

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดผู้เสพยาเสพติด
ของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด
ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี

จัดทำโดย นางสาวลักขณา รักนิยม
ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สังกัด ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี สำนักอนามัย

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้น รุ่น ๒๖
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙

๑. ชื่อเรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการการบำบัดผู้เสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่ร้ายแรง สืบเนื่องมาแต่ในอดีต จนถึงปัจจุบันที่สำคัญได้แพร่ระบาดไปยังทุกพื้นที่ของประเทศไทย ก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านทรัพยากรมนุษย์ ความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศชาติ การแพร่ระบาดมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องลุกลามไปสู่บุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ทั้งครอบครัว ชุมชน ทั้งในเขตเมือง และชนบท รวมถึงกลุ่มนักเรียน นักศึกษา จนทำให้ดูเหมือนว่ายาเสพติดเป็นปัญหาที่พบเห็นได้ทั่วไปในสังคม ประกอบกับปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดและแพร่กระจายของยาเสพติดยังคงดำรงอยู่ เช่น สถานบริการ และสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ส่งผลให้ปัญหาเสพติดเป็นภัยต่อสังคมไทยมากขึ้นอย่างกว้างขวางทั้งต่อบุคคล และสังคมโดยรวม โดยเฉพาะกระทบต่อสุขภาพการพัฒนาทางร่างกาย และทำลายสมองของเยาวชนที่เป็นพลังสำคัญในอนาคต ทำให้เกิดความล้มเหลวทางการศึกษา (ภัทรภร ปริดาศักดิ์ : ๒๕๕๓)

ปัจจุบันปัญหาเสพติดได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จนแพร่ระบาดเข้าสู่กลุ่มนักเรียน นักศึกษา และกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกลุ่มพลังสำคัญของประเทศชาติ จากการเปิดเผยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสถานการณ์ด้านยาเสพติดปี ๒๕๕๓ มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในโรงเรียน หรือสถานศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงจากร้อยละ ๑๙.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๕๑.๓ ในปี ๒๕๕๓ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่ยอมรับว่าการแก้ปัญหาเสพติดต้องดำเนินการไปพร้อมๆกันทั้ง ๓ ด้าน คือ ด้านการป้องกัน ด้านการปราบปราม และด้านการบำบัด นอกจากนี้ การติดยาเสพติดนับได้ว่าเป็นโรคชนิดหนึ่ง โดยผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพจิตผิดปกติ การแก้ปัญหาจึงเป็นการรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นเหยื่อของปัญหาสังคม จึงควรได้รับการช่วยเหลือ ประมาณว่าผู้ติดยาเสพติด ๑ คนจะสามารถแพร่ขยายทำให้มีผู้ติดยาเสพติด และมีโอกาสติดเพิ่มขึ้น ๙ คน เป็นอย่างน้อย (ภัทรภร ปริดาศักดิ์ : ๒๕๕๓) จากการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี ๒๕๕๗ พบว่ายาเสพติดที่มาอันดับหนึ่งคือ ยาบ้าร้อยละ ๘๖ รองลงมาคือกัญชา ร้อยละ ๔ ยาไอซ์ ร้อยละ ๓.๖ และกระท่อม ร้อยละ ๒.๗ (ไทยรัฐออนไลน์ : ๒๕๕๗) ปัจจุบันเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น จากรายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติดด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๒ - พ.ศ.๒๕๕๔ พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดปี ๒๕๕๒ ในระบบบังคับบำบัด ๘๕,๘๖๐ ราย รองลงมาในระบบสมัครใจ ๒๙,๔๕๖ ราย และระบบต้องโทษ ๑๖,๐๕๓ ราย รวมทุกระบบ ๑๓๑,๓๖๙ ราย ในปี ๒๕๕๓ ในระบบบังคับบำบัด ๙๒,๔๔๘ ราย รองลงมาในระบบสมัครใจ ๒๙,๖๐๕ ราย และระบบต้องโทษ ๑๕,๗๓๗ ราย ไม่ระบุ ๑ ราย รวม ๑๓๗,๗๙๑ ราย และปี ๒๕๕๔ ในระบบบังคับบำบัด ๑๑๘,๐๐๕ ราย รองลงมาในระบบสมัครใจ ๓๙,๑๕๘ ราย และระบบต้องโทษ ๑๖,๑๐๓ ราย ไม่ระบุ ๑ ราย รวม ๑๗๓,๒๖๗ ราย (กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๕๕) จะเห็นว่าปัญหาเสพติดยังเป็นปัญหาที่รุนแรง เนื่องจาก สถิติจากผู้เข้ารับการบำบัด เพิ่มขึ้นในทุกระบบ

เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดดำเนินเป็นไปตามวิสัยทัศน์กรุงเทพมหานคร ๒๕๗๕ เป็นมหานครปลอดภัยจากยาเสพติดสอดคล้องกับแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๗๕) คนกรุงเทพฯ ต้องไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

เพราะปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ หากแก้ไขไม่ได้จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความมั่นคง ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม และปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย ดังนั้น ในฐานะที่ผู้เขียนเป็นนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรีซึ่งเปิดคลินิกให้การบำบัดผู้ติดยาเสพติดมีความสนใจศึกษา มูลเหตุจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี เนื่องจากมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติย้อนหลัง ๓ พบว่า ปี ๒๕๕๖ มีผู้บำบัดรายใหม่ ๔๗ ราย ปี ๒๕๕๗ มีผู้บำบัดรายใหม่ ๑๒๗ ราย และปี ๒๕๕๘ มีผู้บำบัดรายใหม่ ๙๘ ราย เนื่องจากมีจำนวนผู้เสพยาเสพติดทั้งระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจ มีผู้ช่วยเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ปี ๒๕๕๖ มีผู้บำบัดรายใหม่ ๔๗ ราย บำบัดครบ ๒๙ ราย ปี ๒๕๕๗ มีผู้บำบัดรายใหม่ ๑๒๗ ราย บำบัดครบ ๙๓ ราย และปี ๒๕๕๘ มีผู้บำบัดรายใหม่ ๙๘ ราย บำบัดครบ ๖๙ ราย (ข้อมูลคลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี)

๓. วัตถุประสงค์

- ๓.๑ เพื่อการศึกษา มูลเหตุหรือปัจจัยในการเลิกเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชน ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติด ศูนย์ฯ ๔๓ มีนบุรี
- ๓.๒ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น
- ๓.๓ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ช่วยมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเสพยาซ้ำได้

๔. เป้าหมาย

กลุ่มเด็กและเยาวชน ที่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบกิจกรรม BMA Matrix Model ศูนย์ฯ ๔๓ มีนบุรี จำนวน ๙๘ ราย

๕. ความรู้ที่นำมาใช้ในการจัดทำรายงาน

๕.๑ ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ (Stage of change)

การบำบัดผู้ติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งต้องใช้เวลาในการศึกษาค้นคว้า และฝึกปฏิบัติจนผู้บำบัดเกิดความชำนาญ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัด เนื่องจากผู้บำบัดแต่ละคนมีความแตกต่างกันในแง่ประสิทธิภาพ และความสามารถ การบำบัดผู้รับการบำบัดแต่ละคนก็แตกต่างกันแล้วแต่สไตล์ของผู้บำบัด แต่จุดมุ่งหมายมีผลเหมือนกันคือต้องการให้ผู้รับการบำบัดเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด แต่เส้นทางของการเลิกยานั้นไม่จำเป็นต้องพบอุปสรรคมากมายโดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้รับการบำบัด หากไม่มีความเข้มแข็งเพียงพอก็อาจจะทำให้เลิกยาเสพติดไม่ได้ส่งผลให้กลับไปเสพยาซ้ำอีก ดังนั้น ผู้บำบัดมีหน้าที่เป็นเรือคอยส่งให้ผู้เข้ารับการบำบัดไปถึงฝั่ง คอยประคับประคองให้เกิดความตระหนักในปัญหา และมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง หน้าที่ของผู้บำบัดต้องส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรวิเคราะห์ให้ดีกว่าผู้รับการบำบัดอยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดควรมีการตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนี้ ๆ จะทำให้ผู้รับการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไป จนไปมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างคงทนถาวร ผู้รับการบำบัดอาจเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา หากแรงจูงใจยังไม่หนักแน่น การเปลี่ยนแปลงแบ่งออกเป็น ๖ ขั้นตอนดังนี้

๑. **ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre – Contemplation)** ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาเรื่องการใช้อายาเสพติด คิดว่าควบคุมได้ จะหยุดเมื่อไหร่ก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของตนเอง มองไม่เห็นผลเสีย มักโทษคนรอบข้าง การตอบสนองที่เหมาะสม คือให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดของสถานการณ์ปัจจุบัน

๒. **ขั้นลังเลใจ (Contemplation)** ได้รับผลกระทบบ้างแต่ไม่รุนแรง เช่น ถูกจับมีปัญหาเกี่ยวกับญาติ เป็นต้น เห็นว่าการใช้อายาเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ การตอบสนองที่เหมาะสม คือการพูดคุยถึงข้อดี ข้อเสียของการใช้อายาเสพติด

๓. **ขั้นตัดสินใจหยุดยาเสพติดอย่างจริงจัง (Determination)** ตระหนักถึงปัญหา อายาเสพติด เลิกยาเสพติด การตอบสนองที่เหมาะสมคือ (Menu) การให้ทางเลือกในการเลิกยาเสพติด ไม่ควรมีทางเลือกมากจะทำให้สับสน เลือกได้อย่างอิสระ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของป่วยเอง

๔. **ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)** เมื่อหยุดยาเสพติดแต่ยังไม่สำเร็จ พยายามทำตามที่ตนเองเลือก การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การส่งเสริมทำตามที่เลือกอย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจในวิธีการ ความชำนาญในการกระทำ ความหวัง และกำลังใจจะเป็นสิ่งสำคัญ

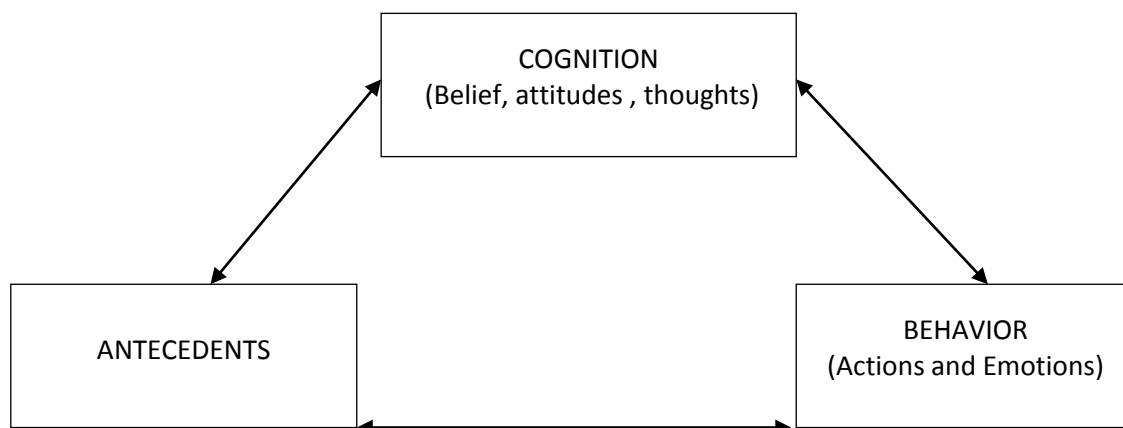
๕. **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)** อารมณ์ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกได้อย่างต่อเนื่อง ว่าตนเองเลิกยาเสพติดได้ การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การมีวิถีชีวิตที่สมดุล มีคุณค่า ดูแลสุขภาพ ผ่อนคลาย และออกกำลังกาย

๖. **การกลับไปมีปัญหาซ้ำ (Relapse)** นำพาตนเองไปสู่สถานการณ์ที่เสี่ยงมีการแประบางทางจิตใจ ไม่สามารถจัดการกับอาการอยากยาได้ ประมาท ปล่อยตัว ไม่ดูแลตนเอง เผลอใจกลับไปเสพซ้ำจะคิดรู้สึกผิด ไม่เคารพตนเอง ปฏิเสธความจริงจนควบคุมตนเองไม่ได้จึงกลับไปเสพซ้ำอีก การตอบสนองที่เหมาะสมคือ การตั้งผู้รับการบำบัดกลับสู่หนทางแห่งการหยุดใช้ยาให้เร็วที่สุด การประคับประคอง การให้กำลังใจ การยอมรับความอ่อนแอของตนเอง มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา และมุ่งมั่น เลิกยาต่อไป

แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่แล้วในตัวของผู้รับการบำบัดแต่เกิดขึ้นกับบริบทของความสัมพันธ์กับผู้บำบัด การให้คำปรึกษาระยะสั้นโดยผู้บำบัดมีทักษะความชำนาญมีผลต่อแรงจูงใจผู้รับการบำบัดและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระยะยาว

๕.๒ ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

CBT คือ กระบวนการทางความคิด ปัญหาทางจิตใจ และพฤติกรรมเป็นผลมาจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติหรือคิดแง่ลบ การบำบัดโดยวิธีการปรับพฤติกรรมจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึง Negative Cognition และเปลี่ยนแปลง Cognition ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง



พฤติกรรม การกระทำ และความรู้สึกของคนเราจะถูกกำหนดจาก ความเชื่อ ทักษะคิด การรับรู้ และกรอบความคิดในการรับรู้ ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะมองปัญหาอย่างมีเหตุผล การบำบัดต้องอธิบายให้เข้าใจถึงแนวคิด บทบาท ความร่วมมือของผู้ป่วย และกระบวนการในการบำบัด

หลักการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด ตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

(Cognitive behavioral techniques) CBT มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๕ หัวข้อ คือ

๑. ความสัมพันธ์ในการบำบัด (Collaborative therapeutic relationship) เป็นพื้นฐานในการบำบัด ความจริงใจ เปิดเผย ให้เกียรติ และความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยทั่วแล้วความร่วมมือในการบำบัดเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับการบำบัดทุกรูปแบบ และยังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักประสบปัญหาต่างๆ มีความรู้สึกอับอาย และแปลกแยกอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด การรับฟังความเห็นของผู้ป่วยในช่วงแรกของการบำบัดจะช่วยให้ความสัมพันธ์ในการบำบัดมีความมั่นคงขึ้น แต่การยอมรับว่าการกลับไปใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราว และพฤติกรรมด้านลบอื่น เป็นเรื่องที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัดจะทำให้ผู้บำบัดลดความรู้สึกด้านลบที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้การปรับมุมมองใหม่ (reframe) จะช่วยลดความรู้สึกอึดอัดใจในการดูแลผู้ป่วย

๒. การสร้างกรอบแนวความคิดในการอธิบายปัญหาของผู้ป่วย (Cognitive case conceptualization) การพยายามเข้าใจผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้บริบททางสังคมของเขาจะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถกำหนดวิธีการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนนี้สามารถแบ่งออกเป็น ๖ ขั้นตอน คือ

๒.๑ ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการวางแผนการบำบัด การมีภาพรวมทั้งหมดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคนรอบข้างทำให้เข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลในการยังคงใช้ยาเสพติดหรือปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพติด

๒.๒ การซักถามเกี่ยวกับปัญหา และการดำเนินชีวิตในปัจจุบันจะช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจปัญหาในปัจจุบัน และสาเหตุที่ทำให้เขายังคงมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

๒.๓ ผู้ป่วยติดยาเสพติด มักจะมีปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตเวชร่วมด้วย

๒.๔ ประวัติพัฒนาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ทางสังคม การศึกษา การเจ็บป่วยทางกาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวช ข้อมูลทั้งหมดจะนำไปสู่ความเข้าใจร่วมกันของผู้ป่วย และผู้บำบัดเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาเสพติด

๒.๕ กระบวนการคิดที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวข้องกับตัวกระตุ้น ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด ความคิดอัตโนมัติ และความเชื่อที่อนุญาตให้ใช้ยาเสพติด

๒.๖ การสร้างสมมุติฐานในการอธิบายถึงพัฒนาการและความคงอยู่ของพฤติกรรมเสพติดภายใต้กรอบแนวคิดของ CBT จะเชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิต ความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด และวิธีการแก้ปัญหาซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมซ้ำๆ ในการใช้ยาเสพติด

๓. โครงสร้างในการบำบัด (Structure) ประกอบด้วย

การกำหนดเนื้อหาการพูดคุยแต่ละครั้ง ตรวจสอบอารมณ์ เชื่อมโยงกับชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ผ่านมา พิจารณาประเด็นที่จะพูดคุย เน้นประเด็นของความยากและตัวกระตุ้นที่ทำให้เสี่ยงในการกลับไปใช้ยาเสพติด เทคนิคในการประเมิน และการค้นหาความสัมพันธ์ของความเชื่อ กรอบแนวคิดอัตโนมัติ อารมณ์ และสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ผิดพลาด สรุปเกี่ยวกับสิ่งที่พูดในชั่วโมงการบำบัด การบ้านถือเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัด และการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดในแต่ละครั้ง

๔. **Socialization** ผู้ป่วยถูกวางเงื่อนไขการเรียนรู้ให้มีวิธีคิดทำให้เขาอยู่ในสภาพเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ดังนั้นการบำบัดจะทำได้โดยการสอนและฝึกให้ผู้ป่วยพัฒนาความคิดและความเชื่อในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด จากแนวคิด พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากลักษณะความคิดที่ผิดปกติ การบำบัดแนวคิดนี้คือ การเปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบ หรือความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมองโลกอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

๕. **Cognitive behavioral techniques** ผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกทั้งอยากจะเลิก แต่ก็ยังอยากใช้ยาเสพติดต่อไป ประเด็นสำคัญในการบำบัดคือ การทำลาย และเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด จากนั้นทำให้ความเชื่อในการควบคุมตนเองเข้มแข็งขึ้น การใช้คำถามปลายเปิดช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดของตนเข้าด้วยกัน (เฮียร์ชชั้ งามทิพย์วัฒนา, ๒๕๔๙:๑๖๕-๑๘๑)

๕.๓ ทฤษฎีการให้คำปรึกษา (Counseling)

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ อันดีต่อกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยมีปัญหาเป็นตัวกลาง ผู้รับการปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้น การให้การปรึกษาที่นำมาใช้คือ

๑. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ที่เสพยาเสพติดเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเอง ยอมรับที่จะแก้ไขปัญหา ค้นหาสาเหตุ และแนวทางที่จะปฏิบัติตนในการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีเป้าประสงค์ ๓ ประการ

- การป้องกันปัญหา (Prevention)
- การแก้ไขปัญหา (Remedial)
- การส่งเสริมพัฒนาตนเอง (Growth Engendering)

๒. การให้การปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) การให้บุคคลในครอบครัวได้ร่วมปรึกษา ร่วมกิจกรรม เพื่อให้มีความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของบุคคลในครอบครัว ยอมรับ และให้ความร่วมมือชี้แนะ ปรึกษา ประคับประครอง ส่งเสริมเป็นกำลังใจ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน กระบวนการให้คำปรึกษา มี ๗ ขั้นตอน ดังนี้

- การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ รู้สึกดี คุ้นเคย อบอุ่นใจ นำสู่การเปิดเผยปัญหา

- การรวบรวมข้อมูล เพื่อเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย
- การวิเคราะห์ข้อมูล หรือปัญหาการจัดระบบและจัดลำดับข้อมูล / ปัญหา ตามความจำเป็นก่อนหลัง ในการแก้ไขปัญหา
- การวางแผนหรือการกำหนดเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยร่วมรับรู้เพื่อกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนถึงผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายหลังปัญหาทุเลาเบาบางลงแล้ว
- การดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยตามแผน ผู้ป่วยต้องแสดงศักยภาพอย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้บรรลุเป้าหมาย

- ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะพึ่งตนเองได้มากขึ้น การตรวจสอบความเข้าใจร่วมกัน

- การประเมินผลการช่วยเหลือ ที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วในแต่ละราย (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ ๒๕๔๖:๒๗-๓๔)

๕.๔ การวิเคราะห์ภายในและภายนอกของคลินิกยาเสพติดศูนย์บริการสาธารณสุข

๔๓ มีนบุรี ด้วย การวิเคราะห์ SWOT / Analysis

ปัจจัยภายใน ได้แก่

- จุดแข็ง (S: Strengths) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายในของคลินิกยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี จุดเด่นเรื่องใดบ้างที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินงานในปัจจุบัน

- จุดอ่อน (W: Weakness) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายในของคลินิกยาเสพติดศูนย์ฯ ๔๓ มีนบุรี ที่เกี่ยวกับความอ่อนแอ ส่วนเสีย ข้อจำกัด ความไม่ราบรื่นในการดำเนินงานขององค์กรในปัจจุบัน

ปัจจัยภายนอก ได้แก่

- โอกาส (O: Opportunities) สามารถนำโอกาสใหม่ ๆ มีผู้ช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานในองค์กร

- อุปสรรค (T:Threat) เป็นการพิจารณาปัจจัยภายนอกองค์กร มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคหรือภาวะคุกคาม ก่อให้เกิดผลเสียมีผลกระทบต่อการทำงานของคลินิกยาเสพติด ศูนย์ฯ ๔๓ มีนบุรี

ปัจจัยภายใน	
จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
๑. มีทีมสหวิชาชีพ	๑. พื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก
๒. นโยบายชัดเจน	๒. เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย ปริมาณงานมาก
๓. เป็นงานด้านเดียว	๓. ไม่มีแพทย์ประจำคลินิก
๔. สถานที่เป็นสัดส่วน	๔. การเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ
๕. มีงบประมาณ	๕. อุปกรณ์สำนักงานไม่เพียงพอ เช่น ings คลินิกมีคอมพิวเตอร์ ๑ เครื่อง
ปัจจัยภายนอก	
โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
๑. มีแผนงานยุทธศาสตร์ชัดเจน	๑. สำนักงานคุมประพฤติส่งผู้รับการบำบัด บางรายที่เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติด
๒. ยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ	๒. เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ เช่น ทหาร ตำรวจ และเจ้าหน้าที่เขตต่างๆ ลงไป ติดตามผู้ผ่านการบำบัด ทำให้ข้อมูลไม่ เป็นความลับ
๓. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องให้ความ ร่วมมือและร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ตำรวจ ทหาร เป็นต้น	๓. ผู้ป่วยระบบสมัครใจที่ตำรวจส่งเข้าบำบัด ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

๖. กรอบแนวทางการดำเนินการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๖.๑ แนวทางการดำเนินงาน: ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใหม่

๑. การคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดโดยฝ่ายธุรการจะเป็นผู้จัดทำแฟ้มประวัติ บัตรผู้ป่วย ส่งให้พยาบาล เพื่อคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต การเต้นของชีพจร และ x-ray ปอด ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสุขภาพ พยาบาลต้องส่งผู้ป่วยพบแพทย์ทันที หากผู้ป่วยไม่ปัญหาเรื่องสุขภาพ จะสอบถามอาการทางกายทั่วไป การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ใหม่น้อยเพียงใด และตรวจปัสสาวะ และตรวจปัสสาวะสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง หลังจากนั้นส่งผู้ป่วยพบนักสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการต่อไป

๒. นักสังคมสงเคราะห์จะดำเนินการสัมภาษณ์ แบ่งได้เป็น ๓ ช่วงดังนี้

- การสัมภาษณ์แรกรับ ชี้แจงขั้นตอนการบำบัด ตกลงบริการ บสต.๒, บสต.๓

และประเมินวินิจัยทางสังคม

- การให้คำแนะนำอย่างย่อ (Brief Advices) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัด และผู้บำบัดต้องวิเคราะห์ให้ดีกว่าผู้ป่วยติดยาระดับไหน สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้เร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย

- การให้การปรึกษาระยะแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจมีความรู้สึกดี อบอุ่นใจ คั่นเคย นำสู่การเปิดเผยปัญหา ร่วมค้นหาสาเหตุ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเองยอมรับที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระยะต่อมาเป็นการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดโดยการร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตัวเอง ผู้บำบัดจะเป็นผู้สนับสนุนทางบวก ชื่นชม ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเอง ในการเลิกยาเสพติดอย่างถาวร หลังจากนั้นจะเป็นการให้การปรึกษา ก่อน-หลัง การตรวจเลือดโดยสมัครใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV จะต้องให้การปรึกษาโดยดูจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยก่อน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ไปแพร่เชื้อกับผู้อื่น หรือต้องมีการป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อ เป็นต้น

๓. นักจิตวิทยา จะดำเนินการ ประเมิน สำรวจ วิเคราะห์ สภาพสุขภาพจิต กับผู้ป่วย เพื่อค้นหา อธิบาย แนวโน้ม อารมณ์ ความคิด พัฒนาการ ความถนัด บุคลิกภาพ สาเหตุของปัญหา สุขภาพจิตระดับเบื้องต้น

๖.๒ แนวทางการดำเนินงาน: กิจกรรม BMA Matrix Model ให้ความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด แบ่งการบำบัดเป็น ๓ ขั้นตอน ดังนี้

๑.ขั้นเตรียมความพร้อม นำรูปแบบ BMA Matrix Model มาศึกษาวิเคราะห์ตามหัวข้อกิจกรรมเพื่อประยุกต์ให้เหมาะสมกับการทำกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดได้คัดเลือกหัวข้อกิจกรรมที่เหมาะสม

๒.ขั้นดำเนินการ

- ระบบบังคับบำบัด การนัดทำกิจกรรมกลุ่มในวันจันทร์หรือวันศุกร์ในเวลาราชการ รอบที่ ๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. รอบที่ ๒ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น. และรอบที่ ๓ นอกเวลาราชการ เวลา ๑๖.๐๐ – ๒๐.๐๐ น. เป็นการให้ความรู้ และทำกิจกรรมในรูปแบบการปรึกษารายบุคคล (IC มี ๑๐ เรื่อง) การเลิกยาระยะเริ่มต้น (ER มี ๘ เรื่อง) และการป้องกันการเสพยา (RP มี ๓๒ เรื่อง) ในวันพุธ ในเวลาราชการ รอบที่ ๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๑.๐๐ น. รอบที่ ๒ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. และรอบที่ ๓ นอกเวลาราชการ เวลา ๑๖.๐๐ – ๒๐.๐๐ น. เป็นการให้ความรู้ และกิจกรรมในรูปแบบครอบครัวศึกษา (FE มี ๑๐ เรื่อง) ต้องมีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวละ ๑ – ๒ คน กิจกรรมทำครั้งละ ๓ – ๔ เรื่อง และการให้คำปรึกษารายบุคคล และครอบครัว สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ในช่วง ๒ เดือนแรก และเดือนละ ๑ ครั้งในเดือนต่อไป

- ระบบสมัครใจ การนัดทำกิจกรรมกลุ่มในวันอังคารหรือวันพฤหัสบดี ในเวลาราชการ รอบที่ ๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. รอบที่ ๒ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น. เป็นการให้ความรู้ และทำกิจกรรมในรูปแบบการปรึกษารายบุคคล (IC มี ๕ เรื่อง) การเลิกยาระยะเริ่มต้น (ER มี ๕ เรื่อง) การป้องกันการเสพยา (RP มี ๑๒ เรื่อง) และกลุ่มครอบครัวศึกษา (FE มี ๔ เรื่อง) ต้องมีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวละ ๑ – ๒ คน กิจกรรมทำครั้งละ ๓ – ๔ เรื่อง และการให้คำปรึกษารายบุคคล และครอบครัว สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จนกว่าจะผ่านเกณฑ์การบำบัด สรุปกิจกรรมได้ตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางกิจกรรมการบำบัด BMA Matrix Model

ระบบ	เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
ระบบบังคับบำบัด	วันจันทร์หรือวันศุกร์ในเวลา ราชการ รอบที่ ๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. รอบที่ ๒ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น. รอบที่ ๓ นอกเวลาราชการ เวลา ๑๖.๐๐ – ๒๐.๐๐ น.	ทำกิจกรรมในรูปแบบ - การปรึกษารายบุคคล (IC มี ๑๐ เรื่อง) - การเลิกยาระยะเริ่มต้น (ER มี ๘ เรื่อง) - การป้องกันการเสพยา (RP มี ๓๒ เรื่อง)	มีการให้ คำปรึกษา รายบุคคล และ ครอบครัว สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ในช่วง ๒ เดือนแรก และ เดือนละ ๑ ครั้ง
	วันพุธ ในเวลาราชการ รอบที่ ๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๑.๐๐ น. รอบที่ ๒ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. และ รอบที่ ๓ นอกเวลาราชการ เวลา ๑๖.๐๐ – ๒๐.๐๐ น.	ทำกิจกรรมในรูปแบบครอบครัว ศึกษา (FE มี ๑๐ เรื่อง) ต้องมีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ ๑ – ๒ คน กิจกรรมทำครั้งละ ๓ – ๔ เรื่อง	ในเดือนต่อไป ครั้ง หรือตาม ความเหมาะสม
ระบบสมัครใจ	วันอังคารหรือวันพฤหัสบดี ในเวลาราชการ รอบที่ ๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. รอบที่ ๒ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.	ทำกิจกรรมในรูปแบบการปรึกษา รายบุคคล (IC มี ๕ เรื่อง) - การเลิกยาระยะเริ่มต้น (ER มี ๕ เรื่อง) - การป้องกันการเสพยา (RP มี ๑๒ เรื่อง) - กลุ่มครอบครัวศึกษา (FE มี ๔ เรื่อง) ต้องมีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ ๑ – ๒ คน กิจกรรมทำครั้งละ ๓ – ๔ เรื่อง	มีการให้ คำปรึกษา รายบุคคล และ ครอบครัว สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง หรือตาม ความเหมาะสม

คำศัพท์เฉพาะ

IC คือ การปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)

ER คือ การเลิการระยะเริ่มต้น (Early Recovery)

RP คือ การป้องกันการเสพยา (Relapse Prevention)

FE คือ ครอบครัวศึกษา (Family Education)

เกณฑ์การประเมินผลการบำบัด

- ระบบบังคับบำบัด

ต้องเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม ๑๒๐ วัน (๔ เดือน) ๑๖ ครั้งใน ๔ สัปดาห์ กิจกรรมมีทั้งหมด ๖๐ เรื่อง ต้องเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า ๓๕ เรื่อง ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย ๒ ครั้ง และผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ๔ ครั้งสุดท้ายต้องไม่พบสารเสพติด การประเมินผลแบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ประเมิน ๙๐ วัน และ ๑๒๐ วัน หากผู้ป่วยไม่ผ่านการประเมิน จะขยายเวลาการบำบัด ครั้งละ ๓๐ วัน หรือ ๖๐ วัน ตามความเหมาะสม จนกว่าจะผ่านเกณฑ์การบำบัด หากขาดการบำบัดต่อเนื่อง ๔ สัปดาห์ , ย้ายที่อยู่ , ถูกจับ , เสียชีวิต ประเมินแล้วส่งกลับคืนสำนักงานคุมประพฤติ

- ระบบสมัครใจ

ต้องเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม ๖๐ วัน (๒ เดือน) ๘ ครั้งใน ๘ สัปดาห์ กิจกรรมมีทั้งหมด ๓๐ เรื่อง ต้องเข้าร่วมไม่น้อยกว่า ๑๕ เรื่อง ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย ๑ ครั้ง และผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ๒ ครั้งสุดท้ายต้องไม่พบสารเสพติด หากผู้ป่วยไม่ผ่านการประเมิน จะขยายเวลาการบำบัดตามความเหมาะสม จนกว่าจะผ่านเกณฑ์การบำบัด ดังตารางต่อไปนี้

ตารางการทำกิจกรรม ๑๖ ครั้ง

ครั้งที่	หัวข้อ	หมายเหตุ
เตรียม ความ พร้อม	IC ๑ + ER ๑+๒+๓ ข้อตกลงและคำยินยอมในการรักษา วงจรรการใช้ยา ตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน	รายบุคคล (IC๑) ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ
๑	ER ๕ + ER๖ , RP๑ + RP๙ ๕.การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการเลิกยา ๖.ปัญหาต่าง ๆ ของการเลิกยาระยะเริ่มต้น ๑.สุรยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย ๙.การหยุดยาเสพติดทุกชนิด	ในระบบบังคับบำบัด
๒	ER๗ + RP๑๑ ๗.ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ๑๑.การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	IC๒ + IC๔ การหยุดใช้ยาและการจัด ตารางประจำวัน ฝึนเกี่ยวกับการเสพยาระหว่าง การเลิกยา ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ
๓	ER๔ + ER๘ + RP๓๐ + RP๓๒ แนะนำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง+ข้อควรจำง่ายๆ เคล็ดลับจากกลุ่ม หลักการ ๑๒ ขึ้นตอน ๓๒.หยุดเสพยาทีละวัน ๓๐.โปรแกรม ๑๒ ขึ้นตอน	ในระบบบังคับบำบัด
๔	FE๑ + FE๕/FE๒ + FE๔ ตัวกระตุ้นและการอยากยา+เส้นทางสู่การเลิกยา หรือ ยาบ้า: จากสวรรค์สู่นรก+สุรา และร่างกาย	IC๗ การสนับสนุนจากครอบครัว ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ
๕	RP๑๗ + RP๑๙ ๑๗.การดูแลตนเอง + ๑๙.การเจ็บป่วย	IC๓ + RP๑๐ สารกระตุ้นประสาทและ เพศสัมพันธ์+เพศสัมพันธ์กับ การเลิกยา ในระบบบังคับบำบัด
๖	RP๒ + RP๔ + RP๖ ๒.ความเบื่อ+๔.งานและการเลิกยา ๖.การทำตัวไม่ให้ว่าง	ในระบบบังคับบำบัด
๗	RP๑๖ + RP๒๘ ๑๖.การหาเหตุผลในการกลับไปเสพซ้ำครั้งที่ ๑ ๒๘.พฤติกรรมซ้ำๆและการป้องกัน	ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ

ตารางการทำกิจกรรม ๑๖ ครั้ง (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อ	หมายเหตุ
๘	RP๘ + RP๑๒ + RP๒๖ ๘.การพูดความจริง+๑๒.ความไว้วางใจ ๒๖.การฟื้นฟูสัมพันธภาพ	ในระบบบังคับบำบัด
๙	RP๑๘ + RP๒๙ ๑๘.ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ ๒๙.การจัดการกับภาวะซึมเศร้า	IC๖,๘ ระยะอุปสรรค อารมณ์และการเลิกยาเสพติด ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ
๑๐	RP๑๓ + RP๒๔ + RP๒๕ ๑๓.จงทำตนเป็นคนฉลาด ๒๔.การยอมรับ ๒๕.การสร้างเพื่อน ใหม่	ในระบบบังคับบำบัด
๑๑	RP๗ + RP๑๔ + RP๑๕ ๗.แรงจูงใจในการเลิกยา + ๑๔.สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ๑๕.ความรับผิดชอบชีวิตประจำวัน	IC๕ การทบทวนสถานภาพผู้ป่วย ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ
๑๒	FE๖ + FE๗ / FE๘ + FE๙ + FE๑๐ มันไม่ใช่ปัญหาของฉัน+การหลีกเลี่ยงและการจัดการกับการ กลับไปติดยาซ้ำ หรือปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการติดยา+การใช้ ชีวิตร่วมกับผู้ติดยา	ในระบบบังคับบำบัดและ ระบบสมัครใจ
๑๓	RP๕ + RP๒๑ ความรู้สึกลบและความล้าใจ การหาเหตุผลไปใช้ยาครั้งที่๒	ในระบบบังคับบำบัด
๑๔	RP๒๐ + RP๒๒ ๒๐.การรับรู้ภาวะตึงเครียด+๒๒.การลดภาวะตึงเครียด	ในระบบบังคับบำบัดและระบบ สมัครใจ
๑๕	RP๓ + RP๓๑ ๓.การหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ ๓๑.การเตรียมตัวรับมือกับช่วงเวลาที่ต้องหยุดพัก	ในระบบบังคับบำบัด
๑๖.	RP๒๓ + RP๒๗ ๒๓.วิธีจัดการกับความโกรธ ๒๗.การทำจิตใจให้สงบ	IC๙ การประเมินภายหลังการบำบัด ในระบบบังคับบำบัด

หมายเหตุ กิจกรรม IC ทำก่อนหรือหลังการเข้ากลุ่มตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

๓. การติดตามผล

- ระหว่างบำบัด หากพบว่าผู้ป่วยไม่มาบำบัดตามนัดหมาย จะติดตามโดยการเยี่ยมบ้านโทรศัพท์ และไปรษณียบัตร
- หลังการบำบัด เมื่อเข้ารับการบำบัดครบทุกขั้นตอน ต้องติดตาม ๔-๗ ครั้ง / ปี โดยการนัดผู้ป่วยมาพบ การเยี่ยมบ้านโทรศัพท์ และไปรษณียบัตร
- ๖.๓. ประเมินความรู้ โดย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการสร้างภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติด
- ๖.๔. ประเมินผลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดของผู้ป่วย อยู่ในระดับใด (ปกติ ต่ำ เสี่ยง)
- ๖.๕. จัดทำสรุปรายงาน เพื่อนำเสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓

มีนบุรี

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- ๑) แพทย์รักษาโรคทั่วไป
- ๒) พยาบาลวิชาชีพ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ตรวจปัสสาวะ
- ๓) นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การปรึกษาและทำกิจกรรมในการบำบัด
- ๔) นักจิตวิทยา ประเมินสถานะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด
- ๕) เจ้าหน้าที่ธุรการจัดทำ OPD Card ลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์
- ๖) ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด คลินิกยาเสพติดศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรี

๗. ระยะเวลาดำเนินงาน

๗.๑. กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากยาเสพติดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด ในคลินิกยาเสพติดศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มีนบุรีดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

๗.๒. กิจกรรม MBA Matrix Model ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดตามโปรแกรม ๑๒๐ วัน จำนวน ๑๖ ครั้ง ใน ๑๖ สัปดาห์ ต่อผู้ป่วย ๑ ราย ดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ (ตามปีงบประมาณ) ผู้ป่วยระบบสมัครใจตามโปรแกรม ๖๐ วัน จำนวน ๘ ครั้ง ใน ๘ สัปดาห์ ต่อผู้ป่วย ๑ ราย

๘. งบประมาณ

ไม่มีงบประมาณของหน่วยราชการหรือของกรุงเทพมหานคร

๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล

กิจกรรมในรูปแบบ BMA Matrix Model จะสำเร็จได้โดยการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนที่เข้ารับการบำบัด และผู้บำบัด ในการร่วมกิจกรรมดังกล่าวครบตามขั้นตอนและกระบวนการที่เหมาะสม จะนำไปสู่การติดตาม และประเมินผล ดังต่อไปนี้

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	วิธีการ/เครื่องมือ
<u>เป้าหมาย (Output)</u> ๑. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม BMA Matrix Model	๑. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม BMA Matrix Model ๘๐% ของเป้าหมายที่วางไว้	๑. แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมทำกิจกรรมของผู้ป่วย
<u>วัตถุประสงค์ (Outcome)</u> ๑. ศึกษาผลเหตุจูงใจในการเลิกยาเสพติดของเด็กและเยาวชนในคลินิกยาเสพติด ศูนย์ฯ๔๓มีนบุรี ๒. ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเสพติด	๑. ทราบถึงผลเหตุจูงใจในการเลิกยาเสพติดของเด็กและเยาวชนในคลินิกยาเสพติด ศูนย์ฯ๔๓ มีนบุรี ๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด ศูนย์ฯ๔๓ มีนบุรีไม่กลับไปเสพติดซ้ำ	๑. แบบสอบถามผลเหตุจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ๒. รายงานการติดตามผลหลังการรักษาโดยการเก็บปัสสาวะ ๔-๗ ครั้ง/ปี

๑๐. ข้อเสนอแนะ

- การส่งเสริมให้มีกลุ่มช่วยกันเอง เป็นการรวมตัวของผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยสมัครใจ เพื่อมาเป็นวิทยากร หรือผู้นำกลุ่มกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีต่อไป

- ควรมีการกำหนดชุมชนนำร่องในการค้นหาผู้เสพติด และผ่านกระบวนการบำบัดโดยชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมดำเนินการ

- ควรจัดให้มีกิจกรรมเสริม เช่น กิจกรรมนันทนาการด้านต่างๆ การเล่นเกม กลุ่มสัมพันธ์ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความสนุกสนาน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

