

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. ศาสนา () 1. พุทธ
() 2. อิสลาม
() 3. คริสต์
() 4. อื่น ๆ ระบุ.....

3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. ม่าย/แยก/หย่า

4. ระดับการศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมตอนต้น
() 4. มัธยมตอนปลาย
() 5. ปวช./ปวส. หรืออนุปริญญา
() 6.ปริญญาตรี
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....

5. อาชีพของท่านก่อนเข้าบำบัดรักษา
() 1. นักเรียน/นักศึกษา () 2. รับจ้าง
() 3. เกษตรกรรม () 4. ประมง
() 5. ค้าขาย () 6. ว่างาน
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ต่อเดือน (โดยประมาณ).....บาท

7. อุปนิสัยของท่าน

() ร่าเริงแจ่มใส () แยกตัว () ฟังพหูอื่น

8. สัมพันธภาพภายในครอบครัว

() รักใคร่สามัคคี ช่วยเหลือกันดี () รักใคร่สามัคคี ทะเลาะกันบ้างเล็กน้อย
() ต่างคนต่างอยู่ไม่ช่วยเหลือนกัน () ไม่ราบรื่น ทะเลาะวิวาทกันบ่อยๆ

9. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว

() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ () มีเหลือเก็บ

10. สารเสพติดที่ท่านใช้ครั้งแรกคือ

() 1. บุหรี่ () 2. สุรา
() 3. สารระเหย () 4. ยาบ้า
() 5. กัญชา () 6. เฮโรอีน
() 7. ฟิ่น () 8. ยาอี
() 9. อื่น ๆ ระบุ.....

12. ท่านเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปีเดือน

13. ระยะเวลาที่ท่านเสพยาเสพติดปีเดือน

14. ท่านเคยมีประสบการณ์การเลิกยาเสพติด

() 1. ไม่เคย () 2. เคย หยุดได้นานที่สุด.....วัน/เดือน/ปี

15. ปัจจุบันท่านมีความตั้งใจจริงในการเลิกยาเสพติดหรือไม่

() 1. ตั้งใจเลิกยาเสพติด () 2. ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติด

ส่วนที่ 2 ด้านแรงจูงใจ ความพร้อม และความต้องการในการบำบัดรักษาเพื่อเลิกยาเสพติด (M)
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันมีความรู้ การบำบัดรักษา ที่ถูกต้อง ครบขั้นตอน					
2. ฉันตัดสินใจ เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง					
3. ฉันมั่นใจว่าระบบการรักษาจะช่วยให้ตนเองเลิกยาได้จริง					
4. ฉันตั้งใจดูแลตัวเองให้ดีขึ้นกว่าขณะใช้ยาเสพติด เพื่อเลิกยาเสพติด					
5. ฉันพยายามรับผิดชอบต่อตัวเองมากขึ้นเพื่อเลิกยาเสพติด					
6. ฉันตั้งใจสร้างระเบียบวินัยในตนเองเพื่อเลิกยาเสพติด					
7. ฉันลดพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น การโกหก เอาเปรียบผู้อื่น เพื่อเป็นคนดี					
8. ฉันจะไม่กระทำความเสี่ยงที่ผิดต่อกฎระเบียบขณะบำบัด					
9. ฉันจะสนใจและเข้าใจผู้อื่นให้มากขึ้น เช่น ครอบครัว ผู้ให้การบำบัด					
10. ฉันพยายามฝึกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง					
11. ฉันพยายามควบคุมตัวเองเพื่อป้องกันความเสี่ยง ในสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก เช่น เพื่อนชักชวนให้กระทำผิด					
12. ฉันพยายามใช้ชีวิตที่สร้างสรรค์					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13.ฉันตั้งใจสร้างคุณค่าให้กับชีวิตตนเองเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับ					
14. ขณะนี้ฉันกำลังพยายามอย่างจริงจังในการบำบัดรักษาเสพติด					
15.ฉันตัดสินใจที่จะเข้าบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ชุมชนบำบัด)					

ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (S)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. พยายามให้ความสนใจในการรักษาของฉัน					
2. พยายามให้คำปรึกษาในเรื่องการบำบัดรักษา					
3. พยายามให้ความรู้เรื่องการติดยาและการเลิกยา					
4. พยายามให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในขณะที่ฉันมีปัญหา ในระหว่างการบำบัด					
5. ครอบครัวเอื้ออาทรให้กำลังใจในขณะที่บำบัดฯ					
6. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในการบำบัด					
8. ครอบครัวอำนวยความสะดวกในอุปกรณ์ของใช้ในระหว่างการบำบัด					
9. ครอบครัวช่วยแก้ปัญหาต่างๆ เพื่อเอื้อต่อการบำบัดรักษา					
10. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลการบำบัด					
11. เพื่อนแนะนำสนับสนุนแนวทางการบำบัดรักษาของฉัน					
12. เพื่อนบอกเล่าประโยชน์ในการรักษาให้ทราบ					
13. เพื่อนบอกเล่าวิธีการเลิกยาที่ถูกต้องให้ทราบ					
14. ฉันจะนำประสบการณ์ที่ดีจากเพื่อนมาใช้กับตนเอง					
15. ฉันมั่นใจว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม					

ส่วนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจกิจกรรมที่ได้รับขณะบำบัด (A)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. กิจกรรมที่ท่านได้รับขณะบำบัดทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น					
2. ท่านมีความรู้สึกผ่อนคลายกับการได้ร่วมทำกิจกรรม					
3. ท่านมีความรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลินกับการร่วมกิจกรรม					
4. กิจกรรมที่ท่านได้รับช่วยให้ท่านลดความเครียดและวิตกกังวล					
5. ท่านรู้สึกมีกำลังใจที่เข้มแข็งขึ้นจากการร่วมทำกิจกรรม					
6. ท่านเกิดการเรียนรู้กิจกรรมที่ไม่ต้องใช้เวลาเสียด					
7. ท่านรู้จักการเข้าสังคมได้มากขณะทำกิจกรรม					
8. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้ท่านได้พัฒนาตนเอง					
9. กิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ท่านเกิดสติ					
10. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับกิจกรรมที่ท่านได้รับ					

ส่วนที่ 5 การประเมินความพึงพอใจการได้รับกลุ่มบำบัด (G)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน () และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น					
2. ท่านได้เรียนรู้สภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลอื่น					
3. ท่านได้แนวคิดต่างๆ เพื่อนำไปแก้ปัญหาที่กำลังประสบอยู่					
4. ท่านสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีความเข้าใจและรู้จักตนเองมากขึ้น					
5. ท่านเข้าใจผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น					
6. ท่านกล้าแสดงออกและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น					
7. ท่านกำลังหายจากโรคสมองคิดยา					
8. ท่านรับรู้โทษและพิษภัยของยาเสพติด					
9. ท่านรู้วิธีแก้ปัญหาคาการเลิกยาในระยะเริ่มต้น					
10. ท่านทำข้อสัญญาเพื่อการเลิกยาเสพติดด้วยความเต็มใจ					

ประวัติส่วนตัวผู้ป่วย

วันที่.....

ประวัติส่วนตัว

1. ชื่อสกุล..... อายุ..... วันเดือนปีเกิด.....
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
สถานที่ใกล้เคียง.....

3. อาชีพปัจจุบัน..... ชื่อสถานที่ประกอบอาชีพ.....
รายได้.....บาท

4. วุฒิการศึกษา.....สถานศึกษา.....

5. ความสามารถพิเศษ.....

6. สถานภาพสมรส.....

7. ชื่อสกุลคู่สมรส.....อายุ..... เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
อาชีพ.....รายได้.....บาท

8. มีบุตร.....ชาย.....คน หญิง.....คน ขณะนี้อยู่ในการอุปการะของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ประวัติครอบครัว

9. บิดาชื่อ.....อายุ..... ที่อยู่.....อาชีพ.....
รายได้.....บาท สถานที่ประกอบอาชีพบิดา.....

10. มารดาชื่อ.....อายุ..... ที่อยู่.....อาชีพ.....
รายได้.....บาท สถานที่ประกอบอาชีพมารดา.....

11. จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดา.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน ผู้ป่วยเป็นคนที่.....

คนที่ 1 ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

คนที่ 2 ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

คนที่ 3 ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

คนที่ 4 ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

คนที่ 5 ชื่อ.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประวัติการใช้ยาเสพติด

12. เสพยาเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ..... ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก.....
วิธีการเสพ..... สาเหตุที่ใช้ครั้งแรกคือ.....ระยะเวลาที่เสพ.....ปี.....เดือน

13. เคยเข้ารับการบำบัดรักษารวม.....ครั้ง รูปแบบการรักษา..... ครอบกําหนด...ครั้ง ไม่ครอบกําหนด.....ครั้ง สาเหตุที่ไม่ครอบกําหนด.....

14. เคยต้องโทษตามกฎหมาย.....ครั้ง คดี.....โทษตัดสิน.....

15. บุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....
16. ความมั่นใจในการรักษา.....
17. งานที่ชอบ
18. งานที่ไม่ชอบ
19. ความสามารถพิเศษ.....
20. กีฬาที่ชอบ.....
21. บุคคลที่ชอบขณะอยู่ที่นี้.....
- 22 บุคคลที่ไม่ชอบขณะอยู่ที่นี้.....
- 23 ยอมรับผู้ที่มีหน้าที่สูงกว่าหรือไม่.....
24. ยอมรับข้อบกพร่องของตนเองหรือไม่.....
25. ยอมรับกฎระเบียบข้อปฏิบัติของศูนย์ฯหรือไม่
26. อยากให้ทางศูนย์ฯนำบัตรช่วยเหลืออะไรบ้าง.....
27. ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าจะอยู่รับการบำบัดรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ปฏิบัติตามโปรแกรม และ
ระเบียบ

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.นางสาวจรรยา เจตน์สมบูรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

- 2.นางสาวพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

- 3.นางนุรินยา แผละหมัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นายธนรัตน์ พุทธชาติ นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา มีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใต้กรอบแนวคิด MSAG ซึ่งดำเนินการ ณ.ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเข้าร่วมโครงการ โดยการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มและตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่านและท่านมีสิทธิยกเลิกเข้าร่วมการศึกษาเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีความผิดใดๆ ต่อตัวท่านและการรักษาพยาบาลของท่าน ไม่มีการระบุชื่อในงานวิจัย และข้อความในแบบสอบถาม ในระหว่างการให้ข้อมูล หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถาม กระผมได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลของการวิจัยในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ข้าพเจ้ายินดีตอบข้อสงสัยหรือให้ติดต่อแพทย์ธนรัตน์ พุทธชาติ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา (0-7446-7453)

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมกลุ่มและตอบแบบสอบถามครั้งนี้

.....

(นายธนรัตน์ พุทธชาติ)

นายแพทย์ชำนาญการ

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา

.....

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวข้างต้น โดยรายละเอียดและมีความเข้าใจ พร้อมทั้งยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

ประวัติผู้เขียน

1. ชื่อ นายแพทย์ธนูรัตน์ พุทธชาติ
ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการ
วุฒิการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศสงขลา
2. ชื่อนางสาวเสาดาทอโร โสคาคิส
ตำแหน่งปัจจุบัน เกสัชกรชำนาญการ
วุฒิการศึกษา เกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศสงขลา
3. ชื่อ นางราณี สุวรรณมณี
ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วุฒิการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศสงขลา
4. ชื่อ นางวณา พรหมมา
ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วุฒิการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลนนทบุรี
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศสงขลา
5. ชื่อนางกาญจนา รัตนพันธุ์
ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน
วุฒิการศึกษา ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เซลล์วิทยา
ปริญญาตรี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาชีววิทยา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศสงขลา