ชื่อเรื่อง** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

**ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน** ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น พ.บ. (M.D) หรือ พย.บ. (B.N.)

**บทคัดย่อ** วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นที่ตรงจุดพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

**คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words)** ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

**บทนำ** อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

**วัตถุประสงค์และวิธีการ** อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์วิธีการทางสถิติที่ใช้

**ผล** แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจน ให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

**วิจารณ์** วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างน่าเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

**สรุป** สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก web site <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารอื่นๆ

## การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

### 1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (Vol.): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักขณ์ ชั่ววลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19:29-41.

2. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. Can J Psychiatry. 2012; 57:677-86.

หากมีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่เพียงชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษ หรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย

### 2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

**หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์**

1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ลิมบริเตอร์ การพิมพ์; 2545.
2. Beck. Aaron T. Cognitive Therapy Substance Abuse. New York : The Guilford Press; 1993.

**หนังสือมีบรรณาธิการ**

1. วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, ลำซ่า ลักษณะภิชนัชช, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. The social psychology of drug abuse. Philadelphia: Open University Press; 2001.

**บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา**

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. ธวัชชัย ลีพหนอง. ระบาดวิทยาของโรค ติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติด สารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2549 หน้า 3-23.

2. Leshner, Alan I. Drug Addiction is a Disease. In: Roman, Espejo, editor. California: Greenhaven Press; 2002. p. 19-24.

**3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conferance Proceedings)**

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Kimura J, Shibaski H, edtios. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

**4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์**

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. (ประเภท ปริญญา). ภาควิชา. คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. จรรยา ลากศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียน บ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
2. Silpakit C. A Study of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London: University of London ; 1998.

### 5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์:  
หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์.

### 6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1): [24 screens]. Available form : URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.
2. Hemodynamics III : the ups and downs of hemodynamics (computer program).Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

3. CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H.CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA; 1995.

### 7. อื่น ๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.
2. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 23 ง. (ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539.)

