

พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ
เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษา
ทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ปริญญาานิพนธ์
ของ
นันทชัตสันธ์ สกกุลพงศ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กุมภาพันธ์ 2559

พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ
เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษา
ทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ปริญญาโท
ของ
นันทชัย สกลพงษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กุมภาพันธ์ 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ
เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษา
ทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

บทคัดย่อ

ของ

นันทิชาตสันต์ สกุลพงษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
กุมภาพันธ์ 2559

นนท์ชัตถันท์ สกกุลพงศ์. (2559). *พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง : การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ*. ปริญญาโท ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท: รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม, อาจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต็มพันธ์.

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) สำรวจวิกฤติในชีวิตและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิง มีพลังสุขภาพจิต 2) สร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตให้มีคุณภาพ เทียบตรงและเชื่อถือได้และ 3) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ (A multi-phase mixed methods research) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะใหญ่ได้แก่ การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential mixed methods) เพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 13 คน จากนั้นนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตและทดสอบคุณภาพของแบบวัดในการวิจัยเชิงปริมาณจากตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แนวคำถามดำเนินการสนทนากลุ่ม 2) แบบวัดสุขภาวะทางจิต 3) แบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหา และ 4) แบบวัดเจตคติต่อการอ่าน โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1 และอันดับ 2 การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก (The embedded mixed methods) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพสอดแทรกในการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งนี้การวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและสอดแทรกการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ร่วมกับการบันทึกอนุทิน การวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 32 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คนและกลุ่มควบคุม 16 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ รวมจำนวนชั่วโมงทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายไหมของสถานบำบัดตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายไหมจากสถานบำบัดและไปความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิตสำหรับศึกษาด้วยตนเองเท่านั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณจะดำเนินการ 3 ครั้งคือ ก่อน หลังและติดตามผลคือภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ 1 เดือน ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพจะให้กลุ่มทดลองบันทึกอนุทินและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจากกลุ่มทดลองจำนวน 4 คนเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) กระบวนการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ 2) แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา 3) แบบวัดพลังสุขภาพจิต 4) แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด 5) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและ 6) สมุดบันทึกอนุทิน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความแปรปรวนหลายตัวแปรสามทางแบบวัดซ้ำ สถิติความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มพบว่า มี 2 ประเด็นหลัก ประเด็นหลักที่ 1 ได้แก่ ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ ภาวะวิกฤติในชีวิตก่อนการใช้ยาเสพติดซึ่งประกอบด้วย 6 หัวข้อหลักคือ ปัญหาสัมพันธภาพ ในครอบครัว การมีพฤติกรรมฟุ้งฟิงญาติ เพื่อนหรือคนรักอย่างมาก การตั้งครมไม่พึงประสงค์ การเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพัง การต้องออกจากโรงเรียนโดยไม่ได้ตั้งใจ และการถูกล่วงละเมิด ทางเพศ และภาวะวิกฤติในชีวิตภายหลังการใช้ยาเสพติดซึ่งประกอบด้วย 7 หัวข้อหลักคือ การต้อง ถูกตีตราจากสังคม การถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือขายบริการทางเพศ การต้องหนีตำรวจ การต้อง ออกจากโรงเรียนหรืองานโดยไม่ได้ตั้งใจ การต้องพรากจากคนรัก การถูกทารุณกรรมทางกายและ การติดคุก ประเด็นหลักที่ 2 ได้แก่ เงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 7 หัวข้อหลักคือ การตระหนักว่าทุกคนต่างก็เผชิญกับความทุกข์ ใต้ไม่แตกต่างจากตน การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต การทบทวน ย้อนมองชีวิต ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง ความเข้มแข็งอดทนและการมีศรัทธา ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย 2 หัวข้อหลักคือ การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและ ได้รับการให้อภัยต่อความผิดพลาดในอดีต และการเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญู และปัจจัยชุมชน ประกอบด้วย 4 หัวข้อหลัก คือ การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด การรับรู้ถึง การเปิดโอกาสทางสังคม การได้รับโอกาสด้านการศึกษาต่อที่สูงขึ้นและการทำงาน และการอยู่ห่าง จากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด ในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า แบบวัดพลังสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด 71 ข้อซึ่งพัฒนาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมีค่า ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .93 ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนโดยมีค่าความเชื่อมั่นองค์ประกอบรายด้านเท่ากับ .84 .87 และ .86 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ข้อคำถามทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนก แบบวัดมีค่าความเที่ยงตรงเชิง โครงสร้างแบบลู่วิ่งและเชิงจำแนก และโมเดลแบบวัดสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง ประจักษ์ ($\chi^2 = 73.10$, $df = 59$, $p\text{-value} = 0.10$, $RMSEA = 0.03$, $SRMR = 0.04$, $NNFI = 0.99$, $CFI = 0.99$, $PNFI = 0.73$)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการ ปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด มากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งในระยะหลังการ ทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .32 และ .16 ตามลำดับ ในขณะที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพก็สนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ ว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตได้

ผลการวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพศหญิงในสถานบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำไปสู่การเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงไทยได้ต่อไป

RESILIENCE OF SUBSTANCE-DEPENDENT WOMEN: THE MULTI-PHASE
MIXED METHODS RESEARCH FOR SCALE DEVELOPMENT
AND EFFECTS OF INTEGRATIVE GROUP COUNSELING

AN ABSTRACT
BY
NANCHATSAN SAKUNPONG

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

February 2016

Nanchatsan Sakunpong. (2016). *Resilience of substance-dependent women: The multi-phase mixed methods research for scale development and effects of integrative group counseling*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisory Committee: Assoc. Prof. Dr. Oraphin Choochom, Dr. Nattasuda Taephant.

This research aimed to explore the crises in life, and the causes which lead to develop resilience among substance-dependent women. Also, it aimed to develop a reliable and valid resilience scale and to study the interaction effects between integrative group counseling and perceived stigma to resilience and abstinent intention among substance-dependent women.

The multi-phase mixed methods research was employed as a main methodology and divided into 2 phases. Phase 1 was an exploratory sequential mixed methods to develop the resilience scale. The qualitative research was used to explore the experiences among 13 substance-dependent women in focus group discussions and initiated a resilience scale to investigate the psychometric properties in the quantitative phase later among 252 substance-dependent women. The research tools was 1) focus group discussion questionnaire guideline 2) psychological well-being scale 3) problem solving skills scale and 4) attitude towards reading scale. All of them passed the criteria to show the quality of scale. Content analysis, index of congruence between items and operational definitions, Pearson correlation coefficient, first and second order confirmatory factor analysis was used as data analyzes. Phase 2 used embedded mixed methods which embedded the qualitative research into the quantitative research. The quantitative research used a quasi-experimental design to study the effects of integrative group counseling and embeded case study and diary journals into it. The quantitative research consisted of 32 substance-dependent women which divided into 16 samples in the experimental groups and 16 samples in the control group. The experimental groups were intervened by integrative group counseling totally 24 hours with usual FAST model while the control group intervened only FAST model with resilience worksheet for self-studying. To collect the data, the quantitative phase had pre, post and 1 month follow up time while the qualitative phase had 4 key informants for in-depth interview sessions after ending integrative group counseling and diary journals among experimental groups. The research tools were 1) integrative group counseling process 2) perceived stigma scale 3) resilience scale 4) abstinent intention scale 5) in-depth interview questionnaire guideline and 6) diary books. The three-way MANOVA with repeated measure, the two-way ANOVA with repeated measure and content analysis were used to analyze the data.

The results from the first multi-phase in qualitative stage showed 2 main themes. The first theme was the crises in life among substance-dependent women which had 2 sub-themes: the first sub-theme was the crises in life before using substance which consisted of 6 categories including family relationship problem, extremely depending on relatives, friends or lovers, unwanted pregnancy, single mother, unwanted being fired from school, and sexually abuse and the second sub-theme was the crises in life after using substance which consisted of 7 categories including social stigma, sexually abuse or being sex worker, escaping from policemen, unwanted being fired from school or job, separating from lovers, physical abuse and being jailed. The second theme was the causes lead to develop resilience which had 3 sub-themes: the first sub-theme was individual factor which consisted of 7 categories including universality, self-esteem, life goal planning, life review, determining to prove oneself, endurance, and faith, the second sub-theme was family factor which consisted of 2 categories including perception of support and forgiveness from one's family as well as feeling guilt and gratitude and the third sub-theme was community factor which consisted of 4 categories including substance dependence treatment entry, opportunity and acceptance from society, access to honest career and educational opportunities, and staying away from or refusal skills a boyfriend or friends who are related to drug use. The quantitative results showed that the 71- item resilience scale which developed from qualitative results as well as literature review had overall .93 of reliability which consisted of .84 .87 and .86 of reliability in individual, family and community factor respectively. The scale passed the content validity and had a construct validity investigated by convergent and discriminative validity. All items had discrimination and the resilience model also had consistence with the empirical data ($\chi^2 = 73.10$, $df = 59$, $p\text{-value} = 0.10$, $RMSEA = 0.03$, $SRMR = 0.04$, $NNFI = 0.99$, $CFI = 0.99$, $PNFI = 0.73$).

The results from the second multi-phase in quantitative stage showed that substance-dependent women intervened by integrative group counseling had more resilience and abstinent intention scores than those who did not with p value less than .05 as well as .32 and .16 of effect size respectively while the results from qualitative data support the results from the quantitative stage that the substance-dependent women in the the experimental group can develop resilience as a result of the intervention.

This multi-phase mixed methods research can be implemented to develop rehabilitation programs among substance-dependent women in substance rehabilitation centers across Thailand and to promote the quality of life among the women.

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและ
ประสิทธิผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ของ

นันท์ชัตต์สันท์ สกุลพงศ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2559

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชุชม)

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญคำกีร์)

.....ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต็มพันธ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพินทร์ ชุชม)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต็มพันธ์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. อัจฉรา ประเสริฐสิน)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย

จาก

ภาควิชาการสารเสพติด หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

“ปริญญาโทฉบับนี้มีความรัก”

ความสำเร็จอันเกิดจากปริญญาโทฉบับนี้เมื่อนับย้อนไปในอดีตตั้งแต่ผู้วิจัยเริ่มศึกษาต่อระดับปริญญาเอก ได้ลงมือเขียนปริญญาโทจนกระทั่งจบการศึกษา ต้องเผชิญกับขวากหนามความทุกข์ เหน็ดเหนื่อย ท้อแท่นานปีประการหรือแม้กระทั่งคิดอยากหยุดพักการศึกษาจนกระทั่งสามารถฝ่าฟันเข้ามาอยู่ในวันนี้ซึ่งเป็นวันที่สำเร็จการศึกษา เปรียบเสมือนกระบวนการก้าวผ่านภาวะวิกฤติหนึ่งในชีวิตจนสามารถพัฒนาสู่สิ่งที่เรียกว่าพลังสุขภาพจิตภายในใจจากตัวผู้วิจัยได้ไม่ต่างจากผู้ติดยาเสพติดหนีงจากปริญญาโทเล่มนี้ที่แบ่งปันเรื่องราวการก้าวผ่านภาวะวิกฤติต่างๆ ให้กับผู้วิจัยได้ร่วมเรียนรู้ด้วยในเวลาเดียวกัน ความสำเร็จในวันนี้และพลังสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในตัวผู้วิจัยเกิดจากเงื่อนไขที่สำคัญ ซึ่งผู้วิจัยขอเรียกมันว่า "ความรัก" ความรักอันเกิดจากการประทับประคองเกื้อหนุนจากคณาจารย์ เพื่อนฝูง ครอบครัว พระพุทธะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ผู้วิจัยเคารพนับถือ ขอเริ่มจากการขอบคุณความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทคือ รองศาสตราจารย์ ดร. อรุณรัตน์ ชูชมที่คอยให้กำลังใจ ปลอบโยน ชื่นชม และเป็นเหมือนกำลังใจหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยมีแรงกักดันลุกขึ้นยืนต่อ อาจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต้พันธ์ที่คอยสนับสนุน สละเวลามาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยแม้ว่าอาจารย์จะอยู่ต่างสถาบัน อาจารย์เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ผู้ล่วงลับไปแล้วแต่ทว่าได้ถ่ายทอดความรู้ด้านการบำบัดทางจิตใจอันมีค่าและเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์รุ่นหลัง ดร. ลอรา ตีอดชัน อาจารย์มอรีน เกรฟ อาจารย์ซารอน โลเอสเซน รองศาสตราจารย์ ดร. ทิพาวดี เอมะวรรณนะและรองศาสตราจารย์ ดร. ลัดดา กิติวิภาต คณาจารย์จากสหรัฐอเมริกาและไทยที่กรุณาถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการบำบัดแนวซาเทียร์แก่ผู้วิจัยและคนไทยอีกจำนวนมากจนเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญต่อความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. อริยัญญา ตัญย์ศิริ กรรมการภายนอกผู้เป็นประธานกรรมการสอบปริญญาโทที่เสียสละอุทิศเวลาให้คำแนะนำ ช่วยเสนอแนวทางในการปรับแก้ไขงานของผู้วิจัย รวมทั้งให้กำลังใจตั้งแต่ตอนสอบเค้าโครงจนกระทั่งสอบจบการศึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี โยเหลา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พิงโพธิ์สมก ประธานและเลขานุการหลักสูตรปริญญาเอกแบบเน้นวิจัยที่คอยเกื้อหนุนผู้วิจัยทั้งความรู้ การช่วยเหลือทางจิตใจตลอดระยะเวลาของการศึกษา อาจารย์ ดร.ฐาสุกรี จันประเสริฐ ผู้อุทิศเวลาในการช่วยตรวจสอบปริญญาโทในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์ ดร. นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุ เจริญวงศ์ระยับและคุณนิพิฐพนธ์ แสงดวง ผู้ให้คำปรึกษาด้านสถิติ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่น รุ่นพี่ รุ่นน้องในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์โดยเฉพาะคุณรสสุคนธ์ แก้วป๋องปกและคุณชนัดดา ภูหงษ์ทองที่ต่างห่วงใยถามไถ่และเป็นกำลังใจให้กันและกันรวมทั้งเป็นที่ร่วมเก็บข้อมูลวิจัย นอกจากคณาจารย์และเพื่อนนิสิตจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยยังได้รับความอนุเคราะห์ด้านความรู้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ สถิติและจิตวิทยาจากคณาจารย์

ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา การแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาและสาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒซึ่งต้องขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณ คุณป้อม คุณผึ้ง พี่หน่อง พี่ปุกที่ช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย หัวหน้าภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ เพื่อนร่วมงาน ที่เข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสพัฒนา ตนเองด้วยการศึกษาต่อ นอกจากนี้ยังรวมถึงเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกท่าน จาก สถาบันบำบัดยาเสพติดที่อนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยในทุกขั้นตอน รวมทั้งแสดงความห่วงใย ถามไถ่ เป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยจนกระทั่งเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น น้องๆ ผู้หญิงที่เป็นตัวอย่างในการเข้าร่วมการ วิจัย ความรักของน้องๆ ที่สื่อมายังผู้วิจัยนั้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจและได้ถ่ายทอดมันออกมาเป็น ตัวอักษรผ่านปฏิญญาพันธะเล่มนี้แล้ว และสุดท้ายนี่คือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกที่ผู้วิจัย เคารพนับถือรวมทั้งพลังจากครอบครัวอันได้แก่ พ่อแม่ น้องสาว ญาติพี่น้องและเพื่อนสนิทมิตรสหายที่ ร่วมคอยส่งกำลังใจให้กับผู้วิจัยจนมาถึงจุดนี้ได้ ความรักที่ผู้วิจัยได้รับจากบุคคลทั้งหมดนี้เป็นเสมือน แสงที่ส่องให้กับผู้วิจัยยามที่หัวใจตกอยู่ในความมืดมิด ช่วยส่องให้ผู้วิจัยมองเห็นทางในการเดินต่อสู่ เป้าหมาย ตระหนักรู้ถึงคุณค่าและศักยภาพของตน เกิดความเข้มแข็งในการจะก้าวเดินต่อจนถึง หลักชัยได้ในที่สุด ความรักเหล่านี้ได้สอดแทรกผ่านตัวอักษรที่ผู้วิจัยถ่ายทอดมาในปฏิญญาพันธะ เล่มนี้และผู้วิจัยมีปณิธานว่าความรู้อันเกิดจากปฏิญญาพันธะเล่มนี้ ผู้วิจัยจะนำมาถ่ายทอด ให้กับเพื่อนมนุษย์เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของสังคมไปสู่สังคมแห่งความรักและเกื้อหนุนซึ่งกันและ กันตลอดไป

นันท์ชัตต์สนธ์ สกุลพงษ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
พลังสุขภาพจิต: ความหมาย องค์ประกอบและการวัด.....	17
ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด: ความหมายและวิธีวัด.....	26
การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม.....	28
การใช้ทฤษฎีการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	32
การตีตรา: ความหมาย องค์ประกอบและวิธีวัด.....	58
การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่.....	62
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	65
สมมติฐานการวิจัย.....	68
3 วิธีดำเนินการวิจัย	69
ระยะที่ 1 การวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงปริมาณนำเชิงคุณภาพ.....	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	78
การดำเนินการวิจัย.....	80
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
ระยะที่ 2 การวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก.....	84
ประชากรและตัวอย่าง.....	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	87
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย.....	108
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	110
การรับรองจริยธรรม.....	110

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	113
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1	113
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	113
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	143
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2	157
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	157
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	174
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	200
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1	202
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1	207
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2	213
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2	215
ข้อจำกัดของการวิจัย	219
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	219
ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ	220
บรรณานุกรม	222
ภาคผนวก	236
ภาคผนวก ก	237
ภาคผนวก ข	240
ภาคผนวก ค	251
ภาคผนวก ง	255
ภาคผนวก จ	283
ภาคผนวก ฉ	304
ภาคผนวก ช	326
ประวัติย่อผู้วิจัย	333

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 สรุปลักษณะเหมือนและความต่างของการปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์ เกสตัลท์ และสตรีนิยม.....	33
2 แบบแผนของการวิจัยกึ่งทดลอง.....	84
3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างและการจัดเข้ากลุ่ม.....	86
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดลองใช้กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยา แบบกลุ่มบูรณาการด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs sign rank test.....	92
5 กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	94
6 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม.....	114
7 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	143
8 องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของแบบวัดพลังสุขภาพจิต.....	145
9 รายละเอียดค่าความเชื่อมั่นและข้อคำถามของแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริง.....	146
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรสังเกตขององค์ประกอบพลังสุขภาพจิต.....	148
11 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของ องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1.....	150
12 คำนำหน้าองค์ประกอบมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติทีและค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1.....	151
13 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของ องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2.....	154
14 คำนำหน้าองค์ประกอบมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานค่าสถิติที และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2.....	155
15 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	158
16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังสุขภาพจิต และความตั้งใจ ในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามกลุ่มทดลอง/ควบคุมและครั้งของการวัด.....	159
17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสามทางแบบวัดซ้ำ (Three-way MANOVA with repeated measure) ของพลังสุขภาพจิต และการตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระดับการรับรู้การถูกตีตรา ตามระยะการทดลองได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล.....	162

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของพลังสุขภาพจิต จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาและระยะเวลาทดลอง (ก่อน หลังการทดลองและติดตามผล).....	163
19 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาทดลอง และการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา.....	164
20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของความตั้งใจในการเลิกใช้ สารเสพติด จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาและระยะเวลาทดลอง (ก่อน หลังการทดลองและติดตามผล).....	166
21 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา.....	167
22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measure) ของพลังสุขภาพจิตรายด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชน จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา ทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะเวลาทดลองได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล.....	169
23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของพลังสุขภาพจิตรายด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชน จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา และระยะเวลาทดลอง (ก่อน หลังการทดลองและติดตามผล).....	170
24 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลและชุมชนรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา.....	172
25 ค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง ข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation : r).....	284
26 ค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง ข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation : r).....	289
27 ค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง ข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation : r).....	293
28 ค่าดัชนีความสอดคล้องเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกระบวนการ ปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	295

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 อุปมาภูเขาน้ำแข็งของบุคคล.....	37
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67
3 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในส่วนของการทำงานสนทนากลุ่ม.....	71
4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1.....	83
5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2.....	109
6 ขั้นตอนการวิจัยทั้ง 2 ระยะ.....	112
7 ภาพวาดของชิน.....	116
8 ภาพวาดของแก้ม.....	116
9 ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง.....	129
10 เงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดพลังสุขภาพจิต.....	142
11 คำสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 1 แบบสามตัวแปรแฝงของโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ.....	152
12 คำสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 1 แบบหนึ่งตัวแปรแฝงของโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ.....	153
13 คำสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 2 ของโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ.....	156
14 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลังและติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา (กลุ่มทดลอง/ควบคุม).....	165
15 คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามระยะเวลา ทดลองก่อน หลังและติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับ การศึกษา(กลุ่มทดลอง/ควบคุม).....	167
16 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคล จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลังและติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา (กลุ่มทดลอง/ควบคุม).....	173
17 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชน จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลังและติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา (กลุ่มทดลอง/ควบคุม).....	173

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ	หน้า
18 ภาพวาดของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่วาดให้กับผู้วิจัยเป็นเสมือนสิ่งแสดงออก ถึงความรักความผูกพันที่มีต่อผู้วิจัยในการทำกลุ่ม.....	176
19 สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินกลุ่ม.....	178
20 ภาพปั้นดินน้ำมันของครอบครัวพลอยจากกิจกรรม “ครอบครัวของฉัน”.....	181
21 ภาพของกิจกรรม “ถนนชีวิต” ของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าร่วมการปรึกษา ทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	187
22 ข้อความการบันทึกอนุทินในส่วนของประสบการณ์ติดยาเสพติดหญิง ที่เข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	189
23 ตัวอย่างภาพของผู้ติดยาเสพติดหญิงขณะเข้าร่วมกิจกรรม “ครอบครัวของฉัน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	193
24 มุลบทและผลลัพธ์แห่งพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าร่วม การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ.....	199
25 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความตั้งใจในการเลิก ใช้สารเสพติด.....	290
26 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา.....	294

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหายาเสพติด นับได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสำคัญที่มีการนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ สูญเสียทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของเกือบทุกประเทศในโลก แม้ว่าประเทศต่างๆ จะได้หาแนวทางในการป้องกันและปราบปรามแต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังมีได้หมดไปแต่ทว่ากลับรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยส่วนใหญ่ยาเสพติดผิดกฎหมายที่ใช้อย่างมากที่สุดในกลุ่มคนไทยได้แก่ แอมเฟตามีนหรือยาบ้า รองลงมาคือยาไอซ์ ซึ่งก็พบว่ามีแนวโน้มที่จะมีจำนวนการใช้ที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ช้ยาเสพติดจะเป็นเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีแนวโน้มของผู้ช้ยาเสพติดหญิงที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกในแต่ละปี ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ในสถานบำบัดยาเสพติดในสหรัฐอเมริกาได้มีการรักษาผู้ติดยาเสพติดหญิงถึงร้อยละ 30 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของการรักษาผู้ติดยาเสพติดชาย (Substance abuse and mental health service administration, office of applied studies. 2009)

การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการช้ยาบ้าในเพศหญิงก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย เช่น ด้านร่างกาย ได้แก่ ร่างกายซูบผอม เกิดภาวะการขาดสารอาหารเนื่องจากไม่ยอมรับประทานอาหาร เกิดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ HIV เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความยับยั้งชั่งใจหรือถูกข่มขืนขณะที่ใช้สารเสพติด นอกจากนี้หากใช้ระหว่างการตั้งครรภ์ ก็จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการแท้งหรือบุตรที่คลอดออกมาก็จะเกิดความผิดปกติต่างๆ ได้ง่ายเช่น น้ำหนักทารกแรกคลอดต่ำกว่าปกติ ทารกมีความผิดปกติด้านระบบประสาท พิการหรือเป็นปัญญาอ่อนได้ ต่อมาด้านจิตสังคมนั้นพบว่าผู้ช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคทางจิตเวชร่วมได้มากขณะช้สารเสพติดอันได้แก่ กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) กลุ่มอาการโรคจิต (Psychotic disorders) ซึ่งภาวะทางจิตเวชดังกล่าวจะทำให้การบำบัดรักษาปัญหาเสพติดเป็นไปได้ยากขึ้น และการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชขณะที่ช้ยาเสพติดจะทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก (Functional impairment) (พิชัย แสงชาญชัย; พงศธร เนตราคม; และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. 2549) อีกด้านหนึ่งที่สำคัญ คือ ด้านอาชีพ การศึกษา ครอบครัวและสัมพันธภาพ บ่อยครั้งที่พบว่าผู้หญิงที่ช้สารเสพติดจะไม่สามารถเรียนหนังสือหรือทำงานต่อไป มีพฤติกรรมลักขโมยหรือยินยอมขายบริการทางเพศเพื่อหาเงินไปชื้อยาเสพติด มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลในครอบครัวเนื่องจากมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากการช้ยาเสพติด ก่อคดีอาชญากรรมต่างๆ ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น

จากผลกระทบของการใช้ยาเสพติดตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วทำให้นักจิตวิทยา นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสนใจศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดอย่างมากมาย ทั้งนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาการศึกษาต่างๆ นอกจากจะครอบคลุมผู้ใช้สารเสพติดชายแล้วนั้นยังครอบคลุมไปถึงการศึกษาในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดการใช้สารเสพติดหญิงมากขึ้น (Greenfield; et al. 2007; Tuchman. 2010; Walitzer; & Dearing. 2006) ข้อค้นพบจากการศึกษาที่ผ่านมา ระบุว่าปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การบำบัดรักษา ยาเสพติดในผู้หญิงนั้นยังมีประสิทธิภาพแตกต่างจากผู้ชายคือผู้ใช้สารเสพติดหญิงจะมีปัญหาโรคร่วมทางจิตเวชมากกว่า มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่า และต้องประสบกับเหตุการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดบาดแผลในชีวิตจากการถูกทำร้ายร่างกายและถูกล่วงละเมิดทางเพศมากกว่าผู้ใช้สารเสพติดชาย (Hser; et al. 2003; Messina; et al. 2006)

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังได้ระบุว่าผู้ใช้สารเสพติดหญิงมักจะเริ่มต้นเสพยาเสพติดจากการชักชวนของผู้ชายเพราะต้องพึ่งพิงผู้ชาย (Keenan; et al. 2010; Owen. 1998) และผู้ใช้สารเสพติดหญิงมักจะใช้ยาเสพติดเพื่อเยียวยาบาดแผลทางจิตใจและเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตและในขณะเดียวกันก็ต้องรับหน้าที่ในการดูแลครอบครัวและลูกขณะที่ตนเองกำลังติดยาเสพติดอีกด้วย (Greenfield; et al. 2007) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารูปแบบการบำบัดรักษาการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ยังมีได้ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างเพศและปัญหาเฉพาะตัวของผู้รับการบำบัดเท่าใดนัก ดังจะเห็นได้จากข้อเสนอแนะจากหลายงานวิจัยถึงความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์การบำบัดรักษาเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้สารเสพติดหญิงเพราะกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดหญิงนั้นมีประเด็นด้านจิตสังคมที่จะต้องให้การบำบัดรักษาแบบเฉพาะ (Knight; et al. 1999; Volpicelli; et al. 2000)

สำหรับปัจจัยที่ทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพนั้น นักจิตวิทยาและนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีการศึกษาอย่างมากในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ เนื่องจากพลังสุขภาพจิตนับเป็นปัจจัยที่เป็นตัวปกป้องบุคคลที่เผชิญกับความตึงเครียดในชีวิตหรือมีบาดแผลทางจิตใจให้สามารถลุกขึ้นยืนหยัดได้ใหม่และสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ตั้งเดิม หลายการศึกษาระบุว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาเสพติด กล่าวคือ หากบุคคลมีพลังสุขภาพจิตสูง พวกเขาจะมีแนวโน้มในการเลิกใช้สารเสพติด ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ฟาดาร์ดี อาซัดและเนมาตี (Fadardi; Azad; & Nemati. 2010) ที่ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต แรงจูงใจและการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 120 คน และพบว่าพลังสุขภาพจิตและแรงจูงใจร่วมกันทำนายการใช้สารเสพติดในนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร เพศ อายุ สถานสมรสและที่อยู่อาศัย

ต่อมา คือ การศึกษาของ พัชรินทร์ นินทจันทร์และคนอื่นๆ (2554) เพื่อทดสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเพศ บรรยากาศในครอบครัว สถานะทางการเงิน พลังสุขภาพจิต (ซึ่งในการศึกษาดังกล่าว ใช้คำว่า “ความแข็งแกร่งในชีวิต หรือ Resilience) และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย (รวมทั้งการใช้สารเสพติด) กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,715 คน เป็นเพศชายจำนวน 1,067 คนและเป็นเพศหญิง 1,648 คน วิเคราะห์รูปแบบ

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปรด้วยโปรแกรมลีสเรล (Lisrel) ผลการวิจัยพบว่าพลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรส่งผ่านของสถานการณ์การเงินและบรรยากาศในครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้พลังสุขภาพจิตยังมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่การศึกษาเชิงคุณภาพของ สตาจดูฮาร์และคนอื่นๆ (Stajduhar; et al. 2009) ที่ศึกษาความหมายของพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดจำนวน 41 คน ผู้ให้บริการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 45 คนและผู้นำชุมชน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์รายบุคคล ผลการศึกษาพบว่าพลังสุขภาพจิตแบ่งเป็น 2 ประเด็น (Theme) คือ การก้าวเข้ามาสู่จุดเปลี่ยน (Getting to the point of change) ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย (Sub theme) ได้แก่ 1) การตระหนักถึงการไม่คุ้มค่าที่จะต้องใช้จ่ายยาเสพติด หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติดตระหนักถึงผลเสียของยาเสพติดและมีความคิดที่จะลดหรือหลีกเลี่ยงอันตราย (Harm reduction) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด 2) ความกลัวการใช้สารเสพติด หมายถึง การเกิดความรู้สึกกลัวเมื่อตระหนักถึงผลเสียของการใช้สารเสพติดทั้งจากประสบการณ์ของตนหรือจากการเห็นผู้อื่นที่ใช้สารเสพติดเช่นเดียวกัน 3) การมีความตั้งใจจริงจากภายในว่าต้องการจะเลิกใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ใช้สารเสพติดมีความมุ่งมั่นตั้งใจจากภายในว่าตนเองจะหยุดหรือเลิกใช้สารเสพติดด้วยตนเอง ในส่วนของประเด็นที่สองคือ การมีความหวังตั้งใจที่จะมีอนาคตที่ดีขึ้น หมายถึง การมีความหวังและตั้งเป้าหมายที่จะมีอนาคตที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน กล่าวโดยสรุปได้ว่าพลังสุขภาพจิตตามการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ประเด็นหลักแรกคือ การเข้ามาสู่จุดเปลี่ยน ซึ่งมีประเด็นย่อยอีก 3 ประเด็นได้แก่ การตระหนักถึงความไม่คุ้มค่าที่จะต้องใช้จ่ายยาเสพติด ความกลัวการใช้ยาเสพติดและการมีความตั้งใจจริงจากภายในว่าต้องการจะเลิกใช้สารเสพติด ประเด็นหลักที่สองคือ การมีความหวังตั้งใจที่จะมีอนาคตที่ดีขึ้น

ซึ่งจากการศึกษาที่กล่าวมาพบว่าพลังสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการใช้สารเสพติดทั้งในแง่ปัจจัยปกป้องมิให้ใช้สารเสพติดและป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำ อย่างไรก็ตามพบว่าความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตในปัจจุบันนั้นยังมีความหลากหลาย (Lightsey. 2006; Harvey; & Delfabbro. 2004) จึงทำให้เกิดแนวคิดของการศึกษาเชิงคุณภาพของความหมายและปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ เนื่องจากทฤษฎีปัจจัยพลังสุขภาพจิตที่ใช้ในปัจจุบันนั้นอาจมีการแปรปรวนไปตามลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์หนึ่งของการวิจัยที่ต้องการหาเงื่อนไขของการเกิดพลังสุขภาพจิตเฉพาะในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดยาเสพติดหญิงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผานวิธีเริ่มจากใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อนำไปสู่การออกแบบแบบวัดจากนั้นจึงใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อทดสอบคุณภาพของแบบวัดเพื่อขยายอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากร (The exploratory sequential design) ซึ่งวิธีการดังกล่าวมีความเหมาะสมเป็นพิเศษในการพัฒนาแบบวัดที่นิยามเชิงปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยยังไม่ชัดเจนนักหรือการใช้ทฤษฎีที่สนับสนุนในการสร้างแบบวัดยังมีข้อโต้แย้งและยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป (Creswell; & Plano Clark. 2011) อย่างไรก็ตามในส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น วิธีหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในกลุ่ม

นักวิจัยเชิงคุณภาพก็คือการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) ซึ่งสามารถใช้วิธีการดังกล่าวเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพได้แบบเบ็ดเสร็จสมบูรณ์ในตัวเองโดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพแบบอื่นมาช่วยเสริมหรือสนับสนุน เนื่องจากการสนทนากลุ่มนั้นเป็นการรวมคุณลักษณะของการเก็บรวบรวมข้อมูลถึง 2 วิธีเข้าด้วยกันคือ การสัมภาษณ์รายบุคคลและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้จุดเด่นที่สำคัญมากของการสนทนากลุ่มคือ ข้อมูลที่ได้มาจากการโต้แย้งอภิปรายของสมาชิกกลุ่มซึ่งจะทำให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนั้นมีแนวโน้มที่จะน่าเชื่อถือมากกว่าการสัมภาษณ์รายบุคคล (ชาย โพธิสิตา. 2554; Barbour. 2007) ในส่วนของการนำไปใช้นั้น มีผลการวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนถึงผลการประยุกต์ใช้การสนทนากลุ่มในการเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยผลฐานวิธี (Use of focus groups in the exploratory phase of mixed methods studies) โดยเฉพาะใช้การสนทนากลุ่มเพื่อช่วยในการสร้างข้อคำถามของแบบวัดทางจิตวิทยา จากนั้นจึงนำแบบวัดมาทำการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากร (Amos; et al. 1997; Barbour. 2007; O'Brien. 1993; Wachterbarth; Streams; & Smith. 2002) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดและการวิจัยในกลุ่มสตรีนิยมที่มองว่า การสนทนากลุ่ม (FGD) เพื่อเก็บข้อมูลวิจัยนั้นมีความเหมาะสมเป็นพิเศษกับผู้หญิงที่เป็นคนชายขอบและถูกกดขี่หรือกีดกันจากสังคมเนื่องจากวิธีการแบบนี้จะช่วยดึงพลังให้ผู้หญิงมีความกล้าแสดงออกถึงประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองมากขึ้นเนื่องจากทำการสนทนาแบบกลุ่มในสตรีที่ถูกกดขี่จากสังคมเช่นเดียวกัน (Pollack. 2003: 461) และยิ่งช่วยเอื้อให้เกิดการสร้างความหมายร่วม (Co-construction of meaning) ที่เกิดจากการโต้แย้งระหว่างผู้ร่วมการสนทนากลุ่มและมีความเหมาะสมในการวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการการฟื้นฟูพลังของผู้หญิงที่ผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ (Wilkinson. 1998; Billard. 2011: Online) ซึ่งจากเหตุผลและงานวิจัยที่สนับสนุนดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยพิจารณาวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อช่วยในการสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิง จากนั้นจึงทำการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดต่อไป นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาในขั้นแรกนั้นยังนำไปสู่การออกแบบกระบวนการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในการวิจัยขั้นตอนที่สองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยแบบผลฐานวิธีสอดแทรก (The embedded mixed methods research) ที่เน้นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองได้

ด้านกระบวนการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงนั้นในปัจจุบันมีมากมาย หนึ่งในกระบวนการช่วยเหลือที่นิยมใช้และมีงานวิจัยรองรับมากที่สุดวิธีหนึ่งก็คือการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มนั้นช่วยเพิ่มความสามารถด้านพลังสุขภาพจิตและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตมากมาย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของเฮร์นันเดซและเมนโดซา (Hernandez; & Mendoza. 2011) ที่ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มต่อพลังสุขภาพจิตที่มีฐานจากความรู้สึกอายในผู้หญิง (Shame resilience) ที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 19 คน การศึกษาของอิงควา โคตรนารา (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิต (ในการศึกษานี้ ใช้คำว่า “ความสามารถในการยืดหยุ่นเผชิญวิกฤติ”) ของเยาวชนชายในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน และการศึกษาของพัชรินทร์ อรุณเรือง (2545) ที่

ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อพลังสุขภาพจิต (ในการศึกษานี้ ใช้คำว่า “ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง”) และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น อย่างไรก็ตาม กระบวนการกลุ่มดังกล่าวนี้ได้ยึดถือทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป

ในงานวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึงประสิทธิภาพของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (Assimilative integration) ตามแนวคิดของ เมสเซอร์ (Messer. 2001) ซึ่งมีความหมายว่าเป็นการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีหรือผสมผสานเฉพาะด้านเทคนิคจากทฤษฎีอื่น ๆ ที่มีแนวคิดคล้ายคลึงกันกับทฤษฎีหรือเทคนิคการบำบัดหลักที่นักจิตวิทยาเลือกใช้ โดยงานวิจัยนี้เลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์ (Satir model) เป็นวิธีการหลักและใช้เทคนิคการบำบัดจากทฤษฎีของเกสตัลท์ (Gestalt therapy) และสตรีนิยม (Feminist therapy) เป็นตัวเสริมในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ เนื่องจากทั้งสามวิธีมีความคิดความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ที่คล้ายคลึงกันคือเชื่อในความดีงามของมนุษย์และเชื่อว่ามนุษย์สามารถพัฒนาตนเองได้ไปสู่ผู้ที่ประจักษ์แจ้งในตน (Self-actualization)

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังได้สนับสนุนถึงการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีและเทคนิคจากทั้ง 3 ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในผู้ใช้สารเสพติดหญิง (Enns. 1987; Dodson; Graves; & Hoffman. 2011) ในส่วนของงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มที่ใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งใน 3 ทฤษฎีนี้ต่อตัวแปรตามที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิต ได้แก่ การศึกษาของ กานดา ผาวงศ์ (2551: ออนไลน์) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ในกลุ่มผู้ต้องขังเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง การศึกษาของเกสร สายธนู (2552: ออนไลน์) ได้ทำการศึกษาถึงผลของครอบครัวบำบัดในผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดซาเทียร์ การศึกษาของแลนซ์แมน-ดิจสตราและคนอื่นๆ (Landsman-Dijkstra; et al. 2004) ได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมเพิ่มการตระหนักรู้ในร่างกายตามแนวคิดของเกสตัลท์เป็นเวลา 3 วันต่อความเครียดคุณภาพชีวิต การรับรู้ศักยภาพแห่งตนและภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายเนื่องจากจิตใจอย่างเรื้อรัง และการศึกษาของ วัชรวิ ทองอ่อน (2547: ออนไลน์) ที่ศึกษาถึงผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีสตรีบำบัดต่อความคาดหวังในชีวิตของหญิงบริการทางเพศ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ตระหนักถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดพลังสุขภาพจิตที่แตกต่างกันได้ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเอาตัวแปรการรับรู้การถูกตีตรา (Perceived stigma) มาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาโดยเป็นตัวแปรจัดประเภท (Moderating variable) เพราะสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิตต่ำก็คือการรับรู้ที่ตนเองถูกรังเกียจ แยกแยะจากสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนและชุมชน เนื่องจากสังคมมองว่าการใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่ต้องห้ามและมองว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ที่สมควรถูกรังเกียจหรือกีดกันออกจากสังคมไป ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดนั้นมีการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมในระดับสูง (Phelan; & Basow. 2007; Corrigan; Kuwabara; & O’Shaughnessy. 2009) ซึ่งผู้ที่รับรู้การถูกตีตราสูงจะสามารถพัฒนาตนเองไปสู่ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตได้น้อยกว่าผู้ที่รับรู้การถูกตีตราในระดับต่ำ ดังนั้นการนำเอาการรับรู้การถูกตีตราเป็นตัวแปรที่ร่วมกันอธิบายการ

พัฒนาการเกิดพลังสุขภาพจิตด้วยการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ จะทำให้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์โดยการผสมปัจจัยเชิงสาเหตุที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งจะนำไปสู่การอธิบายการเกิดพลังสุขภาพจิตได้อย่างเป็นสหวิทยาการมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม นอกจากการศึกษาตัวแปรพลังสุขภาพจิตอันเป็นผลจากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการแล้ว ผู้วิจัยยังได้ศึกษาตัวแปรความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด (Abstinent determination) ร่วมด้วย เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีความใกล้เคียง สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเลิกใช้สารเสพติด (Ajzen; & Fishbein. 1980: 54-60; Proshaska; & DiClemente. 1984; Berndt; et al. 2012) และมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตด้วย (Fadardi; Azad; & Nemati. 2010) ซึ่งจะสามารถทำนายถึงผลจากการเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการได้อย่างกว้างขวางมากขึ้นและเจาะจงไปที่พฤติกรรมการเลิกสารเสพติดในอนาคตมากกว่าพิจารณาเพียงตัวแปรพลังสุขภาพจิตอย่างเดียว

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายแรกเพื่อพัฒนาแนวคิดทางทฤษฎีและแบบวัดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพ นำเชิงปริมาณ จากนั้นทำการทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยยึดแนวคิดของซาเทียร์เป็นหลัก ที่มีการต่อการเพิ่มพูนพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ซึ่งแบบวัดพลังสุขภาพจิตสร้างจากการวิจัยระยะที่ 1 โดยมีระดับการรับรู้การถูกตีตราเป็นตัวแปรจัดประเภทเพื่อให้การทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการสามารถใช้อธิบายถึงผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีการรับรู้การถูกตีตราที่แตกต่างกันได้ ผลการศึกษาครั้งนี้นอกจากจะทำให้ได้เครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตที่มีความจำเพาะกับบริบทของผู้ติดยาเสพติดหญิงไทยซึ่งสถานบำบัดไม่เพียงแต่สามารถนำไปใช้ในการสำรวจ คัดกรอง ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ติดยาเสพติดหญิงแล้ว ยังเกิดการพัฒนากลุ่มการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการซึ่งสามารถนำไปใช้ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดหญิงในสถานบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นอย่างไรและเงื่อนไขใดบ้างที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดพลังสุขภาพจิต
2. สามารถนำประเด็นหลัก (Themes) ประเด็นย่อย (Sub-theme) และหัวข้อหลัก (Categories) จากเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดพลังสุขภาพจิตไปใช้สร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงได้หรือไม่

3. การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีผลต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีระดับการรับรู้การถูกตีตราแตกต่างกันหรือไม่ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4. การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีผลต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงหรือไม่ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจวิกฤติในชีวิตและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิต
2. เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตให้มีคุณภาพ เทียบตรงและเชื่อถือได้
3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล
4. เพื่อศึกษาผลการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในระยะหลังการทดลองและติดตามผล

ความสำคัญของการวิจัย

ความสำคัญทางทฤษฎี

1. เกิดองค์ความรู้ถึงภาวะวิกฤติในชีวิตและกระบวนการก้าวผ่านวิกฤติชีวิตของผู้ติดยาเสพติดเพศหญิงในบริบทของประเทศไทย ซึ่งแต่เดิมจำกัดขอบเขตอยู่ภายใต้การศึกษาในกลุ่มเพศชาย เปิดพื้นที่ให้กับความรู้ชุดใหม่ซึ่งมาจากเสียงที่ถูกละเลยโดยตลอดของเพศหญิงได้มีนัยยะต่อการสร้างกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลโดนเฉพาะประเด็นด้านเพศภาวะให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ทำให้เกิดการประยุกต์การนำวิธีวิจัยแบบผลฐานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential design) มาใช้ในการสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่มีคุณภาพทั้งในด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงรวมทั้งมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย
3. มีการพัฒนาการผสมผสานทฤษฎีการปรึกษาแบบบูรณาการ (Assimilative integration) โดยเน้นทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์เป็นหลักในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิต
4. เกิดองค์ความรู้ในการนำเอาตัวแปรทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกิดจากการบูรณาการศาสตร์หลายสาขาเข้าด้วยกันทั้งตัวแปรด้านจิตวิทยาคือการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและตัวแปรด้านสังคมวิทยาคือการรับรู้การถูกตีตรา มาร่วมกันอธิบายตัวแปรตามคือพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

5. เกิดความเข้าใจถึงพลวัตของกระบวนการเกิดพลังสุขภาวะจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง ภายหลังจากเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ความสำคัญทางปฏิบัติ

1. ทำให้ได้แบบวัดพลังสุขภาวะจิตที่สอดคล้องกับบริบทด้านจิตสังคมของผู้ติดยาเสพติดหญิงไทยรวมทั้งแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดและแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา ซึ่งสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิง

2. สามารถนำวิธีการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยเน้นทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์เป็นหลักไปใช้กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงเพื่อเพิ่มพลังสุขภาวะจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาจสามารถขยายผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับผู้ติดยาเสพติดหญิงได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีแบบพหุระยะ (Multiphase mixed method research) (Creswell; & Plano Clark. 2011) ซึ่งการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential design) โดยจะศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) ภายหลังจากนั้นจึงนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพไปใช้ในการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาวะจิตและหาค่าความเชื่อมั่นความเที่ยงตรงด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก (The embedded design) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เป็นวิธีการหลักเพื่อศึกษาผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาวะจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีระดับการรับรู้การถูกตีตราแตกต่างกันโดยมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบศึกษารายกรณี (Case study) และการบันทึกอนุทิน (Diaries) สอดแทรกในการวิจัยวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษากระบวนการเกิดพลังสุขภาวะจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเพื่อสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การคัดเลือกตัวอย่าง

งานวิจัยระยะที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่สถาบันบำบัดยาเสพติดงามตา (นามสมมติ) และอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 13 คนที่มีพลังสุขภาวะจิตสูง โดยมีขั้นตอนและเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนัดหมายติดต่อพบพยาบาลวิชาชีพประจำตึกในสถานบำบัดที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติดหญิง

2. ขอให้พยาบาลคัดเลือกผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีประสบการณ์การเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตได้แก่ การถูกทารุณกรรมทางกาย ทางเพศ การทำแท้งเนื่องจากการตั้งครรภ์โดยมิได้ตั้งใจ การขายบริการทางเพศเพื่อแลกกับการได้ยาเสพติด การถูกปฏิเสธหรือถูกขับจากครอบครัวหรือชุมชนเนื่องจากการใช้ยาเสพติด ข้อใดข้อหนึ่งเพื่อรับการประเมินจากพยาบาลตามใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงสำหรับบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษา (รายละเอียดดังภาคผนวก) โดยใบตรวจสอบดังกล่าว ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต โดยเน้นความหมายของพลังสุขภาพจิตในแง่ลักษณะเฉพาะ (Trait) คือคุณลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่ติดตัวมา ทั้งนี้การขอให้พยาบาลกรอกใบตรวจสอบดังกล่าวเพื่อให้พยาบาลประเมินผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ตนเองดูแลตามความคิดของตนว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงคนใดมีพลังสุขภาพจิตสูงคือได้คะแนนรวมจากใบตรวจสอบดังกล่าวตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยรวมระดับมากขึ้นไป)

3. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นมาขอให้ทำใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงสำหรับผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นผู้กรอก (รายละเอียดดังภาคผนวก) คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยรวมระดับมากขึ้นไป) และให้ทำแบบวัดปัญหาสุขภาพจิตแบบ 30 ข้อร่วมด้วย (General Health Questionnaire: GHQ-30) (ธนา นิลชัยโกวิทย์; จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง; และชัชวาล ศิลปะกิจ. 2539) พิจารณาคัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนนซึ่งถือว่าไม่มีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์; จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง; และชัชวาล ศิลปะกิจ. 2539) โดยวัตถุประสงค์ของการให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงกรอกใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงประเมินตนเองว่ามีพลังสุขภาพจิตสูงหรือไม่ตามความหมายของพลังสุขภาพจิตที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Trait) ในขณะที่วัตถุประสงค์ของการกรอกแบบวัดปัญหาสุขภาพจิตเพื่อพิจารณาว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ภายหลังจากการเผชิญภาวะวิกฤติแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของพลังสุขภาพจิตในแง่ผลลัพธ์ (Outcome) ที่จะพิจารณาว่าผู้ใดเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตดีก็คือสามารถก้าวผ่านการเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตของตนแล้วปราศจากปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น การใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังกล่าวจะทำให้ผู้วิจัยได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีพลังสุขภาพจิตสูงทั้งในความหมายของลักษณะเฉพาะ (Trait) จากการประเมินด้วยใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงโดยบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาและผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นผู้กรอกเอง และพลังสุขภาพจิตในความหมายของผลลัพธ์ (Outcome) จากการประเมินด้วยแบบวัดปัญหาสุขภาพจิต

4. ผู้วิจัยสอบถามความเต็มใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 13 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่มทั้งหมด 2 กลุ่ม จากตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิงไข่มุก (นามสมมติ) จำนวน 5 คนเป็นกลุ่มที่ 1 และตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิงแพรวา (นามสมมติ) จำนวน 8 คนเป็นกลุ่มที่ 2 แต่ละกลุ่มจะดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้งโดยที่ผู้วิจัยกลุ่มเดิมจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว จึงยุติการสนทนากลุ่ม

การเลือกจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นจำนวน 13 คนโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 และ 8 คนนั้น ถือว่ามีความเหมาะสมและไม่มากหรือน้อยจนเกินไปในการดำเนินการสนทนากลุ่มให้มีประสิทธิภาพ (ชาย โพรธิสิตา. 2554)

ตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 1 คือ ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในช่วงเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2558 ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 161 คน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี 29 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 26 คนและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 36 คน รวมจำนวนจำนวน 252 คนสำหรับใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด ได้แก่ การวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) ด้วยวิธีพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค การทดสอบความเที่ยงตรงแบบลู่เข้าและความเที่ยงตรงเชิงจำแนก รวมทั้งการทดสอบความเที่ยงตรงด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจำนวนตัวอย่างจะค่อนข้างน้อยสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ เนื่องจากความจำกัดของจำนวนตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงในสถานบำบัดที่มีจำนวนไม่มากนัก ทว่าจำนวนตัวอย่าง 200 คนก็สามารถยอมรับว่าพอใช้ได้ (Fair) ในการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Comrey; & Lee. 1992)

งานวิจัยระยะที่ 2

ตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองคือ ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่สถานบำบัดยาเสพติดดงามตาซึ่งอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 32 คนและเข้าเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง โดยจำนวนตัวอย่างผู้วิจัยคำนวณจากโปรแกรม G*Star Power

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบศึกษารายกรณีคือผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 4 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักคือ มีคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดภายหลังเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ มารับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) โดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งจำนวน 4 คนถือว่าเป็นจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการศึกษารายกรณี (Creswell. 2013) นอกจากนั้นยังใช้ผลการบันทึกอนุทินจากผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มทดลองทั้ง 16 คนมาวิเคราะห์ร่วมกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาพลังสุขภาพจิตภายหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา

งานวิจัยระยะที่ 2 ในส่วนของการวิจัยกึ่งทดลองประกอบด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ การได้รับและไม่ได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ
2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ พลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด
3. ตัวแปรจัดประเภท (Moderating variable) ได้แก่ การรับรู้การถูกตีตรา

นิยามปฏิบัติการ

พลังสุขภาพจิต (Resilience) หมายถึง ความสามารถของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการก้าวผ่านวิกฤติและอุปสรรคต่างๆ ของชีวิต สามารถเข้าถึงและบูรณาการทรัพยากรภายในตัวบุคคล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและชุมชนมาใช้ในการปรับตัวได้ในทิศทางบวก สามารถแบ่งออกได้ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual factor) หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลอันได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 7 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตนหมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักว่าตนมิได้เป็นเพียงบุคคลเดียวที่ต้องเผชิญความทุกข์ ยังมีบุคคลอื่นๆ ที่ต้องเผชิญความทุกข์เช่นเดียวกันตนหรือมากกว่า

1.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงความมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ชีวิตที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดรวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือและเป็นที่พักพิงให้กับผู้อื่นได้

1.3 การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต หมายถึง ความสามารถในการตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อที่จะสามารถมีชีวิตใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติดอีก

1.4 การทบทวนย้อนมองชีวิต หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีโอกาสดำเนินชีวิตในการย้อนกลับมาคิดทบทวนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตของตนที่ผ่านมาโดยเฉพาะเส้นทางชีวิตที่ผิดพลาดเพื่อที่จะเลือกทางเดินใหม่ของชีวิตที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งมีการใคร่ครวญถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตและแนวทางการแก้ปัญหา

1.5 ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง หมายถึง การตั้งความปรารถนาอย่างแรงกล้าของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ต้องการพิสูจน์ตนเองต่อคำสบประมาทของบุคคลรอบข้างที่ปรามาสตนเองไว้ในอดีต โดยเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะสร้างอนาคตใหม่ที่ดีกว่าเดิมได้

1.6 ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง การรับรู้ถึงบุคลิกลักษณะภายในตนของผู้ติดยาเสพติดว่าสามารถยอมรับ เผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติจนสามารถพัฒนาสู่การมีจิตใจที่แข็งแกร่งและสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติได้

1.7 การมีศรัทธา หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในรูปแบบของสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือจิตวิญญาณที่ศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติได้

2. ปัจจัยครอบครัว (Family factor) หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากการรับรู้การส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจและการรับรู้การให้อภัยจากครอบครัวรวมถึงการเกิดความรู้สึกผิด มีจิตกตัญญูและเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตอบแทนบุญคุณของครอบครัวกลับไป อันส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 2 องค์ประกอบได้แก่

2.1 การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัยต่อความผิดพลาดในอดีต หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าตนเองได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์ การมีที่ปรึกษา การรับรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมาย เป็นที่รักและได้รับการให้อภัยจากครอบครัวอันได้แก่ พ่อแม่ ญาติและลูกแม้ว่าตนเองมีพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวต้องเสียใจและเจ็บปวด รวมทั้งการสร้างความมุ่งมั่นตั้งใจภายในตนเองโดยมีแรงจูงใจจากครอบครัวและลูก

2.2 การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญู หมายถึง การเกิดความรู้สึกผิดกับพ่อแม่และครอบครัวเนื่องจากรับรู้ได้ถึงพระคุณของบุคคลเหล่านั้นที่เลี้ยงดู อบรมสั่งสอนตนเองเป็นอย่างดีรวมทั้งเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตอบแทนพระคุณบุคคลเหล่านั้น

3. ปัจจัยชุมชน (Community factor) หมายถึงปัจจัยจากสังคมและชุมชนอันได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดซึ่งรวมทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดและกระบวนการบำบัดต่างๆ ที่ได้รับ ญาติมิตร โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อนนอกสถานบำบัด สามีหรือคนรักที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 4 องค์ประกอบได้แก่

3.1 การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าการบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดไม่ว่าจากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด งานบำบัดหรือการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกและการมีโอกาสให้การดูแลประคับประคองทางอารมณ์ให้กับผู้อื่นด้วย ว่ามีส่วนช่วยให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้

3.2 การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงการมอบโอกาสทางสังคม การสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจและการตระหนักถึงศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์จากบุคคลรอบข้างในสังคมนอกเหนือจากคนในครอบครัวและจากเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัด

3.3 การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักถึงประโยชน์ในการศึกษาต่อที่สูงขึ้น การมีโอกาสรอบอาชีพสุจริตและการรับรู้ถึงศักยภาพแห่งตนด้านการศึกษาและการทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดซึ่งจะช่วยให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้

3.4 การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการที่ต้องปฏิเสธหรือออกจากกลุ่มเพื่อนเดิมหรือคนรักที่เคยใช้ยาเสพติดเพื่อที่จะก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตของตนได้

แบบวัดพลังสุขภาพจิตพัฒนามาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการผสานกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตร 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (Integrative group counseling) หมายถึง กระบวนการพัฒนาบุคคลในรูปแบบของกลุ่มให้เกิดความมอองงามเติบโตทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมผ่านสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างเพื่อนสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มที่มีความอบอุ่น การยอมรับ ปลอดภัย มีความไว้วางใจและความเท่าเทียมกัน เน้นการค้นหาศักยภาพและทรัพยากรทางบวกภายในตัวบุคคลเพื่อที่จะสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาทั้งภายในตัวบุคคลและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกรอบแนวคิดในการสร้างกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการผสมผสานแบบบูรณาการ (Assimilative integration) ตามแนวคิดของ เมสเซอร์ (Messer, 2001) โดยเลือกใช้ทฤษฎีของซาเทียร์เป็นแนวคิดทฤษฎีหลักในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งหมดและจะมีการเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีซาเทียร์ทั้ง 3 ขั้นตอนของการปรึกษาทั้งในขั้นเริ่มต้น ขั้นการเปลี่ยนแปลง และขั้นยุติ ในขณะที่จะมีการใช้หยิบยกเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์และสตรีนิยมมาใช้ร่วมกันกับเทคนิคของซาเทียร์เฉพาะในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงเพียงขั้นตอนเดียวเท่านั้น โดยรายละเอียดของทั้ง 3 ขั้นตอนเป็นดังต่อไปนี้ (Loeschen, 1998)

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้น เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งในตัวผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม มีการอธิบายกฎเกณฑ์เบื้องต้นของการเป็นสมาชิกกลุ่ม การสำรวจความคาดหวัง สร้างความเชื่อมโยงทางจิตใจ (Making contact) ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับทรัพยากรภายในใจตนเอง (Resources) ผู้นำกลุ่มจะเอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีการตระหนักรู้ในตนให้มากขึ้นโดยเฉพาะอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งทรัพยากรทางบวกภายในตนเอง การเชื่อมโยงและการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงทรัพยากรด้านบวกของตนจะทำให้ผู้รับบริการมีความกล้าที่จะเปิดเผยถึงเรื่องราวความเจ็บปวดในชีวิตในขั้นการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์จากกลุ่มได้มากขึ้น เทคนิคหลักที่ใช้ในขั้นตอนนี้จะเป็นเทคนิคตามแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาของซาเทียร์เท่านั้น กระบวนการหลักได้แก่ การสร้างความเชื่อมโยง การยืนยันบุคคลและการเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้

ขั้นที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของตนได้มากขึ้นเนื่องจากสามารถยอมรับกลุ่มและเกิดความรับผิดชอบในตนเองได้มากขึ้น ในขั้นนี้ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่รับฟัง สำรวจผลกระทบทางจิตใจและเอื้อให้เกิดการสัมผัสถึงประสบการณ์ภายใน มีการโต้แย้งถึงรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพ มีการนำเสนอทางเลือกใหม่ ๆ ทั้งจากสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายและผูกมัดตนเองกับเป้าหมายนั้น จากนั้นก็เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในชั่วโมงการปรึกษาและนอกชั่วโมงการปรึกษาในรูปแบบการบ้าน ผ่านการใช้เทคนิคต่าง ๆ ของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมร่วมกัน นอกจากนี้ยังมีการตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นคงอยู่ได้มากขึ้น กระบวนการหลักที่ใช้ในขั้นตอนนี้คือ การทำให้ผู้รับบริการรับผิดชอบต่อปัญหาตนเอง การทำลายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การเสนอทางเลือกใหม่ ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคย่อย ได้แก่ การสอนวิธีการสื่อสารอย่างสอดคล้อง การจินตนาการ การปั้นหุ่น นอกจากนี้ยังมีการเลือกใช้เทคนิคตามทฤษฎีของเกสตัลท์ ได้แก่ การเปลี่ยนภาษา การจินตนาการ การใช้เก้าอี้ที่วางเปล่า และเทคนิคตามทฤษฎีของสตรีนิยม ได้แก่ การวิเคราะห์บทบาททางเพศ การวิเคราะห์อำนาจ การสร้างพลัง การปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อลดการตีตรา เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติ เป็นขั้นสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มร่วมกัน ผูกมัดตนเองกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมเชิงบวกให้มากขึ้น เน้นการสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจซึ่งกันและกันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อไปแม้ว่าจะสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มแล้วและทำกิจกรรมอำลา กระบวนการหลักที่ใช้ได้แก่การชี้ไปสู่การลงมือปฏิบัติ การเน้นย้ำถึงทรัพยากรภายในและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง โดยกระบวนการทั้งสองนี้จะอิงกับทฤษฎีการปรึกษาของซาเทียร์

การรับรู้การถูกตีตรา (Perceived stigma) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าอับอาย ไม่ได้รับการยอมรับและมีการเบียดเบียนทางสังคมหรือแตกต่างจากผู้อื่น มีการรับรู้ว่าตนถูกเชื่อมโยงเข้ากับคุณลักษณะทางลบ และมีการสูญเสียสถานภาพทางสังคมได้แก่ รายได้ การศึกษา การรักษาทางการแพทย์และอาชีพเนื่องจากมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมคือการใช้สารเสพติด

การวัดการรับรู้การถูกตีตรา ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ ลิงค์และฟีแลน (Link; & Phelan. 2001) เป็นแบบมาตร 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 5 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 5 คะแนน สำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีการรับรู้การถูกตีตราสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด (Abstinent determination) หมายถึง การรับรู้ตนเองถึงความตั้งใจของผู้ใช้สารเสพติดในการหยุดใช้สารเสพติด มีการแสวงหาสารสนเทศและการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการเลิกใช้สารเสพติด รวมทั้งเตรียมการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพสารเสพติดซ้ำได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตนเองไม่ได้ เป็นต้น การวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดนั้นจะใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากการประมวลเอกสารทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบวัดเป็นแบบมาตร 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงการมีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยผสมผสานวิธีพหุระยะ (The multiphase mixed method research) หมายถึง การวิจัยที่ผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยกันในทุกระยะของการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นได้ 2 ระยะและแต่ละระยะต่างก็ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพผสมผสานกันเพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การวิจัยผสมผสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential mixed methods study) หมายถึง รูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำการวิจัยเชิงคุณภาพก่อน จากนั้นนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้เพื่อทำการวิจัยเชิงปริมาณในลำดับต่อมา ในการวิจัยนี้คือการศึกษาลักษณะสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพก่อน หลังจากนั้นจึงขยายผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณให้แบบวัดมีคุณภาพ เชื่อถือได้

การวิจัยผสมผสานวิธีแบบสอดแทรก (The embedded mixed methods design) หมายถึง รูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการสอดแทรกวิธีการวิจัยหนึ่ง (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) อยู่ในรูปแบบการวิจัยอีกแบบหนึ่ง (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) โดยเน้นหนักหรือให้ความสำคัญที่วิธีการวิจัยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นหลักเท่านั้น ในการวิจัยนี้คือการวิจัยแบบผสมผสานวิธีที่สอดแทรกวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพอยู่ในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเน้นหนักและให้ความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณมากกว่า ทั้งนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจะนำมาใช้เสริมหรือสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณเท่านั้น

ผู้ติดยาเสพติดหญิง (Substance dependence women) หมายถึง ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่เพศหญิงที่ถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดชนิดแอมเฟตามีนและไม่มีภาวะการถอนสารเสพติด

กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) หมายถึง กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบเข้มข้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับผลประโยชน์จากการเรียนรู้ร่วมกัน ในรูปแบบชุมชนบำบัดเป็นฐานหลักและมีครอบครัวเป็นส่วนร่วม ในการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งการบำบัดรักษาที่มีกิจกรรมทางเลือกให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้เองอย่างต่อเนื่องและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในที่สุด (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์; และคนอื่น ๆ. 2546) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่นั้น ผู้เข้ารับการบำบัด จะต้องเข้าสู่กระบวนการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือนโดยไม่ใช้ยาเสพติด พักอาศัยในสถานบำบัดและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสถานบำบัด ในช่วง 2 สัปดาห์แรกจะเป็นช่วงของการถอนพิษการใช้สารเสพติด (Detoxification) ซึ่งจะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก หลังจากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเน้นการฟื้นฟูด้านจิตสังคม ใช้การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดเพื่อเป็นสื่อในการบำบัด มีการปรับพฤติกรรมด้วยการให้รางวัลและการลงโทษ ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญไม่ว่าจะเป็นนักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด ในขณะที่เดียวกันก็มีการดำเนินกลุ่มแบบช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) ซึ่งดำเนินการกลุ่มโดยผู้เข้ารับการบำบัดด้วยกันเอง ตัวอย่างเช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มเผชิญหน้า เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสะท้อนพฤติกรรมของกันและกันให้เกิดการเติบโตองงาม หรือนำไปสู่ปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. พลังสุขภาพจิต: ความหมาย องค์ประกอบและวิธีวัด
2. ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด: ความหมายและวิธีวัด
3. การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม
4. การใช้ทฤษฎีการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ
5. การถูกตีตรา : ความหมาย องค์ประกอบและวิธีวัด
6. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่
7. กรอบแนวคิดการวิจัย
8. สมมติฐานการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิต: ความหมาย องค์ประกอบและวิธีวัด

ความหมายพลังสุขภาพจิต

นิยามของพลังสุขภาพจิตนั้น (Resilience) มีผู้ให้ความหมายมากมายและปัจจุบันก็ยังมีความคลุมเครือในด้านความหมายของคำนี้อยู่มาก ขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความหมายของพลังสุขภาพจิต จากการทบทวนเอกสารในประเทศไทยพบว่า มีผู้แปลความหมายของพลังสุขภาพจิตออกมาแตกต่างกันเช่น ความยืดหยุ่นและทนทาน บุคลิกภาพการปรับตัวเพื่อสู่ความเป็นเลิศ ความสามารถในการฟื้นพลัง การยับยั้งเผชิญวิกฤต ความมั่นคงทางจิตใจ ความเข้มแข็งทางใจ และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นต้น โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่า พลังสุขภาพจิตซึ่งเป็นคำแปลที่ใช้ของกรมสุขภาพจิต (2552) จากการทบทวนเอกสารทั้งในและต่างประเทศพบว่าความหมายของพลังสุขภาพจิตยังมีความหลากหลายและยากที่จะหาข้อสรุปได้ชัดเจน (Lightsey. 2006; Harvey; & Delfabbro. 2004) ตัวอย่างความหมายของพลังสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรม เช่น สเตเรเนอร์และนอร์แมน (Streiner; & Norman. 2008) ทำวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและได้รับทุนสนับสนุนจากโปรแกรมแห่งสหราชอาณาจักรเพื่อการพัฒนาสุขภาพและความผาสุกทางใจอย่างยั่งยืน (UK cross-council programma for life long health and well-being) ได้พยายามหาความหมายพลังสุขภาพจิตจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยมากกว่า 270 เรื่อง ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการของการปรับและจัดการกับภาวะทางจิตใจเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือบาดแผลทางจิตใจโดยมีการดึงทรัพยากรทั้งจากภายในบุคคล ประสบการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะสามารถฟื้นตัวได้ในขณะที่เผชิญกับภาวะวิกฤตซึ่งประสบการณ์ของการพัฒนาพลังสุขภาพจิตก็จะแตกต่างกันไปตามช่วงของวัย มาสเทน เบสท์และการ์เมซซี่ (Masten; Best; & Garmezzy. 1990) ให้ความหมายพลัง

สุขภาพจิตว่าเป็น กระบวนการและผลของการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จแม้ว่าจะต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม นอกจากนี้ กรอทเบิร์ก (Grotberg. 1995) ให้ความหมายว่า พลังสุขภาพจิตเป็น ศักยภาพที่ทำให้มนุษย์สามารถเผชิญและผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆในชีวิตจนเป็นบุคคลที่เข้มแข็ง ลูทา ซิคซิทตีและเบกเกอร์ (Luthar; Cicchetti; & Becker. 2000) ให้ความหมายว่าพลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เป็นการปรับตัวได้ในทิศทางบวกภายหลังจากการเผชิญภาวะวิกฤต (Adversity) เทอร์เนอร์ (Turner. 2001) นิยามพลังสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการ ทนทานต่อความยากลำบากของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปรียบได้กับลักษณะที่ยอมงอได้แต่ไม่หัก (Bent without breaking) กรีนเนและคอนราด (Greene; & Conrad. 2002: 29-62) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการเอาชนะภาวะวิกฤตและนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม คอนเนอร์และเดวิดสัน (Connor; & Davidson. 2003) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตเป็นคุณลักษณะ หลากหลายทั้งชีวิตสังคมที่มีความแปรเปลี่ยนไปตามแต่ละบุคคล บริบท เวลา อายุ เพศและ วัฒนธรรม และกรมสุขภาพจิต (2552) ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถทาง อารมณ์และจิตใจในการปรับตัวสู่ความเป็นปกติภายหลังจากเผชิญกับความยากลำบากของชีวิต

ซึ่งจากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้ มากมายจึงได้มีการแบ่งกลุ่มแนวคิดที่ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพลังสุขภาพจิตในความหมายที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Trait) หมายถึง คุณลักษณะ ส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนซึ่งรวมถึงสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างที่ไม่ใช่คนในครอบครัวที่ทำให้บุคคลสามารถยืนหยัดเข้มแข็งได้แม้จะเผชิญอุปสรรค ซึ่งบางครั้งก็ถูกเรียกว่าปัจจัยปกป้อง (Protective factor) และคุณลักษณะดังกล่าวนั้นจะต้องมีทฤษฎีรองรับด้วย (Garmezy. 1991: Online) ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ในบุคคลทั่วไป ตัวอย่างบุคลิกลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง (Bucker; Mezzacappa; & Beardslee. 2003: Online) การเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน (Rutter. 1985) การมองโลกในแง่บวก (Wyman; et al. 1993) ความสามารถในการแก้ปัญหา (Werner. 1995) ตัวอย่างของคุณลักษณะ ครอบครัวได้แก่ การมีพ่อแม่ที่ให้การเลี้ยงดูแบบอบอุ่นสนับสนุน การใช้กฎเกณฑ์ครอบครัวกับเด็ก อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ (Alvord; & Grados. 2005) การที่ครอบครัวโดยเฉพาะมารดาให้การ สนับสนุนที่ไว้วางใจได้และสร้างแรงจูงใจให้กับเด็ก (Smokowski; Reynolds; & Bezruczko. 1999) ตัวอย่างคุณลักษณะของชุมชนได้แก่ การมีเพื่อนที่ดีและมีผู้ชี้แนะสั่งสอนที่ดี (Werner. 1995) ความสามารถ เข้าถึงบริการสุขภาพ การมีกิจกรรมนันทนาการ การมีที่พักอาศัยที่ปลอดภัย (Alvord; & Grados. 2005) เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่า การศึกษาพลังสุขภาพจิตในความหมายที่เป็นคุณลักษณะส่วน บุคคลในปัจจุบันนั้นมีความหมายครอบคลุมไปถึงปัจจัยทางชีววิทยาที่ป้องกันมิให้บุคคลเกิดปัญหา ทางจิตใจภายหลังการเผชิญภาวะวิกฤต ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ การไม่มีญาติสายตรงที่มีปัญหา ด้านจิตเวช การมีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายที่ดี การไม่มีความเปราะบางในด้านการ ทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทเช่น เซโรโทนิน นอร์อีพิเนพรินและโดปามีน เป็นต้นรวมทั้งไม่มี ปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนกลาง

2. แนวคิดพลังสุขภาพจิตในความหมายที่เป็นกระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่นำไปสู่การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพแม้ว่าจะประสบกับความทุกข์ยากต่างๆ ของชีวิต ซึ่งการศึกษาพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดนี้มาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยบางคนเรียกแนวคิดนี้ว่าแนวคิดพลังสุขภาพจิตแบบเน้นตัวบุคคล (Person focus) ข้อดีของแนวคิดนี้คือ สามารถศึกษาผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตได้ในมุมที่กว้าง แต่ข้อเสียคือจะนำไปสู่การสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตได้ยาก (Masten. 2001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แวกไนล์และยัง (Wagnild; & Young. 1990) ที่อธิบายถึงพลังสุขภาพจิตว่าเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางของบุคคล (Vulnerability) และปัจจัยปกป้องทั้งภายในและภายนอกบุคคล พลังสุขภาพจิตในแนวคิดนี้มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่ได้มีอยู่อย่างคงที่และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต ดังนั้นพลังสุขภาพจิตของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งอาจจะแตกต่างกันไปในอีกช่วงเวลาหนึ่งได้ ตัวอย่างการศึกษาเช่น ดร่าไปและคนอื่นๆ (Drapeau; et al. 2007) ได้ทำการศึกษาถึงกระบวนการที่ทำให้เด็กวัยรุ่นในสถานดูแลมีพลังสุขภาพจิต พบว่ามี 4 ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเหล่านี้มีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้นแม้ว่าจะเผชิญจุดหักเหของชีวิต ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ การตระหนักรู้ถึงศักยภาพแห่งตน การดึงตัวเองออกจากความเสี่ยงเช่น ออกจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี การใช้โอกาสให้เกิดประสบการณ์ทางบวกและการเอาข้อดีจากการได้เผชิญปัญหามาใช้ในเหตุการณ์อื่นๆ ของชีวิต และการศึกษาของเฮลกาสัน (Helgason. 2008) ศึกษากระบวนการของการเกิดพลังสุขภาพจิตโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบสร้างทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) ในกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพังโดยไม่มีสามีจำนวน 8 คนพบว่าเกิดจากการไม่ยอมแพ้ การเรียนรู้และเติบโตจากอุปสรรคและการหาสมดุลของชีวิต

3. แนวคิดพลังสุขภาพจิตในความหมายที่เป็นผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึงการเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวได้อย่างประสบความสำเร็จแม้ว่าจะผ่านภาวะวิกฤติมาแล้ว นักวิจัยบางท่านอาจจะเรียกแนวคิดนี้ว่าแนวคิดพลังสุขภาพจิตแบบเน้นตัวแปร (Variable-focus) (Masten. 2001) ซึ่งข้อดีของแนวคิดนี้คือจะสามารถสร้างตัวแปรทำนายการเกิดพลังสุขภาพจิตและนำไปสู่การสร้างโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพได้ อย่างไรก็ตามข้อเสียคือแนวคิดนี้จะไม่สามารถมองพลังสุขภาพจิตในภาพรวมได้และขาดการมองวิถีชีวิตของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตดีในมุมกว้าง (Masten. 2001) เช่นที่เตสชีและคิลเมอร์ (Tedeschi; & Kilmer. 2005) ได้อธิบายว่าการใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน การมองโลกในแง่ดีนั้นสามารถนำมาใช้แยกแยะระหว่างวัยรุ่นที่มีพลังสุขภาพจิตดีและขาดพลังสุขภาพจิต นอกจากนั้นพลังสุขภาพจิตในความหมายนี้ยังหมายถึงการปราศจากปัญหาด้านสุขภาพจิต ตัวอย่างเช่น ในการศึกษาของ โบนานโนและคนอื่นๆ (Bonanno; et al. 2007) ได้ให้นิยามเชิงปฏิบัติการของพลังสุขภาพจิตในความหมายที่เป็นผลลัพธ์ว่าการปราศจากการวิตกกังวลอย่างรุนแรงภายหลังเผชิญภัยพิบัติ (Post traumatic stress disorder) ในผู้ที่พักอาศัยในเมืองนิวออร์คภายหลังจากการเกิดเหตุวินาศภัยเครื่องบินชนตึกในวันที่ 11 กันยายน 2011 และการศึกษาของ ลีออนโทปูลู (Leontopoulou. 2006) ที่ใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือวัดตัวแปรพลังสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1 ซึ่งการวัดพลังสุขภาพจิตตาม

ความหมายนี้จะใช้วัดในบุคคลหรือกลุ่มที่ผ่านการเผชิญกับปัญหาหรือภัยพิบัติต่างๆ มาแล้วและหากยังคงสามารถยืนหยัดและปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติรวมทั้งได้คะแนนจากแบบวัดที่สูงก็สามารถแสดงได้ว่าเป็นผู้มีพลังสุขภาพจิตดี

จากความหมายและแนวคิดต่างๆ ที่ยกมานั้นผู้วิจัยขอสรุปความหมายของพลังสุขภาพจิตว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถตั้งทรัพยากรภายในตัวบุคคล ครอบครัวยุติธรรมและชุมชนมาใช้ในการปรับตัวได้โดยไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

เนื่องจากแนวคิดของพลังสุขภาพจิตนั้นมีหลายแนวคิด ดังนั้นจึงมีผู้ที่ให้องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีที่ตนยึดถือกันแตกต่างกันออกไป โดยส่วนใหญ่แล้วยังเน้นที่องค์ประกอบภายในตัวบุคคลมากกว่า (Davis. 1999: Online; Reivich; & Shatt. 2002: 34-47; ตันติมา ตวงโยธา. 2553: ออนไลน์) ตัวอย่างการศึกษาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างในคนไทยเช่น การศึกษาองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2552) ที่ได้เสนอองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตไว้ทั้งหมด 3 ลักษณะโดยเน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ดังต่อไปนี้ 1) อึด คือทนต่อแรงกดดัน กล่าวคือ การที่บุคคลสามารถที่ดูแลจิตใจตนเองได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทางลบและความทุกข์ของตนเองได้แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่บีบคั้นหรือวุ่นวาย 2) อึด คือ มีกำลังใจ กล่าวคือ มีแรงจูงใจที่จะสามารถใช้ชีวิตของตนเองได้ต่อไปแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่บีบคั้นและกดดัน กำลังใจดังกล่าวอาจจะสร้างด้วยตนเองหรือมาจากบุคคลรอบข้างก็เป็นได้ 3) สู้ คือ ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค กล่าวคือ การมีความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถเอาชนะปัญหาที่อุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ซึ่งความมั่นใจดังกล่าวเกิดจากการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้อย่างเหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบของกรมสุขภาพจิตนั้นจะเน้นถึงปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นหลัก และคล้ายคลึงกับการศึกษาของตันติมา ตวงโยธา (2553: ออนไลน์) ที่ทำการวิเคราะห์ประกอบเชิงยืนยันของความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้คิดและด้านจิตวิญญาณ โดยมีค่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะการศึกษาของ กรอทเบิร์ก (Grotberg. 1995) ที่ได้ทำการศึกษาในระดับนานาชาติถึงพลังสุขภาพจิตจาก 14 ประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วย (The International resilience project) ในกลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวนมากกว่า 5,000 คนซึ่งเป็นทั้งเด็กชายและเด็กหญิงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 9 ถึง 11 ปี โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพพบว่า พลังสุขภาพจิตแบ่งเป็น 3 ประเภทหลักคือ การมีทรัพยากรภายนอก (I have) คุณลักษณะบุคคลที่แข็งแกร่ง (I am) และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (I can) ซึ่งแต่ละด้านนั้นประกอบด้วย 5 ลักษณะย่อย รวมเป็น 15 ด้านซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอกดังนี้

1. การมีทรัพยากรภายนอก (I have) หมายถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทรัพยากรภายนอกที่ดี (External supports and resources) ได้แก่ 1.1) การมีสัมพันธภาพอันประกอบด้วยความไว้วางใจกัน อันเกิดจากการได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขจากผู้อื่นโดยเฉพาะพ่อแม่ ผู้ที่เลี้ยงดู บุคคลในครอบครัว ครูและเพื่อนๆ 1.2) การมีโครงสร้างและกฎในครอบครัวที่ชัดเจน การได้รับรู้ความคาดหวังด้านการปฏิบัติตัวจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ได้เรียนรู้กฎเกณฑ์ในครอบครัว ได้รับคำชมเชยและรางวัลหากทำได้ตามกฎเกณฑ์และหากมีการลงโทษก็ทำเท่าที่จำเป็น 1.3) การมีบุคคลที่เป็นแบบอย่าง เช่น ผู้ปกครอง พ่อแม่ ครู ญาติผู้ใหญ่ที่แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมทั้งเป็นแบบอย่างมีพฤติกรรมด้านจริยธรรมด้วย 1.4) การสนับสนุนให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่ผู้ปกครองให้โอกาสที่เด็กจะทำการต่างๆ ด้วยตนเองและให้ความช่วยเหลือตามโอกาส 1.5) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาและการบริการด้านความปลอดภัยในชีวิตเช่น การได้เรียนในโรงเรียน ได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับการปกป้องจากตำรวจ

2. คุณลักษณะบุคคลที่แข็งแกร่ง (I am) คือ ความรู้สึก ความเชื่อและเจตคติในตัวเด็กที่ทำให้ฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิตได้ ประกอบด้วย 2.1) ความรักผู้อื่นและเป็นที่รักของผู้อื่น เมื่อเด็กรับรู้ว่าคุณเองเป็นที่รัก ก็จะสามารถแสดงถึงความรักที่ตนเองมีต่อผู้อื่นได้ 2.2) ความสามารถในการเห็นใจและเอื้อเฟื้อ มีความต้องการช่วยเหลือบุคคลอื่น รักและเห็นใจผู้อื่นได้รวมถึงต้องการแบ่งเบาความทุกข์จากบุคคลอื่นเป็นที่รัก 2.3) การภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกได้ว่าตนเองเป็นคนที่มีความหมาย มีความหมายภาคภูมิใจในตนเอง 2.4) ความรู้สึกเป็นอิสระและความสามารถในการรับผิดชอบ สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้และยอมรับถึงผลที่ตามมาจากการกระทำของตนเอง 2.5) การมีความหวังและความเชื่อมั่นศรัทธา โดยเฉพาะความศรัทธาในความดีและแนวคิดด้านศาสนาและจิตวิญญาณที่ตนเคารพนับถือ

3. ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (I can) คือทักษะทางสังคมอันประกอบด้วย 3.1) สื่อสารได้อย่างเหมาะสม คือ สามารถบอกความคิด ความต้องการและความรู้สึกของตนเองได้ในขณะเดียวกันก็สามารถเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นได้เช่นกัน 3.2) แก้ปัญหาได้ วางแผนได้ สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และร้องขอความช่วยเหลือได้ถ้าตนเองไม่สามารถจัดการกับปัญหา 3.3) ควบคุมตนเองได้ ทั้งความรู้สึกและแรงขับต่างๆ 3.4) บอกอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม 3.5) สร้างสัมพันธภาพที่จริงใจกับผู้อื่น สามารถค้นหาบุคคลที่จะสามารถแบ่งปันความรู้สึก ความกังวลและปัญหาอันเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้

จากการศึกษาของกรอทเบิร์ก (Grotberg. 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงควา โคตনারา (2553) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรม (อิงควา โคตনারา. 2553; อ้างอิงจาก Ahern. 2006; Dyer; & McGuinness. 1996; Earvolin-Ramirez. 2007; Garmez. 1993; Gillespie; et al. 2007; Haase; et al. 1999; Masten; & Coatsworth. 1998; Masten; & Obradovic. 2006; Masten. 2007; Tusaie; Puskar; & Sereika. 2007) ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตจากงานวิจัยในต่างประเทศ โดยเป็นการศึกษาองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ซึ่งสามารถแบ่งพลังสุขภาพจิตออกได้เป็น 2 ประเด็นหลักคือปัจจัยปกป้องภายใน (Internal factors) และปัจจัยปกป้องภายนอก (External Factors) ดังนี้

1. ปัจจัยปกป้องภายใน (Internal Factors) ประกอบด้วย 1.1) สติปัญญา ได้แก่ ความสามารถของสมองในการคิด ประมวลสารสนเทศและความสามารถในการจัดการกับปัญหา 1.2) สุขภาพและระบบที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น ปัญหาสุขภาพจิต การทำงานของระบบร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความเครียด 1.3) ทักษะทางสังคม เช่น ความสามารถในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา 1.4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 1.5) ความเชื่ออำนาจภายในตน คือความสามารถในการควบคุมตนเองได้และเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถจัดการกับแรงขับภายในตนได้ 1.6) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น 1.7) การมีความศรัทธาและความหวัง คือ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีการปฏิบัติทางจิตวิญญาณตามที่ตนเคารพนับถือ มีความหวังในชีวิต 1.8) ความรู้สึกถึงความเป็นตนเอง คือ รู้สึกดีกับตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง 1.9) มีเป้าหมายในตนเองที่สูง คือ มุ่งมั่นในตนเองที่จะไปถึงเป้าหมายนั้น 1.10) ชอบสังคม รักการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น 1.11) สามารถเผชิญปัญหาอย่างกล้าหาญ 1.12) มีบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่ดี 1.13) มีแรงจูงใจทางบวก 1.14) มีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน 1.15) ปรับมุมมองตนเองในแง่บวก 1.16) มีความหวัง 1.17) มีการแก้ปัญหาที่ดี 1.18) มีสัมพันธภาพที่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคม 1.19) มีความยืดหยุ่น 1.20) มีอารมณ์ขัน

2. ปัจจัยปกป้องภายนอก (External factors) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยปกป้องด้านครอบครัว ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว ครอบครัวมีความคาดหวังเชิงบวก พ่อแม่มีวิธีการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย สุขภาพจิตของพ่อแม่ การมีเครือข่ายของพ่อแม่ การสนับสนุนทางจิตใจแก่เด็ก การสนับสนุนทางการศึกษา กฎระเบียบในบ้านมีความยืดหยุ่น 2) ปัจจัยปกป้องด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนที่ดี โรงเรียนที่ดี มีชุมชนที่ดี มีแบบอย่างในชุมชน การมีความรู้สึกผูกพันกันภายในชุมชน การมีบรรทัดฐานในชุมชนที่เหมาะสม

นอกจากนั้น บลิสโซเนท (Blissonette. 1998: Online) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและได้แบ่งองค์ประกอบของปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับบุคคล คือความสามารถภายในตัวบุคคลอันได้แก่ สติปัญญา อารมณ์ที่มั่นคง ความเป็นตัวของตัวเอง การมีทักษะทางสังคม ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและทักษะในการสื่อสาร 2) ระดับครอบครัวคือ มีการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว ความอบอุ่น ความเห็นใจแน่นในสัมพันธภาพทางบวกและการมีผู้เลี้ยงดูอย่างน้อย 1 คน 3) ระดับชุมชนและสังคมคือ การมีเพื่อนสนิทที่สามารถไว้วางใจได้นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัว การมีประสบการณ์ในโรงเรียนทางบวก ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนสมาชิกในชุมชนมีความรักใคร่ผูกพันกัน

ในขณะเดียวกันการแบ่งองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยภายในและภายนอกนั้น ยังพบได้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติดดั่งเช่นการศึกษาของสตาร์ดูฮาร์และคนอื่นๆ (Stajduhar; et al. 2009) ที่ได้ทบทวนเอกสารถึงองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตและเชื่อมโยงองค์ประกอบที่พบจากการทบทวนเอกสารเข้ากับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ตนเองศึกษากับผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น พบว่าผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นนั้นมีองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตที่แบ่งออกเป็น 3 ประเภท เช่นกันคือองค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ความสามารถในการแสวงหาการตอบสนองทางบวกจากผู้อื่น การมีความหวัง การมีเป้าหมาย การมีความสามารถพิเศษหรือสิ่งที่เคย

ประสบความสำเร็จ ความสามารถในการไตร่ตรอง ความรู้สึกที่ตนเองมีค่า การชื่นชมในเอกลักษณ์ และสิ่งดีงามที่ประสบในชีวิต ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและการมีทักษะทางสังคม องค์ประกอบด้านครอบครัวได้แก่ การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางจิตใจที่อบอุ่นและการมีโครงสร้าง กฎเกณฑ์ของครอบครัวที่แน่นอน องค์ประกอบด้านชุมชนได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ผู้ใหญ่และการมีตัวแบบที่ดี ความรู้สึกผูกพันกับโรงเรียน ความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน การมีที่อยู่อาศัยและการมีเศรษฐกิจระดับปานกลางถึงระดับดี

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผู้วิจัยยกมาทั้งหมดนั้นเน้นการศึกษาองค์ประกอบของ พลังสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่โดยไม่แยกเพศ ดังนั้นการศึกษาต่อไปนี้จึงเป็นการนำเสนอ องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตโดยเน้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิง เช่น จากการศึกษาของ แวกไนล์ และยัง (Wagnild; & Young. 1990) ได้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการศึกษาองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต ในผู้หญิงสูงอายุโดยศึกษาในกลุ่มสตรีที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวอย่างดีแล้ว โดยกลุ่มสตรี ดังกล่าวได้รายงานถึงประวัติการสูญเสียครั้งใหญ่ในชีวิตแต่ก็กลับปรับตัวได้อย่างดี การศึกษานี้ใช้ วิธีการของการสร้างทฤษฎีฐานราก พบว่าพลังสุขภาพจิตเกิดจากคุณลักษณะ 5 ประการคือ 1) ลักษณะใจเย็น สุขสงบ (Equanimity) 2) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) 3) การเข้าใจชีวิต แม้ว่าจะต้องอยู่ตามลำพัง (Existential aloneness) 4) การพยายามต่อสู้และอดสาหัส (Perseverance) 5) การอยู่อย่างมีความหมาย (Meaningfulness) และสรุปว่าพลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่สำคัญในช่วง สูงวัยที่นำไปสู่การปรับตัวที่ประสบความสำเร็จ

นอกจากนั้น ลามอนด์และคนอื่นๆ (Lamond; et al. 2009) ได้สร้างแบบวัดและทำนาย พลังสุขภาพจิตในผู้หญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนที่อยู่อาศัยจำนวน 1,395 คนโดยใช้วิธีการ วิเคราะห์องค์ประกอบแบบสำรวจ (EFA) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตคือ 1) ความสามารถในการควบคุมตนเองและการมีเป้าหมาย 2) ความสามารถในการปรับตัวและความทนทานต่ออารมณ์ ทางลบ 3) ความเป็นผู้นำและความเชื่อในสัญชาตญาณ 4) ความสามารถทางจิตวิญญาณ และปัจจัย ที่ทำนายพลังสุขภาพจิตได้ดีที่สุดคือ อารมณ์ที่ผาสุก การมองโลกในแง่ดี การประเมินตนเองว่าเป็น ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการมีปัญหาด้านความคิดความจำ เพียงแค่เล็กน้อย

และผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของ เฮลกาสัน (Helgason. 2008) ที่ศึกษาถึง พลังสุขภาพจิตด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างแม่ที่เลี้ยงลูกตามลำพังจำนวน 8 คนโดยใช้ แนวคิดทฤษฎีฐานราก พลังสุขภาพจิตถูกให้ความหมายในกลุ่มตัวอย่างว่าหมายถึง การไม่ยอมแพ้ การเรียนรู้และเติบโตจากภาวะวิกฤตและการแสวงหาความสุขของชีวิต กระบวนการของการเกิด พลังสุขภาพจิตประกอบด้วยมิติด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม พลังสุขภาพจิตในความหมายที่ เป็นผลลัพธ์ถูกให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลว่าทุกวันนี้ชีวิตประสบความสำเร็จ สามารถสร้างสรรค์ ชีวิตที่สะดวกสบายและปลอดภัยภายในครอบครัวได้

จากการศึกษาที่ยกมาจะพบว่าการศึกษาองค์ประกอบนั้นพัฒนามาจากตัวแปรภายในตัวบุคคลมาสู่ตัวแปรภายนอกตัวบุคคลซึ่งก็คือครอบครัวและชุมชน มีการศึกษาทั้งจากวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการพัฒนาองค์ประกอบ โดยจากการทบทวนเอกสารในขั้นต้นนี้สามารถแบ่งปัจจัยของพลังสุขภาพจิตเป็น 3 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง ความสามารถและการรับรู้ภายในตัวบุคคลว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความสามารถและประสบความสำเร็จ มีคุณค่าหรือมีความหมาย มีชีวิตที่เป็น อิศราภาพหรือเป็นตัวของตัวเอง สามารถตั้งเป้าหมายชีวิตได้และมีความหวังรวมทั้งแรงจูงใจที่จะนำพาตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ สามารถมองโลกในแง่บวกและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณหรือศาสนา มีความรู้สึกเชื่อมโยงและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้อื่นและสังคมรอบข้าง สามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีงามระหว่างตนเองและบุคคลอื่นไว้ได้อย่างเหมาะสม

2. ปัจจัยภายในครอบครัว หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ถึงความรักความอบอุ่นในครอบครัว รับรู้ถึงการสนับสนุนจากครอบครัวเมื่อตนเองเผชิญภาวะวิกฤต การรับรู้ถึงแบบอย่างพฤติกรรมที่ดีงามและเหมาะสมของผู้เลี้ยงดูและรับรู้ได้ถึงความคาดหวังทางบวกรวมทั้งกฎระเบียบในครอบครัวที่มีความยืดหยุ่น

3. ปัจจัยภายในชุมชน หมายถึง การรับรู้ถึงการสนับสนุนจากภายนอกครอบครัวหรือชุมชน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิท การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากครู การมีแบบอย่างพฤติกรรมที่ดีงามและเหมาะสมจากครูหรือผู้ใหญ่ในชุมชน ความรู้สึกชอบการไปโรงเรียน ความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน เช่น อาหาร การรักษาพยาบาล ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย รวมทั้งการรับรู้สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีมั่นคง

การวัดและประเมินพลังสุขภาพจิต

สำหรับแนวทางการวัดพลังสุขภาพจิตนั้น เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีเบื้องหลังของพลังสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศมีความหลากหลาย จึงพบว่ามีผู้สร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตขึ้นมามากมายตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยยึดถือ นอกจากนั้นแบบวัดที่ใช้ก็พัฒนามาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และยังได้มีการหาคุณภาพของเครื่องมือเฉพาะกลุ่มซึ่งอาจไม่เหมาะสมในการที่จะนำเอาเครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างหนึ่งมาวัดพลังสุขภาพจิตของอีกกลุ่มหนึ่งได้ ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตใดที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าดีกว่าเครื่องมือตัวอื่นหรือสามารถใช้แทนเครื่องมืออื่นในบริบทเฉพาะได้ (Connor; & Davidson. 2003) ซึ่งผู้วิจัยได้นำตัวอย่างแบบวัดที่นิยมใช้รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและคุณภาพของเครื่องมือตั้งงานวิจัยโดยเรียงตามพัฒนาการของการสร้างแบบวัดดังต่อไปนี้ บาร์โตนและคนอื่นๆ (Bartone; et al. 1989) ได้พัฒนาแบบวัด พลังสุขภาพจิต (The dispositional resilience scale) ชนิดรายงานตนเองสำหรับผู้ใหญ่ มีทั้งหมด 45 ข้อ ใช้สำหรับวัดด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ (Hardiness) โดยแบ่งเป็นความสามารถด้านการสร้างพันธสัญญาต่อตนเอง การควบคุมและการทำหาย รวมทั้งสิ้น 3 องค์ประกอบ

ซึ่งแบบวัดนี้ใช้วัดแบบฉบับบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงที่ (Fix trait) มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในได้มากกว่า .70 และหาค่าความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหา แวกไนล์และยัง (Wagnild; & Young. 1993) พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต (The resilience scale: RS) สำหรับผู้ใหญ่และอาจใช้ได้ในวัยรุ่น จำนวน 25 ข้อ 2 องค์ประกอบโดยเน้นด้านสมรรถนะส่วนบุคคล การยอมรับตนเองและชีวิต ซึ่งแบบวัดดังกล่าวพัฒนามาจากการทำวิจัยเชิงคุณภาพกับสตรีสูงอายุ จำนวน 24 คนที่สามารถผ่านเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมาได้สำเร็จ จากนั้นนำแบบวัดมาหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความสอดคล้องภายในได้สูง คอนเนอร์และเดวิดสัน (Connor; & Davidson. 2003) ได้พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต (The connor-davidson resilience scale : CD-RISC) ซึ่งเป็นแบบวัดรายงานตนเองฉบับ 25 ข้อสำหรับผู้ใหญ่ พัฒนาเพื่อใช้ในงานคลินิกโดยสามารถนำมาใช้ในการประเมินโปรแกรมการช่วยเหลือในผู้ติดยาเสพติดได้ วัดทั้งหมด 5 องค์ประกอบคือ สมรรถนะส่วนบุคคล ความสามารถในการทนทานต่อภาวะตึงเครียด ความสามารถในการยอมรับและความรู้สึกปลอดภัยในสัมพันธภาพ การควบคุมและความสามารถทางด้านจิตวิญญาณ มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในได้มากกว่า .70 และการทดสอบซ้ำได้เท่ากับ .87 มีการหาค่าความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้างด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามแบบวัดดังกล่าวมองพลังสุขภาพจิตในลักษณะนิสัยส่วนบุคคล (Trait) เท่านั้น ต่อมา ฟริบอร์กและคนอื่นๆ (Friborg; et al. 2005) พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต (The resilience scale for adults: RSA) เป็นแบบรายงานตนเองมีทั้งหมด 33 ข้อ 6 องค์ประกอบ โดยวัดปัจจัยปกป้องทั้งภายในบุคคลและภายนอกตัวบุคคลโดยมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมากขึ้น มีองค์ประกอบได้แก่ ความเข้มแข็งส่วนบุคคล สมรรถนะทางสังคม รูปแบบโครงสร้างบุคคล ความสัมพันธ์เหนียวแน่นในครอบครัวและทรัพยากรทางสังคม ซึ่งการพัฒนาแบบวัดนี้มีพื้นฐานมาจากการวิจัยเชิงคุณภาพและทำการทดสอบเชิงปริมาณเพื่อหาคุณภาพของแบบวัดในภายหลังด้วยการหาค่าความเชื่อด้วยการใช้ความสอดคล้องภายในและการทดสอบซ้ำได้มากกว่า .70 และยูการ์และคนอื่นๆ (Ungar; et al. 2008) พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับเด็กและวัยรุ่น (The child and youth resilience measure:CYRM) ใช้สำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่อายุ 12 ถึง 23 ปีใน 11 ประเทศ 11 ภาษา มีทั้งหมด 28 ข้อ 4 องค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล สัมพันธภาพ ชุมชนและวัฒนธรรม แต่ไม่เหมาะสำหรับการไปประยุกต์ในทางคลินิก ซึ่งแบบวัดดังกล่าวสร้างข้อคำถามจากการทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ใน 9 ประเทศ จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความสอดคล้องภายในเช่นกันซึ่งจะเห็นได้ว่าแบบวัดในระยะหลังเริ่มให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านสังคมและชุมชนเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ใช้กันพบว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาให้มีความสอดคล้องกับบริบทกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะเงื่อนไขต่อการเกิดพลังสุขภาพจิตที่มีความครอบคลุมทั้งปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนซึ่งก็เป็นจุดมุ่งหมายหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ที่ต้องการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตแบบผสมวิธีให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงต่อไป

2. ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด: ความหมายและวิธีวัด

จากการทบทวนเอกสาร พบว่ามีผู้ให้ความหมายที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด (Abstinence determination) อยู่หลายคน ดังเช่น โปรชาสกาและดิเคลิเมนต์ (Proshaska; & DiClemente. 1984) อธิบายถึงความหมายของระยะเตรียมใจหรือตั้งใจ (Preparation or determination stage) ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้เลิกใช้สารเสพติดว่าเป็นความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอนาคต มีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรคที่ทำให้หยุดใช้สารเสพติดไม่ได้ มีการวางแผนที่สามารถปฏิบัติได้จริงในการลดหรือเลิกใช้สารเสพติด อาจมีพฤติกรรมที่จะลดหรือหยุดใช้สารเสพติดบ้างแต่ก็ยังไม่สามารถทำได้อย่างมั่นคงถาวร มิลเลอร์และโทนิแกน (Miller; & Tonigan. 1996) ได้ให้ความหมายของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (Readiness to change) ว่าเป็นการรับรู้ความพร้อมของผู้ใช้สุราที่จะลดหรือหยุดดื่มสุรา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ 1) การตระหนักรู้ (Recognition) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณเองมีปัญหาจากการดื่มสุรา รับรู้ว่าสุรามีอันตรายหากยังดื่มต่อและมีการแสดงความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง 2) การลังเลใจ (Ambivalence) หมายถึง การลังเลว่าตนเองควบคุมการดื่มของตนเองได้หรือไม่ ตนเองดื่มมากเกินไปหรือไม่แน่ใจว่าการดื่มสุราของตนมีผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างหรือไม่ 3) การลงมือกระทำ (Taking steps) หมายถึง การได้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงบางอย่างในเชิงบวกเกี่ยวกับการดื่มสุรา สามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ในช่วงเวลาสั้นๆและกำลังแสวงหาความช่วยเหลือต่างๆ ในการที่จะทำให้ตนเองสามารถหยุดต่อสุราได้อย่างต่อเนื่องและไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ สุกูมา แสงเดือนฉาย (2553: 28: ออนไลน์) ได้สรุปความหมายจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการป้องกันการติดสุราซ้ำว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราแสดงเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก และวรรณชนก จันทขุม (2547: 6: ออนไลน์) ได้ให้ความหมายของเจตนาในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นว่าหมายถึง การแสดงความตั้งใจ หรือความต้องการ หรือความพยายาม หรือเป็นการวางแผนของนักเรียนที่จะกระทำเพื่อไม่ให้ตนสูบบุหรี่ เช่น การอ่านหนังสือหรือหาความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งจากความหมายต่างๆ ที่ยกมานั้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดว่าหมายถึง การรับรู้ตนเองถึงความตั้งใจของผู้เลิกใช้สารเสพติดในการหยุดใช้สารเสพติด มีการแสวงหาสารสนเทศและการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการเลิกใช้สารเสพติด รวมทั้งเตรียมการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพสารเสพติดซ้ำได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตนเองไม่ได้ เป็นต้น

ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดนั้นมีการศึกษาทั้งในด้านของทฤษฎีและการวิจัยต่างๆ มากมายที่สนับสนุนว่าเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม ในด้านทฤษฎีนั้น ฟิชไบน์และไอเซน (Ajzen; & Fishbein. 1980: 54-60) ได้อธิบายถึงความตั้งใจหรือเจตนา (Intention) ที่จัดได้ว่าเป็นตัวแปรจิตลักษณะภายในที่ใกล้ชิดพฤติกรรมและสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมได้

นอกจากนั้น โพรชาสกาและดิเคลิเมนต์ (Proshaska; & DiClemente. 1984) ได้อธิบายถึงความตั้งใจว่าเป็นระยะหนึ่งของวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) โดยมองว่าความตั้งใจนั้นจะเป็นระยะที่ใกล้ชิดกับระยะที่จะเกิดพฤติกรรม (Action stage) อย่างมาก โดยแนวคิดของโพรชาสกาและดิเคลิเมนต์นั้นได้ถูกนำมาทดสอบด้วยวิธีการวิจัยโดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้สารเสพติด พบว่าแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดนี้เป็นอย่างดี ในส่วนของงานวิจัยต่างๆ ก็ร่วมกันสนับสนุนได้ว่า ความตั้งใจการเลิกใช้สารเสพติดสามารถทำนายการเกิดพฤติกรรมการหยุดใช้สารเสพติดในอนาคตได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของเบิร์นและคนอื่นๆ (Berndt; et al. 2012) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 133 คนและทำการติดตามผลในระยะเวลา 1 เดือนหลังจำหน่ายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอย พบว่าการมีความตั้งใจอย่างสูงที่จะหยุดสูบบุหรี่เป็นตัวทำนายการหยุดสูบบุหรี่ในอนาคตได้อย่างมีนัยสำคัญ วิลเลียมส์และคนอื่นๆ (Williams; et al. 2007) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่พยากรณ์การลดการดื่มสุราในผู้ติดยาที่มีปัญหาจากการดื่ม โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติก (Logistic regression) พบว่าปัจจัยทำนายเพียงตัวเดียวคือความมุ่งมั่นตั้งใจในการหยุดดื่มสุราสามารถทำนายจำนวนวันที่น้อยลงในดื่มสุรา และปริมาณสุราที่ดื่มลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสุกามาแสงเดือนฉาย (2553: ออนไลน์) ได้ศึกษาถึงตัวแปรความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำพบว่าสามารถทำนายร้อยละของวันที่ดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรร้อยละจำนวนวันที่ดื่มหนักและจำนวนวันที่หยุดดื่มได้ ซึ่งจากการยกทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ดังกล่าวนั้นสามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดพฤติกรรมการหยุดใช้สารเสพติดและสามารถพยากรณ์การเกิดพฤติกรรมการหยุดใช้สารเสพติดในอนาคตได้

ในการวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดนั้น มีผู้สร้างแบบวัดที่เกี่ยวข้องดังนี้ มิลเลอร์และโทนิแกน (Miller; & Tonigan. 1996) ได้พัฒนาแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Stages of change readiness and treatment eagerness scale: SOCRATES) ซึ่งเป็นแบบวัดแบบรายงานตนเองจำนวน 19 ข้อ การตอบใช้มาตราลิเคิร์ต 5 ระดับจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการวิเคราะห์องค์ประกอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 1,600 คนพบว่าแบ่งออกเป็นทั้งหมด 3 องค์ประกอบได้แก่ การตระหนักรู้ การลังเลใจและการลงมือกระทำ และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแอลฟาในแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ .60 - .85 วรรณชนก จันทชุม (2547: ออนไลน์) ได้สร้างมาตรวัดเจตนาในการป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นมาตรวัดความตั้งใจ หรือความต้องการ หรือความพยายามหรือการวางแผนของนักเรียนที่จะกระทำเพื่อไม่ให้ตนสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่กำหนดไว้ ใช้มาตรวัด 7 ระดับจำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนจาก -3 ถึง +3 จากมาตร เป็นไปไม่ได้ถึงเป็นไปได้ และได้นำแบบวัดดังกล่าวไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไป

ทดลองใช้กับนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 100 คนและนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคพบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และสุกุนา แสงเดือนฉาย (2553: ออนไลน์) ได้สร้างแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ โดยให้ผู้ป่วยสุราประเมินเจตนาของตนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายในได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การเจ็บป่วยทางกาย ความอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอกได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ดื่มสุรา และการมีความขัดแย้งกับผู้อื่น จำนวน 42 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค เป็นแบบมาตรประเมินค่า 6 ระดับตั้งแต่จริงที่สุดถึงไม่จริงเลย แบบวัดดังกล่าวได้ถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสุราจำนวน 30 คนและคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนแบบวัดทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง .482-.874 ได้จำนวน 28 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ .960 กัลยา ไชยเลิศ (2541: ออนไลน์) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกยาเสพติด มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุมความตั้งใจ คือเจตนาของผู้เลิกยาเสพติดที่พยายามปฏิบัติหรือมีการวางแผนเพื่อเลิกยาเสพติด ในด้านการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ การเลี่ยงใช้ยาเสพติดเพื่อแก้ปัญหาการหลีกเลี่ยงใช้ยาเสพติดรักษาโรค การหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เสพยาเสพติดและการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่มีการค้าขาย เป็นแบบสัมภาษณ์ประมาณค่า 4 ระดับ โดยแบบวัดดังกล่าวแสดงเฉพาะคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจากรายงานการวิจัยต่างๆ ที่ยกมานั้นจะเห็นได้ว่ายังไม่มีแบบวัดที่สร้างขึ้นในการวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดโดยตรงและหรือยังมิได้แสดงถึงคุณภาพของแบบวัดที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะสร้างแบบวัดขึ้นมาใหม่ตามนิยามปฏิบัติการโดยมีการปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดดังกล่าวข้างต้นโดยมุ่งออกแบบเนื้อหาของแบบวัดในการวัดความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยตรงต่อไป

3. การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม

ความหมาย

ความหมายของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Group counseling) นั้นมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย และส่วนที่คล้ายคลึงกันเช่น คอเรีย (Corey. 2012) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เน้นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม มีเป้าหมายทั้งในแง่ของการป้องกันและเยียวยา โดยทั่วไป การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มมักมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเช่น การให้การศึกษามีเป้าหมายด้านการเลือกอาชีพ ด้านสังคมและบุคคล สมาชิกกลุ่มมักเป็นผู้ที่กำหนดเป้าหมายและการดำเนินการกลุ่ม มีแนวโน้มที่จะเน้นความเจริญเติบโตของทางจิตใจ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการค้นพบทรัพยากรที่เข้มแข็งภายในตนเอง สมาชิกกลุ่มจะช่วยกันให้การสนับสนุนและความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นำพาเพื่อนสมาชิกกลุ่มไปสู่วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และยังสามารถหาแนวทางจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างดี ทรอทเซอร์ (Trotzer. 2006) ได้กล่าวถึงการ

ปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ได้รับความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันจะส่งผลให้สมาชิกกลุ่มมีความกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง สามารถให้ข้อมูลป้อนกลับได้อย่างอิสระ สามารถขยายการตระหนักรู้ของตนเอง โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มค้นพบตัวเอง เข้าใจตนเองและผู้อื่น โอลเซน ฮอนและลาวี (Ohlsen; Horne; & Lawe. 1980) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มเป็นวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ปกติ เพื่อให้ยอมรับปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหาก่อนที่จะรุนแรงมากขึ้น สมาชิกกลุ่มสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ภายในกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน เน้นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย กล้าที่พูดถึงสิ่งที่ทำให้กังวลใจ ไม่สบายใจและสามารถฝึกพฤติกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสม สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่ม (Association for specialist in Group Work. 2000) กล่าวถึง การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มหรือเรียกอีกชื่อว่าการจัดการปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่ามีเป้าหมายเพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน แต่ทว่าจัดการได้ยากผ่านการสนับสนุนซึ่งกันและกันจากสมาชิกกลุ่มและยังช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัญหาที่ถูกนำมาอภิปรายในกลุ่มนั้นมักไม่รุนแรง เช่นเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาชีพ การศึกษา ตัวบุคคล สังคมและพัฒนาการ

กล่าวโดยสรุป การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการพัฒนาบุคคลให้เกิดความงอกงามเติบโตทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมผ่านสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างเพื่อนสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มที่มีความอบอุ่น การยอมรับ ปลอดภัย มีความไว้วางใจและความเท่าเทียมกัน เน้นการค้นหาคักยภาพและทรัพยากรทางบวกภายในตัวบุคคลเพื่อที่จะสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาทั้งภายในตัวบุคคลและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการกลุ่ม (Group process)

ทรอทเซอร์ (Trotzer. 2006) ได้อธิบายถึงกระบวนการของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นสร้างความมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม (The security stage) ซึ่งถือเป็นขั้นเริ่มต้นของกระบวนการที่สมาชิกกลุ่มจะเกิดความรู้สึกกังวล วิตกกังวล ไม่แน่ใจและกังวลกับกลุ่ม เนื่องจากสมาชิกอยู่ในสถานการณ์ทางสังคมแบบใหม่ทำให้สามารถคาดเดาได้ยากถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงและไม่ไว้วางใจกลุ่ม ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้นำกลุ่มจะเน้นการสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและเป็นมิตร ตัวอย่างวิธีการที่ผู้นำกลุ่มสามารถทำได้เช่น การกำหนดข้อตกลงทั่วไปของกลุ่ม ได้แก่ การเก็บรักษาความลับภายในกลุ่ม เป็นต้น รวมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับสมาชิกกลุ่มด้านความจริงใจ เปิดเผยและเป็นมิตรเพื่อเอื้อให้สมาชิกกลุ่มไว้วางใจและสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมดังกล่าวได้กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มเช่นกัน (Corey. 2012) นอกจากนี้กลุ่มที่ผู้นำกลุ่มมีการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มเป็นอย่างดีและเต็มใจเข้าร่วมกลุ่มนั้น จะทำให้สมาชิกกลุ่มร่วมมือและรู้สึกไว้วางใจผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมากยิ่งขึ้น

2. ขั้นยอมรับกลุ่ม (The acceptance stage) ในขั้นนี้ สมาชิกกลุ่มลดความรู้สึกต่อต้านกระบวนการกลุ่มและพัฒนาความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่มมากขึ้น นอกจากนั้นสมาชิกกลุ่มยังมีความรู้สึกยอมรับตนเองและสามารถยอมรับผู้อื่นได้มากขึ้นผ่านบรรยากาศที่ไว้วางใจ เข้าใจและการยอมรับทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เริ่มมีการแบ่งปันความรู้สึกส่วนตัว มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน พัฒนาความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้อื่นได้

3. ขั้นรับผิดชอบ (The responsibility stage) เมื่อสมาชิกกลุ่มสามารถยอมรับตนเองและผู้อื่นได้แล้ว ก็นำมาสู่ความรู้สึกรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ว่าตนนั้นเป็นเจ้าของความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม และตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหาที่ตนเองเป็นเจ้าของซึ่งเกิดจากการที่สมาชิกกลุ่มยอมรับตนเองและได้รับการยอมรับจากคนอื่นมากขึ้น จึงเริ่มเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าภายในตนและนับถือตนเองมากขึ้น จนสามารถที่จะตัดสินใจที่จะรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในตนเองได้

4. ขั้นดำเนินการ (The working stage) เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ของการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหา สมาชิกกลุ่มร่วมกันหาทางออกโดยการระดมสมอง จากนั้นก็ทดลองฝึกซ้อมพฤติกรรมใหม่วางแผนและนำพฤติกรรมใหม่นั้นไปปฏิบัติจริง จากการช่วยเหลือของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาเริ่มตรวจสอบความเป็นจริงถึงแนวทางที่เป็นไปได้ที่จะนำวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไปลงมือปฏิบัติ เมื่อนำไปปฏิบัติแล้วก็อาจจะกลับมารายงานผลการปฏิบัติกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม จากนั้นก็รับข้อมูลย้อนกลับแล้วลองนำไปปฏิบัติใหม่อีกครั้งจนชำนาญมากขึ้น ในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มจะเป็นเหมือนผู้ที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีการอภิปรายปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหามากที่สุด นอกจากนั้นผู้นำกลุ่มยังอาจทำให้ส่งเสริมแรงทางบวกร่วมกับสมาชิกกลุ่ม เป็นตัวแบบที่ดีในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสมาชิก ให้ความหมายพฤติกรรมของสมาชิกที่จะนำไปสู่การเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีการสำรวจตนเองได้ในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้น รวมทั้งใช้วิธีการเผชิญหน้า (Confrontation) เพื่อที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมมากขึ้น (Corey. 2012)

5. ขั้นยุติกลุ่ม (The closing stage) การยุติกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้กระจ่างชัดเจนถึงผลของการได้อยู่ร่วมกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถตระหนักได้ถึงคุณค่าของการได้รับและได้ให้ความช่วยเหลือกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มในการเกิดพฤติกรรมใหม่ ช่วงเวลาของการปิดกลุ่มนั้นอาจจะมีการให้กำลังใจแก่กันและกันหรือให้การเสริมแรงทางบวกเพื่อที่จะเอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีความกล้าที่จะกลับไปเผชิญหน้ากับโลกภายนอกใหม่ได้โดยที่อาจไม่มีกลุ่มให้การสนับสนุน อาจมีกิจกรรมอำลาเพื่อเสริมให้สมาชิกเห็นคุณค่าในตนและเกิดความรู้สึกมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ได้ต่อไปรวมทั้งได้พูดถึงสิ่งที่ยังค้างคาใจและผู้นำกลุ่มก็อาจมีการวางแผนทางในการติดตามผลถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่มต่อไป (Corey. 2012)

สรุปกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ขั้นสร้างความมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม ขั้นยอมรับกลุ่ม ขั้นรับผิดชอบ ขั้นดำเนินการและขั้นยุติกลุ่มซึ่งกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมตั้งข้างต้นนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มโดยทั่วไปเท่านั้น แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะยึดกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของซาเทียร์เป็นหลัก (Loeschen, 1998) ซึ่งจะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการพิจารณาดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม

กลุ่มเปิดหรือกลุ่มปิด กลุ่มแบบเปิดคือสามารถเปิดโอกาสให้สมาชิกใหม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มได้ในทุกครั้งที่มีการปรึกษาหรือการบำบัดแบบกลุ่ม ในขณะที่กลุ่มปิดนั้นจะคงจำนวนของสมาชิกในกลุ่มไว้แน่นอนว่าจะจะเป็นบุคคลใดโดยสมาชิกกลุ่มที่ถูกกำหนดไว้โดยทั่วไปจะเข้าร่วมกลุ่มตลอดทุกครั้งจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่มตามเวลาที่วางแผนไว้ โดยกลุ่มเปิดนั้นนิยมใช้ในสถานบริการทางการแพทย์ที่มักจะมีผู้ป่วยที่รับเข้าและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละวัน ทำให้ผู้ที่เข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มไม่ค่อยแน่นอน ผู้ที่มาเป็นสมาชิกก็สลับเปลี่ยนหมุนเวียนไปในแต่ละครั้ง ซึ่งข้อเสียคือจะทำให้กลุ่มไม่ค่อยมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทุกครั้งที่เริ่มกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจต้องพัฒนาความรู้สึกไว้วางใจภายในสมาชิกกลุ่มทุกครั้งก่อนที่จะเริ่มการพัฒนาปัจจัยภายในตนเองของผู้รับบริการ ในขณะที่กลุ่มปิดนั้นสมาชิกมีการกำหนดตัวบุคคลไว้ความแน่นอนในทุกครั้งที่มีการปรึกษากลุ่ม ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจกันได้ง่ายทุกครั้งที่จะเริ่มกระบวนการกลุ่มครั้งต่อๆ ไปซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาบุคลิกภาพในขั้นต่อไปเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้น

กลุ่มสมาชิกเหมือนหรือกลุ่มสมาชิกต่าง การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีสมาชิกกลุ่มมีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันเช่น ด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่จะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกอันหนึ่งอันเดียวกันได้ง่าย ไว้วางใจกันได้มากขึ้นเพราะแต่ละคนที่มาร่วมกลุ่มนั้นต่างก็เป็นพวกเดียวกับตนหรือประสบปัญหาเดียวกับตน ทำให้สามารถก้าวผ่านความไม่ไว้วางใจกันได้ง่ายและยังนำไปสู่การร่วมมือกันแก้ไขปัญหากันและกันได้มากขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่มีสมาชิกต่างก็มีข้อดีตรงที่สมาชิกกลุ่มจะมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้ประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มที่มีความหลากหลายเพื่อเอื้อให้เกิดการพัฒนาเติบโตทางบุคลิกภาพได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีสมาชิกที่มีความหลากหลายอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้สึกอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกภายในกลุ่มได้โดยเฉพาะช่วงที่เริ่มกระบวนการกลุ่มช่วงแรก

ขนาดของกลุ่ม โดยทั่วไปจำนวนสมาชิกของกลุ่มควรมีจำนวนประมาณ 6-10 คนต่อผู้นำกลุ่ม 1 คนซึ่งจำนวนดังกล่าวใกล้เคียงกันจากข้อเสนอแนะของนักวิชาการกลุ่มหลายคน (คมเพชร ฉัตรสกุล, 2547: 99-100; Hansen; et al. 1980: 477; Jacobb; Masson; & Harvill. 2002: 40) เพราะการมีสมาชิกกลุ่มที่น้อยเกินไปก็อาจจะคล้ายลักษณะของการปรึกษารายบุคคลในรูปแบบกลุ่มที่ยังขาดโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่มอย่างกว้างขวาง หรือหากมีจำนวนสมาชิกกลุ่มมากเกินไป ผู้นำกลุ่มก็อาจจะให้การดูแลสมาชิกกลุ่มไม่ทั่วถึงซึ่งอาจจะทำให้เกิดการจับกลุ่มย่อยคุยกันภายในกลุ่มใหญ่ได้ง่ายซึ่งจะเป็นการรบกวนกระบวนการกลุ่มได้

ระยะเวลาและความถี่ในการทำกลุ่ม ขึ้นอยู่กับว่าเป็นสมาชิกกลุ่มแบบใด มีผู้ให้คำแนะนำไว้หลายท่านเช่น คอร์เรย์ (Corey. 2012) ได้แนะนำว่าอาจทำกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์สำหรับผู้ใหญ่ คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2543: 103) เสนอว่าควรจัดขึ้นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สำหรับจำนวนครั้งของการทำกลุ่มนั้นโดยทั่วไปสามารถทำได้ตั้งแต่ 10 ครั้งขึ้นไปจนถึง 50 ครั้ง (Corey. 2012) รวมจำนวนชั่วโมงของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มได้ตั้งแต่ 15-30 ชั่วโมงหรืออาจจะมากกว่านั้น นอกจากนั้นสามารถทำได้ในรูปแบบของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มมาราธอนต่อเนื่อง 2-3 วัน โดยให้จำนวนชั่วโมงของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มรวมทั้งหมดเท่ากับ 20 ชั่วโมงขึ้นไปก็พบว่ามีประสิทธิภาพดีได้ (เพริศพรรณ แดนศิลป์. 2550) เพราะการดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มมาราธอนนั้นแม้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความอ่อนล้า แต่ทว่าก็จะทำให้กลไกการป้องกันตนเองอ่อนกำลังลง และทำให้สามารถเปิดเผยตนเองได้มากและเร็วขึ้นในกระบวนการกลุ่ม

สรุปได้ว่ามีปัจจัยที่ผู้ให้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มจำเป็นต้องคำนึงถึงหลายประการ เช่น การดำเนินกลุ่มแบบเปิดหรือปิด การคัดเลือกสมาชิกที่มีความคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกัน ขนาดของกลุ่มและระยะเวลารวมทั้งความถี่ในการทำกลุ่ม ซึ่งการคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ของผู้นำกลุ่มจะนำไปสู่การวางแผนการออกแบบการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการ

4. การใช้ทฤษฎีการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

มีนักบำบัดที่ชี้แนวทางในการใช้ทฤษฎีการปรึกษาและการบำบัดทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ (Counseling and psychotherapy integration) หลายคน ตัวอย่างเช่น นอร์ครอสและนิวแมน (Norcross; & Newman. 1992: 3-45) ได้แบ่งวิธีการผสมผสานหรือบูรณาการทฤษฎีการบำบัดเป็น 3 แบบได้แก่ การผสมผสานทางเทคนิค (Technical eclecticism) การผสมผสานทางทฤษฎี (Theoretical integration) และการใช้องค์ประกอบร่วม (Common factors)

นอกจากนั้น เมสเซอร์ (Messer. 2001) ได้นำเสนอวิธีการผสมผสานหรือบูรณา (Assimilative Integration) โดยเป็นการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีหรือผสมผสานเฉพาะด้านเทคนิคจากทฤษฎีอื่น ๆ ที่มีแนวคิดคล้ายคลึงกันกับทฤษฎีหรือเทคนิคการบำบัดหลักที่นักจิตวิทยาเลือกใช้ ตัวอย่างเช่น การเลือกใช้เทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) มาใช้ร่วมกับการบำบัดแบบจิตพลวัตหรือจิตบำบัดแบบเน้นประสบการณ์ (Experiential therapy) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดหลักที่นักจิตวิทยาเลือกใช้ หรืออีกตัวอย่างเช่น การใช้เทคนิคเก้าอี้ที่วางเปล้ามาใช้ร่วมกับการทำพฤติกรรมบำบัดซึ่งเป็นวิธีหลักเพื่อเสริมความแข็งแกร่งด้านพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้น ดังนั้นการผสมผสานตามแนวคิดนี้ นักจิตวิทยาหรือนักจิตบำบัดต้องเลือกทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดจากทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลักสำหรับใช้กับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นสามารถเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดอื่น ๆ มาใช้ร่วมกับเทคนิคจากทฤษฎีหลักได้ตามความเหมาะสมกับบริบทเฉพาะของผู้รับบริการ

จากแนวคิดของเมสเซอร์ที่ยกมานั้นสอดคล้องกับแนวทางของผู้วิจัยที่เลือกทฤษฎีการให้คำปรึกษามาทั้งหมด 3 ทฤษฎีได้แก่ การให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์ เกสตัลต์และสตรีนิยม โดยเลือกใช้ทฤษฎีของซาเทียร์เป็นวิธีการหลักและใช้เทคนิคการบำบัดจากทฤษฎีของเกสตัลต์และสตรีนิยมเป็นตัวเสริมในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการฝึกฝนการบำบัดโดยใช้ทฤษฎีซาเทียร์และเกสตัลต์กับกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างหลากหลาย โดยทฤษฎีการบำบัดดังกล่าวเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติและถูกนำไปใช้บ่อยมอมนักจิตวิทยาทั่วโลกแต่ทว่ายังมีงานวิจัยเกี่ยวกับผลของจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดตามทฤษฎีดังกล่าวไม่มากนักโดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจึงนำไปสู่การบูรณาการทฤษฎีของซาเทียร์และเกสตัลต์มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อขยายผลในการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัด นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคจากการบำบัดตามแนวคิดสตรีนิยมมาเสริมเนื่องจากการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมมีความเหมาะสมในการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาเพศหญิง (Worell; & Remer. 2003) ทั้งนี้ 3 ทฤษฎีอันได้แก่ ซาเทียร์ เกสตัลต์และสตรีนิยมยังมีความสอดคล้องกันด้านความคิดความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์คือ อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดด้านมนุษยนิยม (Humanistic Theory) ซึ่งมีแนวคิดในการมองธรรมชาติมนุษย์ในแง่บวก มนุษย์สามารถพัฒนาได้ไปสู่ผู้ที่ประจักษ์แจ้งในตน (Self-Actualization) สอดคล้องกับความเห็นของนักวิชาการที่ให้เสนอแนะถึงความเหมาะสมในการผสมผสานทฤษฎีดังกล่าวเพื่อให้เหมาะกับผู้รับบริการหญิงด้วย (Enns. 1987; Dodson; et al. 2011) จึงเป็นเหตุผลที่นำไปสู่การผสมผสานแนวคิดของสตรีนิยมในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์รายละเอียดความเหมือนและความแตกต่างของทั้ง 3 ทฤษฎีเพื่อให้เกิดความชัดเจนได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 สรุปความเหมือนและความต่างของการปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์ เกสตัลต์และสตรีนิยม

ประเด็น	ซาเทียร์	เกสตัลต์	สตรีนิยม
1. ความเชื่อด้านธรรมชาติของมนุษย์	มองธรรมชาติของมนุษย์ในแง่บวก มนุษย์สามารถเติบโตงอกงามได้	มนุษย์ต้องการความสมบูรณ์และการบูรณาการในตนเอง สามารถพัฒนาตนเองไปสู่ผู้มีความประจักษ์แจ้งในตนได้	พฤติกรรมมนุษย์นั้นถูกกำหนดจากการขัดเกลาทางสังคมมากกว่าปัจจัยภายในที่ติดตัวมนุษย์ตั้งแต่กำเนิดและเชื่อว่ามนุษย์สามารถพัฒนาตนเองไปสู่ผู้มีความประจักษ์แจ้งในตนได้

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเด็น	ซาเทียร์	เกสตัลท์	สตรีนิยม
2. เป้าหมายของการปรึกษา/บำบัด	มีคุณค่าในตนเอง มีทางเลือกมากขึ้นและตัดสินใจได้ มีความรับผิดชอบในตนเอง เพิ่มขึ้นและมีความสอดคล้องกลมกลืน	การเพิ่มความตระหนักรู้ในตนผ่านการสัมผัสกับประสบการณ์ สามารถยอมรับตนเองได้และติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม	เน้นการสร้างพลัง ตระหนักและชื่นชมในความแตกต่างของตนเอง มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากกว่าการปรับตัว
3. บทบาทของผู้ให้การศึกษา	ใช้ตัวตนของผู้ให้คำปรึกษาที่มีความสอดคล้องกลมกลืนเพื่อเอื้อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงเติบโต โดยอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน	ช่วยเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ในตนผ่านประสบการณ์การทดลองต่าง ๆ และเอื้อให้ผู้รับบริการสามารถใช้ทรัพยากรภายในตนได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน	ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงอิทธิพลทางสังคมต่อพฤติกรรมตนเองและฝึกฝนทักษะต่างๆทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมผ่านสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน
4. เทคนิคที่ใช้ในการปรึกษา	แผนผังครอบครัว บันทึน หุ่น การอ่านออกเสียงหัวใจ การนั่งสมาธิ การใช้เสี้ยวส่วนเพื่อการบูรณาการและเปิดกว้างต่อเทคนิคตามทฤษฎีอื่นๆได้	การแสดงบทบาท การให้แนวทาง การจินตนาการ การเปลี่ยนภาษา การใช้เก้าอี้ที่วางเปล่า	การสร้างพลัง การเปิดเผยตนเอง การวิเคราะห์และการแทรกแซงบทบาททางเพศ หนังสือบำบัด การปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อลดการตีตรา

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่าแม้ว่าแต่ละทฤษฎีจะมีความแตกต่างในด้านเทคนิคที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการ แต่ก็มีจุดเชื่อมคือการช่วยเหลือผู้รับบริการโดยอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่มีความเท่าเทียมกัน มองมนุษย์ในแง่บวก มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการสามารถงอกงามและพัฒนาตนเองไปสู่ผู้มีความประจักษ์แจ้งในตนเองได้ โดยเฉพาะการช่วยเหลือตามแนวคิดของเกสตัลท์และซาเทียร์นั้นมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดการสัมผัสกับประสบการณ์อย่างแท้จริง (Experiential learning)

ซึ่งจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการบำบัดผู้รับบริการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่ในส่วนของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์เป็นทฤษฎีหลักในการออกแบบกระบวนการกลุ่มทั้งในขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการและขั้นยุติ โดยจะนำเฉพาะ“เทคนิค”จากทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดของเกสตัลท์และสตรีนิยมมาใช้ร่วมกันกับทฤษฎีของซาเทียร์ในการฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตเฉพาะในขั้นดำเนินการของกระบวนการกลุ่มเท่านั้น

ในส่วนของแนวคิดทฤษฎีของแต่ละทฤษฎีที่นำมาใช้ในการออกแบบการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการแบ่งออกเป็นทั้งหมด 3 ทฤษฎีโดยสามารถแยกอธิบายได้ดังนี้

4.1 ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์

เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir) เดิมสำเร็จการศึกษาด้านของสังคมสงเคราะห์และมีประสบการณ์การบำบัดมานานโดยเฉพาะการบำบัดในรูปแบบของครอบครัวบำบัด จนได้รับการขนานนามว่าผู้บุกเบิกการบำบัดครอบครัวที่เน้นการสื่อสาร (Originator of family communication theory) (Becvar, & Becvar. 1993; Turner. 1986) การบำบัดในแนวคิดของซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) นั้นเป็นแบบเน้นให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์ใหม่ (Experiential learning) และเป็นที่ยอมรับในด้านความกระชับและรวดเร็วในการบำบัด

ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

ซาเทียร์เชื่อว่าบุคคลนั้นมีความเท่าเทียมกัน สามารถเลือกชีวิตของตนเองได้และมีศักยภาพที่จะเติบโตงอกงามได้ด้วยตัวของเขาเองได้ตระหนักว่าชีวิตของบุคคลยังคงอยู่ (Satir; et al. 1991) บุคคลสามารถเข้าถึงพลังชีวิต (Life force) ของตนได้และกระบวนการบำบัดของซาเทียร์ก็คือการปลดปล่อยพลังชีวิตเหล่านี้ในตัวบุคคลให้ออกมาผ่านการยอมรับบุคคลอย่างไม่มีเงื่อนไข จึงจัดว่าซาเทียร์เป็นทฤษฎีการปรึกษาในกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic theory) ซาเทียร์จะประเมินผลกระทบจากครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin) ว่ามีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคลในปัจจุบันอย่างไรผ่านการสำรวจจากภูมิลำเนา ความคาดหวังและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อบุคคลได้รับการเยียวยาจากผลกระทบในอดีต บุคคลก็จะสามารถเติบโตไปในทิศทางบวกได้ด้วยตัวของเขาเอง

ซาเทียร์เชื่อว่าปัญหาของบุคคลนั้นแท้จริงแล้วไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของบุคคลต่างหากที่เป็นปัญหา ดังนั้นไม่ว่าสถานการณ์ภายนอกจะเป็นอย่างไรก็ตาม บุคคลสามารถมีอิสระที่สร้างสรรค์ทางเลือกใหม่ๆ ให้กับตนเองได้เสมอ แต่การที่บุคคลจะสร้างสรรค์ทางเลือกใหม่นั้น สิ่งสำคัญที่บุคคลควรมีคือการตระหนักรู้ (Awareness) ซึ่งเมื่อบุคคลมีการตระหนักรู้ การเปลี่ยนแปลงก็สามารถเกิดขึ้นได้

ความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence) จัดว่าเป็นแนวคิดที่สำคัญหนึ่งของจิตวิทยาการปรึกษาแนวซาเทียร์ ซึ่งความไม่สอดคล้องกลมกลืนหมายถึงการแสดงออกของคำพูดของการกระทำที่ไม่ได้มาจากความรู้สึกจริง (A discrepancy between one's word and feeling) หรือความไม่

กลมกลืนกันกับตัวตน (Being out of harmony with the self) ซึ่งความไม่สอดคล้องกลมกลืนนั้นนำไปสู่การใช้กลไกป้องกันตัวเองต่างๆ ทำให้บุคคลรู้สึกแปลกแยกกับตัวเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความสอดคล้องกลมกลืนจึงจัดได้ว่าเป็นเป้าหมายหนึ่งในการบำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์

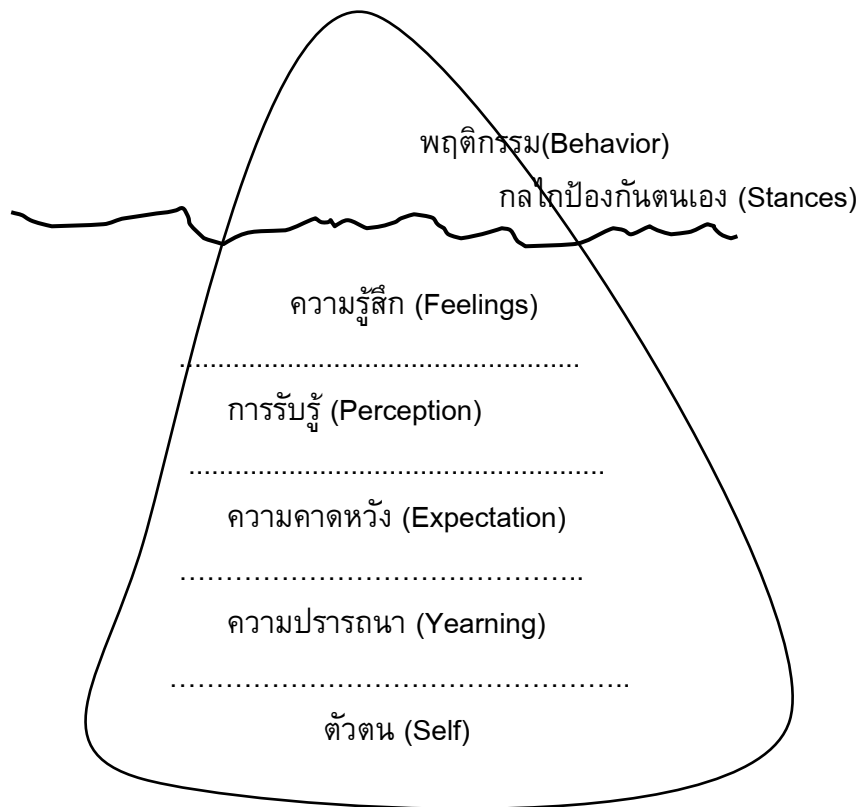
ซาเทียร์จะใช้ภูเขาน้ำแข็ง (Personal iceberg) ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือหนึ่งในการอุปมาอุปไมยประสบการณ์ภายในของบุคคล (Banmen. 1997; Satir; et al. 1991) ซึ่งภูเขาน้ำแข็งดังกล่าวประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 7 ส่วนได้แก่ ตัวตน (Self) ซึ่งเป็นแหล่งรวมของพลังชีวิตและจิตวิญญาณที่เป็นสากล ความปรารถนา (Yearning) เช่น อยากได้รับความรัก การยอมรับ ความสำคัญ ความรู้สึกเชื่อมโยง ความคาดหวัง (Expectation) ได้แก่ ความคาดหวังในตัวผู้อื่น ความคาดหวังจากตนเอง และการรับรู้ถึงความคาดหวังจากผู้อื่นที่มีต่อตนเอง การรับรู้ (Perception) ได้แก่ การรับรู้ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อโลก ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งรวมถึงความรู้สึกที่มีต่อความรู้สึก (Feeling about feeling) กลไกป้องกันตนเอง (Coping stances) ได้แก่ การยอมตาม (Placate) การป้ายโทษ (Blaming) การเฉยใจ (Irrelevant) และการใช้เหตุผล (Superreasonable) และพฤติกรรมดังภาพประกอบ 1

กลไกป้องกันตนเองตามแนวคิดของซาเทียร์นั้นแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบได้แก่

1. การยอมตาม (Placating) พฤติกรรมที่แสดงออกของกลุ่มยอมตามนั้นมักจะแสดงออกแบบตามใจผู้อื่น ให้ความใส่ใจอย่างมากต่อความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง บ่อยครั้งที่จะยอมเสียเปรียบเพื่อให้ผู้อื่นสบายใจและมีความสุข ความรู้สึกของผู้ใช้กลไกเหล่านี้คือ เศร้า ผิดหวังในตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย แต่ภายในใจลึกๆ นั้นมีความโกรธตนเองซ่อนเร้นอยู่ ข้อดีของบุคคลที่ใช้กลไกแบบนี้คือมักไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีน้ำใจและเอื้อเฟื้อ การเข้าถึงบุคคลเหล่านี้อาจเข้าถึงผ่านช่องทางความรู้สึกในภูเขาน้ำแข็ง

2. การป้ายโทษ (Blaming) จะแสดงพฤติกรรมตำหนิตีเยียนผู้อื่น มักจะสนใจแต่ความคาดหวังของตนเองที่มีต่อผู้อื่นโดยไม่ค่อยใส่ใจถึงความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง อารมณ์ที่แสดงออกมักเป็นความรู้สึกโกรธ ก้าวร้าว ความสัมพันธ์กับผู้อื่นมักไม่ค่อยดี แต่ข้อดีของบุคคลที่ใช้กลไกนี้คือมีพลังงานมากและกล้าแสดงออก มักยืนหยัดในสิทธิของตน การเข้าถึงบุคคลเหล่านี้ อาจเข้าถึงผ่านช่องทางความคาดหวังในภูเขาน้ำแข็ง

3. การเฉยใจ (Irrelevant) บุคคลที่ใช้กลไกแบบนี้มักหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปสัมผัสตัวตนของตนเอง หลีกเลียงกับรับรู้ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม อาจมีการแสดงพฤติกรรมที่เคลื่อนไหวมากไม่อยู่นิ่ง ไม่ค่อยมีจุดหมายในชีวิต หลีกเลียงความรับผิดชอบ มักใช้การหนีปัญหา แต่ข้อดีของบุคคลที่ใช้กลไกนี้คือมีความคิดสร้างสรรค์สูงและมักทำให้ผู้อื่นมีเสียงหัวเราะได้ง่าย การเข้าถึงบุคคลเหล่านี้ อาจเข้าถึงผ่านการใช้ร่างกายทั้งของผู้บำบัดและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ถึงตนเอง



ภาพประกอบ 1 อุปมาภูเขาน้ำแข็งของบุคคล (Satir personal iceberg metaphor)

4. การใช้เหตุผล (Superreasonable) บุคคลที่ใช้กลไกแบบนี้จะใช้สติปัญญาและการคิดหาเหตุผลในการจัดการกับปัญหา แต่อาจจะเลยถึงความเข้าใจในมิติด้านจิตใจของตนเองและผู้อื่น ข้อดีของบุคคลที่ใช้กลไกนี้คือเป็นคนฉลาด แก้ปัญหาเก่ง การเข้าถึงนั้นจะใช้วิธีการพูดคุยในประเด็นที่บุคคลรับรู้ (Perception) จะง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของบุคคลเหล่านี้คือความรู้สึกที่อ่อนไหว ซึ่งจะถูกระงับหรือเก็บกดไว้

สรุปว่าซาเทียร์มีความเชื่อธรรมชาติของมนุษย์ในแง่บวก มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองไปสู่ทิศทางที่ดีงาม ซาเทียร์อุปมาจิตใจของมนุษย์นั้นเป็นเหมือนดั่งก้อนน้ำแข็งซึ่งก็จัดได้ว่าเป็นส่วนที่สำคัญในการทำความเข้าใจมนุษย์และนำไปสู่การเยียวยาช่วยเหลือได้เช่นกัน นอกจากนั้นมนุษย์ยังมีกลไกป้องกันตนเองแบบต่างๆ ได้แก่ การยอมตาม การป้ายโทษ การเฉยใจและการใช้เหตุผล ซึ่งการทำความเข้าใจด้านกลไกป้องกันตนเองจะทำให้เกิดการวางแผนการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแนวความคิดซาเทียร์

สิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงคือตัวตนของผู้บำบัด ผู้บำบัดจะต้องใช้ความสอดคล้องกลมกลืนในตัวเองเพื่อเอื้อให้ผู้รับบริการเกิดความสอดคล้องกลมกลืนในตนเองเช่นกัน ในขณะเดียวกัน ก็จะต้องมีความคิดความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ในแง่บวก เพื่อเอื้อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตนเอง (Intrapersonal) และเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Interpersonal) โดยสามารถระบุองค์ประกอบในตัวของผู้บำบัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ดังต่อไปนี้ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. 2545)

1. มุ่งให้เปลี่ยนแปลง (Change-focus) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล เพราะแนวคิดนี้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้เสมอหากบุคคลรับรู้ได้ถึงคุณค่าของบุคคล และหากเป็นการช่วยเหลือแบบกลุ่มก็สามารถใช้กลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล และระหว่างบุคคลผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มได้เช่นเดียวกัน

2. เป็นระบบโยงใย (Systemic) คือการเชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งภายในตัวบุคคลไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับภายในภูเขาน้ำแข็งของบุคคล การเปลี่ยนแปลงกลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงการรับรู้กฎครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับบุคคลที่อยู่ภายในใจโดยเฉพาะคนในครอบครัวและการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงในด้านใดก็ตาม ย่อมมีความเชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆ ของบุคคล

3. ทิศทางเป็นบวก (Positive direction) คือเน้นที่การเปลี่ยนแปลงในทางบวก มีการตั้งเป้าหมายทั้งจากภายในตัวผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านการเห็นคุณค่าภายในบุคคล เห็นถึงความหวัง การสื่อสารทางบวกรวมทั้งมีการตอกย้ำ (Anchoring) ประสบการณ์ทางบวกให้แข็งแรงมากขึ้น

4. ผนวกเป็นประสบการณ์ (Experiential learning) คือการเน้นให้บุคคลได้สัมผัสและตระหนักอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในจิตใจของตนซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

5. ผ่านตัวตนผู้บำบัด (Use of self) ผู้ให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดที่ช่วยให้การช่วยเหลือทางจิตใจประสบความสำเร็จ ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพจึงควรมีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเองเป็นฐานก่อนจึงจะสามารถเอื้อให้ผู้รับบริการมีความสอดคล้องกลมกลืนภายในตนเองตามมาได้

ในส่วนของกระบวนการบำบัดนั้นนางพาง ลัมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุลและสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2550) ได้เสนอขั้นตอนในการบำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์สำหรับผู้ให้คำปรึกษาหรือบำบัดไว้ 10 ขั้นตอนซึ่งสามารถนำมาบูรณาการกับการฝึกอบรมการบำบัดแบบซาเทียร์ของ ดอดสัน เกรฟและฮอฟแมน (Dodson; Graves; & Hoffman. 2011) ได้ดังต่อไปนี้

1. การเตรียมตัวของผู้บำบัด (Therapist prepare self) ซึ่งการเตรียมตัวนี้เพื่อที่จะสามารถอยู่กับผู้รับบริการได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน การเตรียมตัวอาจจะทำได้หลายรูปแบบเช่น การหายใจ การทำสมาธิ ให้นักบำบัดเชื่อมโยงตนเองกับทุกสรรพสิ่งบนโลก รับรู้ถึงพลังงานทางบวกที่ไหลเวียนภายในตนเองและพร้อมที่จะถ่ายทอดพลังงานทางบวกนั้นไปให้กับผู้รับบริการ

2. การเชื่อมโยง (Making contact) หมายถึงการสร้าง ความกลมกลืน เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และการยอมรับกับผู้รับบริการได้อย่างไม่มีเงื่อนไข รวมถึงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวของผู้บำบัด นอกจากนั้นการเชื่อมโยงยังมีความหมายครอบคลุมไปถึงการเอื้อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ (Awareness) ถึงตนเองได้

3. รับฟังปัญหา (Problem) การรับฟังปัญหาของผู้รับบริการโดยกระตุ้นให้เกิดการสัมผัสถึงประสบการณ์ภายใน เอื้อให้ผู้รับบริการรับรู้เหตุการณ์ประหนึ่งเหตุการณ์นั้นได้กลับมาเกิดขึ้นใหม่ โดยนักบำบัดมีความเชื่อถึงปัญหาว่าปัญหาที่แท้จริงนั้นคือความสามารถของผู้รับบริการในการอยู่กับปัญหานั้นไม่ใช่ปัญหาที่ผู้รับบริการเผชิญอยู่ (Problem is not a problem but coping is a problem)

4. การสำรวจผลกระทบ (Explore impact) คือการสำรวจว่าปัญหาของผู้รับบริการนั้นส่งผลกระทบต่อภูเขาน้ำแข็งในจิตใจของผู้รับบริการอย่างไร นอกจากนั้นอาจมีการเชื่อมโยงไปยังการประเมินกลไกป้องกันตนเอง (Stances) ภูเขารอบครัวและประสบการณ์ในวัยเด็กที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในปัจจุบัน

5. การตั้งเป้าหมาย (Setting goal) ซึ่งเป้าหมายของการบำบัดแนวซาเทียร์แบ่งออกเป็น การมีทางเลือกกับปัญหาอย่างน้อย 3 ทาง การเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงขึ้น ความรับผิดชอบในตนเองที่สูงขึ้นรวมทั้งมีความสอดคล้องกลมกลืนในตัวของผู้รับบริการมากขึ้น นอกจากนั้นก็ยังมีความหมายเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละคนเช่น สามารถสื่อสารทางบวกกับหัวหน้าได้มากขึ้น เป็นต้น

6. การผูกมัดตนเอง (Commitment) การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองทั้งในด้านอารมณ์จิตใจและพฤติกรรมไปในทิศทางบวกให้มากขึ้น

7. การเปลี่ยนแปลง (Change) การเปลี่ยนแปลงนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์ ซึ่งในขั้นตอนนี้ซาเทียร์กล่าวว่าเราสามารถนำเทคนิควิธีการของทฤษฎีใดๆ มาใช้ก็ได้ให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีความสอดคล้องกับปรัชญาความคิดความเชื่อของซาเทียร์

8. การตอกย้ำ (Anchoring) เป็นการตอกย้ำถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้ว อาจอยู่ในรูปของการใช้เทคนิคแบบเดิมซ้ำๆ เพื่อให้สัมผัสกับโลกภายในจิตใจของตนให้ลึกซึ้งมากขึ้น อาจหมายถึงการให้สรุปถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงบำบัด หรือการสนับสนุนทั้งจากนักบำบัดเองหรือบุคคลในกลุ่มหรือครอบครัวที่เข้าร่วมการบำบัดเพื่อให้เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมีความมั่นคงมากขึ้น

9. การให้การบ้าน (Homework) อาจถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการตอกย้ำ เป็นการให้การบ้านที่อาจเป็นการบันทึกความคิดความรู้สึกในชั่วโมงบำบัด ภาพที่ปรากฏขึ้นในใจรวมทั้งการฝึกฝนตนเองด้านพฤติกรรมใหม่ๆ ที่ได้เรียนรู้ในชั่วโมงบำบัดแล้วนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

10. การยุติการบำบัด (Closure) การยุติการบำบัดในครั้งนั้นและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป อาจรวมถึงการวางแผนร่วมกันถึงการบำบัดที่จะเกิดขึ้นในครั้งต่อไปด้วย

ขั้นตอนการบำบัดทั้ง 10 ขั้นตอนนี้อาจไม่ได้กำหนดไว้ตายตัวในชั่วโมงบำบัด อาจมีการสับเปลี่ยนตำแหน่งหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในเวลาเดียวกันได้ อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผ่านองค์ประกอบ 5 ประการในตัวผู้บำบัดดังที่กล่าวไปข้างต้น

นอกจากนั้น โลเอสเชน (Loesch, 1998) ได้สรุปขั้นตอนการปรึกษา บำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในรูปแบบของการช่วยเหลือรายบุคคล กลุ่มและครอบครัวโดยนำเสนอทั้งหมด 3 ระยะพร้อมทั้งเทคนิคที่ใช้ในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้รับบริการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเชื่อมโยง (Making contact) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพในระดับที่เข้าใจลึกซึ้งระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ ซาเทียร์เชื่อว่าขั้นตอนนี้ถือว่าสำคัญมากที่สุดในการช่วยเหลือผู้รับบริการ เทคนิคที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่

1.1 การเข้าถึง (Reaching out) คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาใช้จิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณในการเชื่อมโยงกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้าไม่ว่าจะเป็นการใช้ร่างกายสัมผัส สายตาที่อ่อนโยน สีหน้าที่ยิ้มแย้มอบอุ่นจริงใจและน้ำเสียงที่สื่อถึงความรู้สึกต่อรับ เป็นต้น

1.2 การใส่ใจ (Attending) หมายถึงการจดจ่อที่บุคคลโดยให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้บุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น ฟังอย่างตั้งใจทั้งน้ำเสียงและการเลือกใช้คำเพื่อสื่อถึงตัวตนของผู้รับบริการ

1.3 การสังเกต (Observing) นอกจากที่ผู้ให้การปรึกษาจะให้การใส่ใจแล้วยังต้องทำการสังเกตภาษาท่าทางกายของผู้รับบริการอันได้แก่ แววตา สีหน้า อัตรการหายใจและความลึกของการหายใจ ท่าทาง ระยะห่างที่ผู้รับบริการนั่งหรือยืนห่างจากผู้ให้การปรึกษา น้ำเสียง ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ทรัพยากรของผู้รับบริการ การรับรู้คุณค่า รูปแบบการสื่อสาร การยอมรับตนเองและผู้อื่น กฎครอบครัว ความคาดหวังในตนเองและผู้อื่นซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือในระยะต่อไป

2. การยืนยันบุคคล (Validation) ผู้ให้การปรึกษาจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณค่า สามารถยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตัวอย่างเทคนิคที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่

2.1 การทำให้เกิดความหวัง (Engendering hope) ผู้ให้การปรึกษาจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความหวังว่าพวกเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

2.2 การยืนยันทรัพยากร (Affirming resources) ผู้ให้การปรึกษาเชื่อว่าทุกคนมีทรัพยากรทางบวกในตนเองที่จะใช้ในการปรับตัว ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจะค้นหาทรัพยากรเหล่านั้นในตัวผู้รับบริการและหยิบยกออกมาเพื่อให้ผู้รับบริการได้ตระหนักรู้ถึงทรัพยากรในตนเองเหล่านั้น

2.3 การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ (Normalization) ผู้ให้การปรึกษาจะเพิ่มคุณค่าของผู้รับบริการด้วยการทำให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกแปลกแยกที่ตนเองมีปัญหาในการปรับตัว แต่เอื้อให้ผู้รับบริการรู้ว่าปัญหาของผู้รับบริการเป็นเรื่องที่สามารถพบได้ในบุคคลอื่นๆ และเป็นปัญหาพื้นฐานของมนุษย์

2.4 การสะท้อน (Reflecting) ผู้ให้การปรึกษาจะสะท้อนความรู้สึกและความคิดของผู้รับบริการเป็นระยะเพื่อเอื้อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าตนมีคนที่น่าสนใจและได้ยินเสียงหัวใจของเขาที่กำลังเจ็บปวดอยู่

2.5 การทำให้กระจ่าง (Clarifying) ผู้ให้การปรึกษาจะใช้การถามขยายความ เพื่อที่จะให้เกิดความเข้าใจในตัวของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

3. การเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ (Facilitating awareness) คือการเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการมีการตระหนักรู้ถึงทรัพยากรทางบวกในระดับลึกและทราบถึงรูปแบบความคิดหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตัวอย่างเทคนิคสำคัญที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่ การสำรวจภูเขาน้ำแข็งซึ่งเป็นการใช้คำถามเพื่อสำรวจ ความรู้สึก ความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง กฎเกณฑ์และสิ่งที่โยยหาในจิตใจและยังไม่ได้รับการตอบสนอง

ระยะที่ 2 ระยะกลาง เป็นระยะของการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การทำให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบต่อนปัญหาของตนเอง (Inviting involvement & ownership) ตัวอย่างเทคนิคสำคัญที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่ การผูกมัด (Contracting & personalizing) ผู้ให้การปรึกษาจะใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีความกล้าที่จะสำรวจปัญหาของตนเองในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้นและมีความรู้สึกผูกมัดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. การท้าทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Challenging dysfunctional patterns) ผู้ให้การปรึกษาจะทำการทำลายพฤติกรรม การรับรู้ ความคิดความเชื่อและความคาดหวังที่นำไปสู่การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพ

3. การเสนอทางเลือกใหม่ (Teaching new options) นอกจากผู้ให้การปรึกษาจะทำลายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมแต่ทว่ายังเสนอทางเลือกใหม่ที่นำไปสู่การปรับตัวไปอย่างมีประสิทธิภาพกว่าเดิม ตัวอย่างเทคนิคสำคัญที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่

3.1 การสอนวิธีการสื่อสารอย่างสอดคล้องกลมกลืน (Modeling congruent communication) ผู้ให้การปรึกษาจะใช้ตนเองเป็นตัวอย่างในการสื่อสารอย่างสอดคล้องและให้ผู้รับบริการทำตามจากนั้นก็อาจจะให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้การสื่อสารมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น

3.2 การจินตนาการ (Invoking imagery) ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับบริการใช้จินตนาการเพื่อทำให้ผู้รับบริการมองเห็นโอกาสที่จะมีรูปแบบพฤติกรรมใหม่ๆ เช่น จินตนาการว่ากำลังมองตนเองในวัยเด็กที่กำลังถูกตำหนิต่ำจากแม่ในฐานะของผู้ใหญ่คนหนึ่ง เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองจากมุมมองของคนภายนอกมากกว่าที่จะหมกมุ่นกับปัญหาของตนเองไปตลอด เป็นต้น

3.3 การปั้นหุ่น (Sculpting) ผู้ให้การปรึกษาจะใช้การปั้นหุ่นเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเห็นทางออกของปัญหาในแง่มุมมองใหม่ๆ และเรียนรู้ที่จะมองปัญหาในแง่มุมมองอื่น

ระยะที่ 3 ระยะยุติ เป็นระยะของการยุติการปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การชี้นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ ผู้ให้การปรึกษาไม่เพียงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชั่วโมงการปรึกษาเท่านั้นแต่ยังเสนอให้ผู้รับบริการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงหรือให้จินตนาการถึงสถานการณ์จริงเพื่อให้บูรณาการสิ่งที่ได้เรียนรู้มาเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างถาวร

2. การตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงทางบวก ด้วยการให้ผู้รับบริการสรุปถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งในด้านของความคิด ความรู้สึก ความคาดหวังและความโหยหาในจิตใจที่ได้รับการเติมเต็มอาจเสนอให้มีการลงมือปฏิบัติเป็นการบ้านและนำมาอภิปรายกับผู้ให้การปรึกษาในชั่วโมงการปรึกษาครั้งต่อไป

จากกระบวนการปรึกษาที่ยกมาสามารถสรุปขั้นตอนการปรึกษาได้ว่ามี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้นซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อเชื่อมโยงผู้ปรึกษากับผู้รับบริการและเตรียมความพร้อมกับผู้รับบริการในการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยได้แก่ การเชื่อมโยง การยืนยันบุคคลและการเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ ระยะกลางซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยได้แก่ การทำให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง การท้าทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การเสนอทางเลือกใหม่ และขั้นสุดท้าย ระยะยุติซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ได้แก่ การชี้นำไปสู่การลงมือปฏิบัติและการตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงทางบวก อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนย่อยและเทคนิคในแต่ละระยะอาจไม่จำเป็นต้องทำเรียงตามลำดับกันเสมอไป โดยอาจจะสามารถทำพร้อมๆ กันหรือสลับกันได้ตามความเหมาะสมของกระบวนการปรึกษา ตัวอย่างเช่น การสะท้อน การทำให้กระจ่างนั้น สามารถนำมาใช้ในขั้นตอนของการปรึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ได้โดยมิได้จำกัดในการใช้เฉพาะในขั้นตอนระยะที่ 1 เท่านั้นเพื่อเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและมั่นคงแน่นอนมากยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการของโลเอสเชน (Loeschen, 1998) นี้จะเป็นแนวคิดหลักที่ผู้วิจัยใช้ในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อไป

กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดซาเทียร์

แบนเมน (Banmen, 1998) ได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของซาเทียร์ไว้ทั้งหมด 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สภาวะเดิม (Status quo) คือสภาวะสมดุลของบุคคลหรือครอบครัวที่ดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสภาวะที่บุคคลคุ้นเคยดีและไม่อยากที่จะเปลี่ยนแปลงความคุ้นเคยนี้ แม้ว่าจะทำให้บุคคลต้องเจ็บปวดเพียงใด (Pay off) แต่บุคคลก็ยังยินดีที่จะคงสภาวะนี้ไว้เพราะว่ากลัวความเปลี่ยนแปลงจะทำให้ตนเองต้องเสียสมดุลและเจ็บปวด สภาวะเดิมนี้นี้มีที่มาจากครอบครัวเดิมของบุคคลด้วยเช่นกัน

2. สิ่งแปลกปลอม (Foreign element) คือภาวะแปลกปลอมที่อยู่ภายนอกระบบและเข้ามาภายในระบบ อาจจะเป็นการถูกไล่ออกจากงาน การได้เลื่อนตำแหน่ง การหย่าร้าง การสูญเสีย การมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว การใช้สุราและสารเสพติด รวมทั้งการได้รับการบำบัดทางจิต ตัวของผู้บำบัดก็ถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในระบบเช่นเดียวกัน

3. ภาวะสับสน (Chaos) คือภาวะที่บุคคลเกิดความรู้สึกชะงักงัน สิ้นหวัง หมดหนทาง ภาวะนี้บุคคลต้องพยายามดิ้นรนเพื่อที่จะสามารถผ่านภาวะนี้ไปได้ อาจจะใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเดิมหรือใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ก็ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเอง

4. การเปลี่ยนแปลง (Transformation) คือการได้ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึกใหม่ในตนเองในระดับลึกอย่างที่ไม่เคยสัมผัสมาก่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการเชื่อมโยงกับตัวตนภายในตัวเรา เชื่อมโยงในระดับชีววิทยาของเรา บุคคลเกิดความรู้สึกสมหวังในความปรารถนา (Yearning) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อทุกระดับในภูเขาน้ำแข็งของบุคคล อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถเกิดได้ทั้งในชั่วโมงบำบัดหรือในชีวิตประจำวัน ในกรณีที่เกิดขึ้นในชั่วโมงบำบัดนั้น ซาเทียร์ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าเทคนิคที่ใช้เพื่อช่วยในการบำบัดจะมาจากทฤษฎีใด แต่หากวิธีการเหล่านั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ก็ถือว่าใช้ได้ทั้งนั้น

5. การผสมผสานภายใน (Integration) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง เป็นการผสมผสานประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นภายในตัวตน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ดังนั้นบทบาทของนักบำบัดก็คือการต่อยอดถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งการรับรู้ ความรู้สึก ความคาดหวังและการเติมเต็มความปรารถนาให้ลึกซึ้งมากขึ้น จนทำให้บุคคลคุ้นเคยกับวิถีทางแบบใหม่ในชีวิตตนเอง อาจเอื้อให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะลงมือกระทำบางอย่างเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นมีความแน่นอนมากขึ้น

6. การลงมือปฏิบัติ (Practice) คือการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาลงมือปฏิบัติจริง อาจเป็นการปฏิบัติกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่เกิดจากการบ้านหุ่ การใช้เก้าอี้ที่วางเปล่าหรือการลงมือปฏิบัติจริงกับบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น บุคคลในครอบครัวซึ่งจะทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้นมีความแน่นอนมากยิ่งขึ้น

7. สภาวะใหม่ (New status quo) คือภาวะสมดุลใหม่ของบุคคลที่สามารถอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพมากขึ้น มีการรับรู้ตัวตนใหม่ รู้สึกถึงความเป็นอิสระ มีความสอดคล้องกลมกลืนภายในตนเองสูงขึ้นและสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถกลับไปมาได้และก็พบได้บ่อยว่าบางครั้งผู้รับบริการสามารถกลับไปอยู่ในสภาวะเดิมหรือสภาวะสับสนได้ใหม่ อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงสามารถอยู่ในระดับสภาวะใหม่ได้ตลอดไปก็คือมีการต่อยอดการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ

เทคนิคที่ใช้ในการปรึกษาแนวความคิดเกี่ยวกับ

นอกจากเทคนิคที่ใช้ในกระบวนการบำบัดช่วยเหลือตามขั้นตอนของโลเอสเชน (Loeschen. 1998) ดังที่ผู้วิจัยได้นำเสนอมาแล้ว การปรึกษาตามแนวความคิดเกี่ยวกับยังมีเทคนิคอื่นที่ถูกนำมาใช้บ่อยในกระบวนการปรึกษาดังต่อไปนี้

1. แผนผังครอบครัว (Family map) ครอบครัวมีพื้นฐานมาจากสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่และลูกโดยการเขียนแผนผังนี้สามารถขยายได้ถึง 3 ชั่วอายุคน นอกจากนี้ที่จะใช้แผนผังครอบครัวเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปทางประชากรของสมาชิกครอบครัว เช่น เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา จำนวนบุตร การมีชีวิตอยู่ การตาย หย่าร้างแล้ว ยังสามารถเสริมข้อมูลด้านกลไกป้องกันตนเองของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ความสัมพันธ์ของสมาชิกแต่ละคน กฎครอบครัว เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเห็นภาพความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวชัดเจนขึ้นและนำไปสู่การใช้เทคนิคอื่นๆ ได้เช่น การปั้นหุ่นครอบครัว

2. การปั้นหุ่น (Sculpture) การปั้นหุ่นเป็นเทคนิคที่ใช้บ่อยมากที่สุดวิธีหนึ่งของซาเทียร์ การปั้นหุ่นจะเน้นให้บุคคลที่ถูกปั้นมีปฏิสัมพันธ์กันและแสดงออกพฤติกรรมตามกลไกป้องกันตนเองที่ใช้ อาจใช้ระยะห่างของบุคคลที่ถูกปั้นแสดงถึงความใกล้ชิดและความห่างเหินของสมาชิกในครอบครัว และยังใช้แสดงถึงวิธีการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวได้ด้วย (Satir; & Baldwin. 1983) นอกจากการปั้นหุ่นจะมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ผู้บำบัดเข้าใจผู้รับบริการ ยังสามารถช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้นได้ด้วยซึ่งสามารถช่วยในการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพเพราะช่วยให้หน้าประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะประสบการณ์ที่เจ็บปวดมาแสดงอีกครั้งในชั่วโมงบำบัด (Satir; & Baldwin. 1983) ซึ่งวิธีการปั้นหุ่นนี้มีความเหมาะสมเป็นพิเศษในการใช้โดยเฉพาะในรูปแบบของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม

3. การอ่านอุณหภูมิใจ (Temperature reading) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการเข้าถึงกระบวนการในจิตใจของผู้รับบริการ เป็นการใช้คำถามในหัวข้อต่าง ๆ 5 หัวข้อเพื่อนำไปสู่การตระหนักในตนเองและการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ หัวข้อแรกคือการชื่นชม (Appreciation) ซึ่งถือได้ว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดใน 5 ส่วนและมักที่จะใช้เป็นส่วนแรก โดยการให้สมาชิกกลุ่มกล่าวชื่นชมใครก็ได้ไม่ว่าจะเป็นการชื่นชมตนเองหรือชื่นชมผู้อื่น หัวข้อที่สองคือการให้ข้อมูลใหม่ (New Information) ซึ่งการให้ข้อมูลใหม่จะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่มที่กำลังสนใจหรือต้องการข้อมูลบางอย่างที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หัวข้อที่สามคือข้อสงสัย (Puzzles) หัวข้อนี้จะเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามในประเด็นที่ตนยังสงสัยหรือค้างคาใจและอาจเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ ที่ประสบความสงสัยในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน หัวข้อที่สี่คือ การบ่นพร้อมข้อเสนอแนะ (Complaints with recommendations) คือการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดถึงสิ่งที่ตนยังรู้สึกไม่พอใจหรือต้องการทำให้ดีขึ้นโดยอาจมีข้อเสนอแนะบางอย่างเพราะหากข้อบ่นของสมาชิกหนึ่งเกี่ยวข้องกับสมาชิกคนอื่น สมาชิกคนที่ถูกกล่าวถึงจะได้นำข้อเสนอแนะไปเปลี่ยนแปลงได้ และหัวข้อสุดท้ายคือความหวังและความปรารถนา (Hopes and wishes) ซึ่งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดถึงความหวังของตนเองที่อยากให้เกิดขึ้น หรืออาจจะรวมถึงความหวังต่อกลุ่มก็ได้ (Satir; et al. 1991)

4. การนั่งสมาธิ (Meditation) ซาเทียร์เชื่อว่า การนั่งสมาธิจะช่วยให้คุณสามารถสัมผัสได้ถึงพลังชีวิตในตน สัมผัสได้ถึงจิตวิญญาณและความสงบในตนรวมทั้งสามารถสัมผัสได้ถึงสรรพสิ่งที่อยู่รอบข้าง เกิดความเข้าใจถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับทุกสรรพสิ่งรวมทั้งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับพระผู้เป็นเจ้า ซึ่งความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันนี้จะทำให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพตนเองได้อย่างเต็มที่และพัฒนาตนเองไปสู่ผู้มีความสอดคล้องกลมกลืนทั้งภายในตนเองและผู้อื่นได้ (Satir; et al. 1991)

5. การใช้เสี้ยวส่วนเพื่อการบูรณาการ (Parts party) เทคนิคนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับบริการได้สัมผัสกับตัวตนของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้มองเห็นตนเองชัดเจนมากขึ้น ทั้งในด้านบวก ด้านลบ รวมทั้งด้านที่ตนเองไม่พึงปรารถนา ยอมรับไม่ได้และเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก นอกจากนั้นยังใช้ในการสำรวจทรัพยากรภายในที่ผู้รับบริการมี เพื่อใช้ในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามซาเทียร์มิได้จำกัดเทคนิคของตนไว้ที่เทคนิคใดเทคนิคหนึ่งแต่ซาเทียร์มองว่าเราสามารถนำเทคนิคจากวิธีการบำบัดแบบอื่น ๆ มาใช้ร่วมกันได้เสมอ เช่น การใช้เก้าอี้ที่วางเปล้า การจินตนาการ เป็นต้นซึ่งเป็นเทคนิคของการบำบัดแบบเกสตัลท์ก็สามารถนำมาใช้ได้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงพลังชีวิตและจิตวิญญาณของตนเองได้ในที่สุด

4.2 ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์

ผู้พัฒนาการใช้แนวคิดเกสตัลท์เพื่อการปรึกษาและบำบัด (Gestalt therapy) คือ ฟริทซ์ เพิร์ล (Fritz Perls) โดยมีพื้นฐานแนวคิดว่าคุณต้องหาแนวทางในการดำเนินชีวิตและต้องรับผิดชอบต่อตนเอง เป้าหมายของการช่วยเหลือคือการช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ตนทำและมีประสบการณ์ในการตระหนักทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรม สามารถรับผิดชอบต่อทางเลือกทางเดินชีวิตของตนได้และสามารถบูรณาการส่วนต่างๆ ของบุคลิกภาพของตนทั้งหมด

ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์

นักบำบัดแนวเกสตัลท์เชื่อว่ามนุษย์มุ่งไปสู่ความครบถ้วนสมบูรณ์ในตนเอง (Completeness) และมุ่งไปสู่การพัฒนาตนเองแบบส่วนรวม (Wholeness) เป็นผู้มีความประจักษ์แจ้งในตน (Self-actualization) นักบำบัดเชื่อว่าคนที่มีปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมให้ความสำคัญกับสติปัญญา มากเกินไป ไม่สามารถที่จะตระหนักและจัดการกับภาวะค้างค้างในจิตใจได้ (Unfinished business) แต่ก็ไม่ละเลยที่จะเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพ มีสติปัญญาที่จะบูรณาการส่วนต่างๆ ของบุคลิกภาพได้เช่นกัน การที่มนุษย์มีความคิดและพฤติกรรมใดนั้นเกิดจากการรับรู้และแปลความหมายต่อชีวิต และผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่สามารถตระหนักในตนและมีสติมากที่สุด ให้ความสำคัญกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า ในแต่ละครั้งและปล่อยความต้องการอื่นๆ ให้กลายเป็นพื้นไป (Figure and ground) เพื่อให้เกิดความกลมกลืนในตนเองได้

ทฤษฎีนี้โดยภาพรวมมองธรรมชาติของมนุษย์ในแง่บวกเช่นกันและเชื่อว่ามนุษย์สามารถพัฒนาตนเองไปสู่ผู้ที่มีความประจักษ์แจ้งในตน (Self-actualization) ได้

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแนวคิดเกสตัลท์ (วัชร ทรัพย์มี. 2533; ดวงมณี จงรักษ์. 2549)

ทฤษฎีของเกสตัลท์สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในการช่วยเหลือรูปแบบของรายบุคคลและกลุ่ม ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของเกสตัลท์จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้บริบทของกลุ่มเช่นกันดังบทบาทต่อไปนี้

1. การช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ในตน ตระหนักถึงประสบการณ์ต่างๆ (Experiential learning) ทั้งความรู้สึกภายในร่างกาย ความรู้สึกในจิตใจ การได้สัมผัสกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างแท้จริงโดยมองว่าอดีตคือสิ่งที่ผ่านมาแล้ว และอนาคตยังเป็นสิ่งที่มาไม่ถึง ซึ่งวิธีการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักรู้สึกอันได้แก่ การให้อยู่กับความรู้สึก (Stay with the feeling) และการถามผู้รับบริการโดยตรงถึงความรู้สึกในขณะนั้น โดยผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความสำคัญกับกระบวนการมากกว่าเนื้อหาของการศึกษา จะไม่เน้นการตีความประสบการณ์ แต่จะเอื้อให้ผู้รับบริการแก้ปัญหา ตัดสินใจและจัดระบบชีวิตของตนเองได้ โดยผู้ให้การศึกษาอาจจะจัดประสบการณ์ให้ผู้รับบริการได้ทดลอง การใช้แบบฝึกหัดและเทคนิคต่างๆ ร่วมกับผู้รับบริการคนอื่นๆ ในกลุ่มในการทำให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์ใหม่ที่เข้าใจและตระหนักรู้ในตนมากยิ่งขึ้น

2. การเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถยอมรับตนเองได้โดยเฉพาะการยอมรับถึงประสบการณ์ความรู้สึกที่ผู้รับบริการปฏิเสธหรือบิดเบือนไป กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีการรับผิดชอบต่อตนเองในการยอมรับและบูรณาการบุคลิกภาพของตนเองไปสู่ภาวะที่มีความเต็ม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความไวที่จะเห็นการไม่สอดคล้องกันระหว่างคำพูด สีหน้า อารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการ และสามารถให้การสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ในตนและช่วยผู้รับบริการค้นหาถึงสิ่งที่ซ่อนเร้นและนำไปสู่การบิดเบือนนั้น

3. มีการใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ในตน สามารถพึ่งพาตนเองได้และรับผิดชอบต่อชีวิตและทางเลือกในชีวิตของตนมากที่สุด ซึ่งการใช้เทคนิคต่างๆ นั้นบ่อยครั้งมิได้มีการวางแผนมาก่อน แต่เป้าหมายของเทคนิคเหล่านั้นก็เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้ในตนเองให้มากขึ้นนั่นเอง

4. ผู้ให้คำปรึกษาฟังตระหนักและเชื่อในศักยภาพด้านบวกของผู้รับบริการ สามารถดึงศักยภาพด้านบวกของผู้รับบริการมาใช้ในการจัดกระบวนการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

สรุปบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนวคิดเกสตัลท์คือการช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential) ถึงโลกภายในของตนเองที่อาจถูกปฏิเสธหรือบิดเบือนไป ในขณะที่เดียวกันผู้ให้การปรึกษาก็ต้องเชื่อมั่นในศักยภาพด้านบวกของผู้รับบริการ ในส่วนของเทคนิควิธีการนั้นก็สามารถใช้ได้หลากหลายเพื่อให้เกิดการหยั่งรู้ภายในตนมากขึ้น

เทคนิคที่ใช้ในการปรึกษาตามแนวคิดเกสตัลท์ (Harman. 1997)

1. การแสดงบทบาท (Enactment) คือการให้ผู้รับบริการสวมบทบาทตามที่ผู้ให้การปรึกษาเสนอแนะเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์การตระหนักรู้ในตนเองบางอย่าง โดยเฉพาะบุคลิกภาพที่เป็นขั้วตรงข้ามกัน (Polarities) เช่น ในผู้รับบริการที่ขี้อาย ไม่กล้าร้องขอความต้องการของตนเองกับผู้อื่น นักบำบัดอาจจะให้ผู้รับบริการสวมบทบาทสมมติแบบตรงกันข้าม (Role of reversal) เป็นคนอีกคนหนึ่ง สมมติชื่อ อายุและบริบทแวดล้อมใหม่ แต่มีบุคลิกภาพเชื่อมั่นในตนเอง กล้าพูดในความรู้สึกของตน และให้สวมบทบาทนั้นและแสดงตามสถานการณ์ที่กำหนดกับเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มเพื่อให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงด้านของความกล้าหาญและความเชื่อมั่นซึ่งมีอยู่ในตัวของผู้รับบริการเอง โดยอาจให้แสดงบทบาทนี้ซ้ำ ๆ ตามสถานการณ์ที่กำหนดกับเพื่อนสมาชิกทุกคนในกลุ่มเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะนำบทบาทใหม่นี้ไปใช้ในชีวิตจริงได้

2. การให้แนวทาง (Directive) คือ การบอกหรือการกำกับให้ผู้รับบริการทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในบุคลิกภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งเทคนิคนี้ถึงแม้ว่าจะคล้ายคลึงกับการแสดงบทบาทแต่เป็นการสอนโดยตรงให้ทำพฤติกรรมเฉพาะโดยไม่จำเป็นต้องสวมบทบาทใด เช่น ในผู้หญิงที่มักพูดด้วยน้ำเสียงออดอ้อนเหมือนเด็ก แต่ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีพฤติกรรมนี้ อาจชี้แนะให้ลองทำพฤติกรรมพูดเสียงออดอ้อนเหมือนเด็กเล็ก ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดการตระหนักในตนมากขึ้น หรือการกำกับให้ผู้รับบริการพูดกับเพื่อน ๆ สมาชิกในกลุ่มทุกคนว่า “ผมไม่จำเป็นที่จะต้องพยายามทำให้คนอื่นชอบผม เพราะผมรู้สึกดีอย่างที่ผมเป็น”

3. การจินตนาการ (Guide fantasy) เพื่อให้บุคคลได้สัมผัสกับเรื่องราวที่ยังค้างค้ำ มีโอกาสได้ปลดปล่อยอารมณ์และสิ่งที่มันค้างค้ำออกมาได้มากขึ้น เช่น การให้สมาชิกกลุ่มจินตนาการถึงเก้าอี้ว่างเปล่าที่อยู่ตรงหน้าว่าพ่อหรือแม่ของตนที่เสียชีวิตนั้นอยู่ ผู้ให้คำปรึกษาอาจขอให้ผู้รับบริการได้พูดกับสิ่งที่ตนค้างค้ำในจิตใจกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้า อาจเป็นความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และความรู้สึกขบถเพื่อทำให้ความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสียนั้นทุเลาเบาบางลงได้

4. การใช้ความฝัน (Dream work) คือการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงความฝันของตน ซึ่งนักบำบัดแนวคิดเกสตัลท์เชื่อว่าจะนำไปสู่การบูรณาการส่วนต่าง ๆ ของบุคลิกภาพเข้าด้วยกัน อาจให้แสดงบทบาทสมมติตามสิ่งที่ตนเองฝันเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองให้มากขึ้น แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะคล้ายคลึงกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์แต่ต่างกันตรงที่จะไม่เน้นการตีความหรือการแปลความหมายความฝัน แต่จะใช้ความฝันเพื่อนำไปสู่การตระหนักรู้ในตนให้มากขึ้น

5. การเปลี่ยนภาษา (Use of language) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เกิดการตระหนักถึงความต้องการบางอย่างของตนที่มันแฝงเร้นอยู่ โดยเน้นการสื่อสารถึงภาวะปัจจุบันเพื่อให้ผู้รับบริการอยู่กับปัจจุบัน เป็นการทำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงอำนาจของตนเองในการอยู่กับปัจจุบัน เช่น ผู้รับบริการพูดว่า “ไม่รู้ว่าจะทำยังไงต่อไป ไม่รู้ว่าเขาจะกลับมารักฉันไหม” อาจเปลี่ยนให้ผู้รับบริการพูดว่า “ฉันรู้สึกกลัวและฉันอยากให้คุณรักของฉันกลับมารักฉันเหมือนเดิม” อย่างไรก็ดี ผู้ให้คำปรึกษาจะเลี่ยงการถามคำถามว่าทำไม เพราะอาจนำไปสู่การหาเหตุผลมาแก้ตัวและไม่นำไปสู่การตระหนักรู้ในตนเองของผู้รับบริการอย่างเต็มที่

6. การใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่า (Empty chair) เทคนิคนี้ริเริ่มโดยนักละครบำบัดชื่อโมริโน (Moreno) แต่นักบำบัดแนวเกสตัลท์ได้นำมาใช้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักในตนเอง สามารถเข้าร่วมกับเทคนิคอื่นๆ ได้เช่น การสวมบทบาท เป้าหมายเทคนิคนี้เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักถึงบุคลิกภาพของตนเองได้อย่างชัดเจนมากขึ้นและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้

ผู้รับบริการเพศหญิงบ่อยครั้งที่ขอรับบริการด้านจิตวิทยาการปรึกษาด้วยความรู้สึกขาดพลังในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง (Kopala; & Merle. 2003: 7) พวกเขา มักจะถูกคาดหวังทั้งจากตนเองและคนรอบข้าง ไม่สามารถที่จะสื่อสารถึงอารมณ์ทางลบที่ถูกเก็บกดเอาไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยสถานภาพทางสังคมที่ครอบงำอยู่ ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์จะช่วยจัดการกับปัญหานี้โดยการช่วยให้ผู้หญิงพัฒนาความสามารถในการรับรู้ศักยภาพของตนเองสามารถแสดงออกด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมทางบวก (Enns. 1987) ด้วยเทคนิคต่างๆ ของเกสตัลท์อันได้แก่ การเปลี่ยนภาษา การใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่า การสวมบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้หญิงก็จะมี การตระหนักในพลังของตนเองมากขึ้น รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น สามารถสื่อสารถึงความต้องการโดยเฉพาะอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากขึ้นซึ่งแสดงถึงการมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกมากขึ้นนั่นเอง เช่น ตัวอย่างการเปลี่ยนการสื่อสาร ได้แก่ การเปลี่ยนสรรพนามจาก “เรา” เป็น “ฉัน” “ฉันควรจะ” เป็น “ฉันเลือกจะ” “มันทำให้ฉันโกรธ” เป็น “ฉันรู้สึกโกรธ” ซึ่งแสดงถึงความรับผิดชอบในตนเอง ทำให้ผู้หญิงมีความรู้สึกกับตนเองทางบวก เห็นคุณค่าในตนเองและมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมมากขึ้น

4.3 ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยม

ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยม (Feminist therapy) นั้นเกิดจากการก่อตั้งของหลายบุคคล ดังนั้น เนื้อหาทางทฤษฎีจึงเกิดจากความอดสาหะของบรรดาผู้ก่อตั้งที่สร้างสมความรู้ต่อๆกันมา แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่ให้แนวคิดที่สำคัญสำหรับทฤษฎีนี้อยู่บ้างได้แก่ มิลเลอร์ แอน โอลิเวียและบราวน์ (Jean Baker Miller, Carolyn Zeebe Enns, Olivia M. E. & Laura S. Brown) ซึ่งผู้ก่อตั้งเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้พัฒนาแนวคิดการปรึกษาจากแนวคิดด้านสตรีนิยมทางสังคมวิทยา เพื่อที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือและบำบัดรักษาปัญหาทางจิตใจของผู้หญิง (Herlihy; & Corey. 2005) ปัจจุบันสามารถนำแนวคิดนี้มาใช้ได้ทั้งในด้านการช่วยเหลือผู้ชายและกลุ่มรักร่วมเพศด้วยโดยมิได้จำกัดเฉพาะการช่วยเหลือในกลุ่มผู้หญิงดังเช่นแต่ก่อน

ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับการกีดกันทางเพศ (Sexism) ซึ่งหมายถึงการมีความเชื่อหรือทัศนคติว่าเพศใดเพศหนึ่งด้อยกว่า มีศักยภาพต่ำกว่าหรือมีคุณค่าน้อยกว่าเพศหนึ่ง ซึ่งการกีดกันทางเพศนี้เป็นสิ่งที่แฝงเร้นอยู่ในระบบสังคม การเมืองการปกครองและเศรษฐกิจที่ทำให้เพศหญิงเพศชายหรือเพศที่สามได้รับผลกระทบและทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา (Daniels. 2012) วอร์เรลและรีเมอร์ (Worell; & Remer. 2003) ได้อธิบายโครงสร้างของทฤษฎีการศึกษาแบบสตรีนิยมว่ามีการให้ความเท่าเทียมทางเพศ (Gender-fair theory) หมายถึง การอธิบายความแตกต่างระหว่างชายหญิงในแง่ของการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) มากกว่าความเชื่อว่ามีลักษณะใดลักษณะหนึ่งโดยธรรมชาติ ความยืดหยุ่นและมีความเป็นพหุวัฒนธรรม (Flexible-multicultural) หมายถึง การสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทั้งรูปแบบรายบุคคล แบบกลุ่มไม่ว่าจะมีความแตกต่างแบบใดทั้งในด้านอายุ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ชนชั้นทางสังคมและรสนิยมทางเพศ เน้นปฏิสัมพันธ์ (Interactionist) หมายถึง ให้แนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมโดยให้ความสำคัญกับบริบทแวดล้อมของบุคคล และให้ความสำคัญกับพัฒนาการแต่ละช่วงเวลาของชีวิต (Life-span perspectives) หมายถึง ความเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์มีการพัฒนาการตลอดชีวิต เปลี่ยนแปลงได้มากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับประสบการณ์ในวัยเด็กแต่เพียงเท่านั้น

ทฤษฎีนี้โดยทั่วไปมองมนุษย์ในแง่บวก มองว่าพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเป็นผลจากการขัดเกลาทางสังคมและเชื่อว่ามนุษย์สามารถเป็นผู้ที่มีการพัฒนาได้

บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแนวคิดสตรีนิยม

เนื่องจากการช่วยเหลือตามแนวคิดสตรีนิยมสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในรูปแบบบุคคลและกลุ่ม ดังนั้น เดเนียล (Daniels. 2012) ได้เสนอหลักการโดยทั่วไปในการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับบริการ (Egalitarian relationship) ผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมมองตนเองว่าเป็นเพียงเพื่อนคู่คิด (Partner) กับผู้รับบริการ มองความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้รับบริการว่าเท่าเทียมกันไม่มีผู้ใดเหนือกว่าใคร และร่วมกันสำรวจปัญหาไปด้วยกัน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ใช้อำนาจในการควบคุมการปรึกษาให้เป็นไปดังใจตนเอง การเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษาจึงนับได้ว่ามีความสำคัญเพราะจะช่วยเอื้อให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าผู้ให้คำปรึกษาก็เป็นมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องเผชิญปัญหาชีวิตๆ ได้ไม่แตกต่างจากผู้รับบริการ

2. ให้ความสำคัญกับความเป็นพหุมิติของบุคคล (Valuing pluralism) คือการให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งในด้านเพศ รสนิยมทางเพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม อายุของบุคคลว่ามีผลต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพและทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน

3. เน้นปัจจัยภายนอก (External emphasis) ในขณะที่ทฤษฎีกลุ่มอื่นเช่น จิตพลวัตให้ความสำคัญกับปมขัดแย้งภายในตัวบุคคลหรือทฤษฎีการรู้คิด พฤติกรรมที่ให้ความสำคัญกับความคิดอัตโนมัติทางลบและความเชื่อรากฐานซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล แต่ทฤษฎีสตรีนิยมให้ความสำคัญไปที่การรับรู้การกดขี่ทางสังคมโดยเฉพาะเรื่องเพศที่มีผลต่อบุคลิกภาพ ทำให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ว่าการที่ตนเองเกิดปัญหาการปรับตัวนั้นมิได้เกิดจากตัวบุคคลอย่างเดียว แท้จริงแล้วเกิดจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกแบ่งแยก กดขี่และทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา

4. การผสมผสานทรัพยากรชุมชนในการช่วยเหลือ (Using community resources) การช่วยเหลือตามแนวคิดสตรีนิยมไม่จำกัดอยู่เพียงแค่การช่วยเหลือในชั่วโมงบำบัดเท่านั้น ผู้รับบริการอาจได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากองค์กรในชุมชน การช่วยเหลือด้านกฎหมายและการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนในสังคมร่วมด้วยได้

5. เน้นการมีส่วนร่วม (Implementing an active, participatory style) ถึงแม้ว่าทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับความรู้สึก แต่การช่วยให้ผู้รับบริการได้เผชิญหน้ากับความขัดแย้งภายในตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในสังคมก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ เริ่มแรกผู้ให้คำปรึกษาอาจจะช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองแต่ขณะเดียวกันก็ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการขัดเกลาทางสังคมที่มีผลต่อปัญหาทางจิตใจของบุคคลเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะไม่แสดงบทบาทเป็นเพียงผู้รับฟังแต่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความขัดแย้งในตนเองและเอื้อให้เกิดความงอกงามได้

6. ใช้วิธีการช่วยเหลือที่หลากหลาย (Diversity of technique) เช่น การใช้เทคนิคเก้าอี้ที่วางเปล่า การใช้หนังสือช่วยบำบัด การฝึกพูดกับตนเอง การวิเคราะห์ความฝัน เป็นต้น

7. การให้ข้อมูล (Information giving) การปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมเน้นการให้ข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลด้านปัจจัยทางสังคม ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการกีดกันทางเพศ อาจให้การวิเคราะห์บทบาททางเพศ (Sex-role analysis) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงการถูกวางเงื่อนไขจากสังคมโดยเฉพาะบทบาททางเพศ ให้ทำตามที่สังคมคาดหวังไว้

8. การให้คุณค่ากับบุคคล (Personal validation) ผู้ให้การปรึกษาจะหมั่นยืนยันคุณค่าของผู้รับบริการและให้ความสำคัญกับความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกได้ว่าตนเองนั้นเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความหมาย เป็นที่ต้องการและมีความแตกต่างเป็นเอกลักษณ์ที่ติดมากับบุคคลอื่นในสังคม

สรุปขั้นตอนของการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมคือ การสร้างสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ ให้ความสำคัญกับความเป็นพหุมิติของบุคคล เน้นปัจจัยภายนอก การผสมผสานทรัพยากรชุมชนในการช่วยเหลือ เน้นการจัดกระทำ ใช้วิธีการช่วยเหลือที่หลากหลาย การให้ข้อมูลและการให้คุณค่ากับบุคคล โดยขั้นตอนต่างๆ นั้นอาจมีการสลับได้โดยขึ้นอยู่กับบริบทของการปรึกษา

เทคนิคที่ใช้ในการปรึกษาแนวคิดสตรีนิยม (Herlihy; & Corey. 2005; Worell; & Remer. 2003)

1. การสร้างพลัง (Empower) หัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการปรึกษาแนวคิดสตรีนิยมคือการสร้างพลัง ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกได้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีคุณค่า มีศักยภาพ มีความสามารถ และมีความเป็นเอกลักษณ์ การเกิดเป็นเพศใดเพศหนึ่งมิได้หมายถึงตนเองเป็นผู้ที่ด้อยกว่า ขาดคุณค่าหรือขาดศักยภาพแต่ให้มองมุมด้านบวกของเพศตน เช่น ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะช่วยให้ผู้รับบริการเพศหญิงได้เห็นว่าคุณค่าความเป็นผู้หญิงนั้นเป็นเพศที่อ่อนโยน ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพของบุคคล ช่วยเป็นตัวกลางประสานให้ความขัดแย้งในสังคมบางอย่าง เป็นผู้เสียสละอุทิศตนเองที่จะทำหน้าที่อบรมสั่งสอนบุตร ธิดาให้เติบโตเป็นผู้ที่มีศักยภาพในสังคม เป็นต้น

2. การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้การเปิดเผยตนเองเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกคน การเปิดเผยตนเองที่เหมาะสมนั้นควรมีพื้นฐานมาจากความจริงใจและส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความเติบโตองงามมากกว่าที่จะใช้การเปิดเผยตนเองเพื่อระบายปัญหาของผู้ให้คำปรึกษาเอง

3. การวิเคราะห์บทบาททางเพศ (Gender-role analysis) การวิเคราะห์บทบาททางเพศจะสำรวจถึงความคาดหวังที่สังคมมีต่อเพศจนส่งผลต่อความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมของผู้รับบริการ นอกจากนี้การวิเคราะห์บทบาททางเพศยังนำไปสู่การมองตนเองใหม่และมีการแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคมที่ไม่ทำให้ผู้รับบริการต้องเกิดความทุกข์ ขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์บทบาททางเพศคือการระบุสารทางตรงและทางอ้อมที่สังคมคาดหวังต่อเพศทั้งในรูปแบบของวัจนภาษาและอวัจนภาษาหรืออาจอยู่ในรูปแบบของการทำเป็นแบบอย่าง ขั้นตอนที่สองคือให้หาข้อดีและข้อเสียของสารต่างๆ ที่สังคมคาดหวังต่อเราเหล่านั้น ขั้นตอนที่สามคือการสำรวจว่าผู้รับบริการมีการกลืน (Internalized) สารภายนอกเหล่านั้นในรูปแบบทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวผ่านการพูดกับตนเอง ขั้นตอนสี่คือการกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นว่าสารใดที่ตนต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนห้าคือการวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลงเช่น การโต้แย้งความคิดที่มักพูดกับตนเอง และขั้นตอนสุดท้ายคือการปฏิบัติตามแผนการเหล่านั้น ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์บทบาททางเพศนี้ผู้ให้คำปรึกษาแนวคิดสตรีนิยมหลายท่านมองว่าจะมีประสิทธิภาพมากหากใช้ในการรูปแบบการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม

4. การแทรกแซงบทบาททางเพศ (Gender-role intervention) เป้าหมายคือให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้ถึงความคาดหวังทางสังคมที่มีต่อตนเอง ทำให้ผู้รับบริการมองเห็นบทบาททางเพศของตนในแง่บวก เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มากกว่าที่จะกล่าวโทษตนเอง

5. การวิเคราะห์อำนาจและการแทรกแซง (Power analysis and intervention) เทคนิคนี้คล้ายคลึงกับการวิเคราะห์บทบาททางเพศแต่จะเน้นที่การวิเคราะห์อำนาจทางเพศที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงหรือเพศที่สามกับเพศกระแสหลักตามการให้คุณค่าของสังคม ทำให้

ผู้รับบริการตระหนักว่าสังคมอาจคาดหวังให้ผู้หญิงต้องมีบทบาทเป็นผู้ตาม ให้คุณค่าการตัดสินใจของผู้ชายว่ามีความสำคัญมากกว่าการตัดสินใจของผู้หญิง ผู้หญิงจะขาดอำนาจหากว่าไม่มีผู้ชายและให้การแทรกแซงถึงการกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงคุณค่าตนเองและพลังในตนเอง ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะไม่มีผู้ชายอยู่ด้วย และสามารถตัดสินใจเลือกทางเดินในชีวิตได้ด้วยตนเองมากกว่าที่จะหาผู้ชายมาเป็นผู้ที่จะตัดสินใจแทนให้

6. หนังสือบำบัด (Bibliotherapy) นอกจากหนังสือยังรวมไปถึงการใช้ภาพยนตร์ สารคดี นิทานที่ช่วยสะท้อนสังคมการกดขี่บทบาททางเพศ อาจใช้ในรูปแบบของการบ้านแล้วนำมาอภิปรายในกลุ่ม จากนั้นอาจร่วมกันวิเคราะห์และหาทางออกให้กับตัวละครเพื่อให้หลุดพ้นจากการกดขี่ทางสังคม

7. การปรับเปลี่ยนมุมมองและการลดการตีตรา (Reframing and relabeling) ซึ่งก็ใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ เช่น หนังสือบำบัด การเปิดเผยตนเองของผู้ให้คำปรึกษา การฝึกการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนมุมมองนั้นเน้นที่การปรับเปลี่ยนการรับรู้ความคาดหวังจากสังคมมากกว่าที่จะเน้นการปรับเปลี่ยนปมขัดแย้งในจิตใจเหมือนทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทำให้ผู้รับบริการมีการมองตนเองใหม่ในแง่บวก คาดหวังกับตนเองน้อยลง และลดการตีตราตนเองถึงความผิดพลาดในอดีตโดยเฉพาะความผิดพลาดที่เกิดจากการที่ตนไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังทางสังคมในเรื่องเพศ ลดการตีตราถึงความอ่อนแอของตนเองที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ว่ามันเป็นความเข้มแข็ง ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงที่บอกตนเองว่าเป็นคนที่เต็มไปด้วยอารมณ์ ก็เปลี่ยนการตีตราตนเองว่าเป็นคนที่มีความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์และไวต่อความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น หรือผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เคยมองว่าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากความคิดที่ผิดปกติ การมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมเฉพาะภายในตัวบุคคล ก็เปลี่ยนเป็นมองว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้หญิงนั้นเป็นสัญญาณเตือนของการถูกกดขี่ทางสังคมและการไร้พลังอำนาจของผู้หญิงในสังคม เป็นต้น

8. สนับสนุนให้มีการกระทำทางสังคม (Social Action) ผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมอาจแนะนำให้ผู้รับบริการไปเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยเหลือผู้หญิง เช่น เข้าร่วมสมาคมช่วยเหลือผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ เสนอร่างกฎหมายต่อผู้มีอำนาจหรือให้ความรู้กับชุมชนในประเด็นด้านเพศที่มีผลต่อสังคม เป็นต้น เพื่อให้เกิดการฝังรากสิ่งๆ ที่เรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มให้บูรณาการภายในตัวบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าเทคนิคที่ใช้ในการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมนั้นมีหลากหลายและสามารถหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาอื่นมาใช้ได้ อย่างไรก็ตาม พบเทคนิคเฉพาะที่มักใช้ในการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์บทบาทโดยเฉพาะบทบาททางเพศ การวิเคราะห์อำนาจทางเพศและการสร้างพลังรวมทั้งการสนับสนุนให้มีการกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งการใช้เทคนิคใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับบริบทของการปรึกษาในแต่ละสถานการณ์

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการบูรณาการทางทฤษฎีการปรึกษาและจิตบำบัดในการนำไปใช้ช่วยเหลือผู้รับบริการอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่เป็นการบูรณาการทางทฤษฎี (Theoretical Integration) การบูรณาการทางเทคนิค (Technical eclectic) หรือการบูรณาการด้วยการนำปัจจัยที่ทำให้เกิดการเยียวยา (Curative factors) จากทฤษฎีจิตบำบัดต่างๆ มาพัฒนาให้เกิดรูปแบบของการทำจิตบำบัดแบบใหม่ (Common factors) แต่งานวิจัยที่สนับสนุนถึงการบูรณาการที่มีการยึดทฤษฎีหลักโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดอื่นมาเสริม (Assimilative Integration) ยังพบว่ามีจำนวนไม่มากนัก ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการบำบัดดังกล่าว เช่น การยึดทฤษฎีการทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัตเป็นหลักในการออกแบบกระบวนการ จากนั้นหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นๆ ได้แก่ การบำบัดแบบเน้นการรู้คิด-พฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy) หรือการบำบัดแบบเกสตัลท์มาใช้ร่วมกันกับจิตพลวัตเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับบริการได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Stricker, & Gold, 1996) อย่างไรก็ตามยังไม่พบโดยตรงถึงการศึกษาประสิทธิภาพของการปรึกษาและจิตบำบัดที่มีการบูรณาการแบบคล้ายกันโดยยึดทฤษฎีซาเทียร์เป็นหลักและใช้เทคนิคจากทฤษฎีเกสตัลท์และสตรีนิยมเป็นตัวเสริมในขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการปรึกษา แต่ทว่าแต่ละทฤษฎีต่างก็มีหลักฐานที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงหรือผู้ที่ติดยาเสพติดด้านการตัวแปรที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตโดยแยกตามทฤษฎีดังต่อไปนี้

4.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์

ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาผลการช่วยเหลือตามแนวคิดซาเทียร์ไว้ทั้งในรูปแบบของกลุ่มและคู่สมรสหรือครอบครัวบำบัดต่อตัวแปรตามที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตอยู่บ้าง ตัวอย่างเช่น การศึกษาของจันทนา สรรณาคมน์ (2548: ออนไลน์) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้ครอบครัวบำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเพศชาย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 5 คน ใช้เวลาในการทำครอบครัวบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 90 นาทีจำนวน 8 สัปดาห์ ภายหลังจากทดลองพบว่า ผู้ติดสุราเรื้อรังมีปริมาณการดื่มสุราลดลง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ เกสร สายธนู (2552: ออนไลน์) ได้ทำการศึกษาถึงผลของครอบครัวบำบัดในผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดซาเทียร์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จำนวน 5 ครอบครัวแบ่งเป็นผู้ติดสุรา 5 คนและสมาชิกในครอบครัว 10 คน แบ่งการบำบัดออกเป็น 4 ครั้งครั้งละ 90-120 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร่าลดลงและมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสมาชิกครอบครัวผู้ติดสุรามีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จะพบผลการศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราแล้วยังพบผลการศึกษาในกลุ่มคู่สมรสที่มีปัญหาการติดพนัน ดังการศึกษาของ บอนนี่ (Bonnie, 2007) ที่ได้ทำการทบทวนเอกสารถึงการบำบัดคู่สมรสที่มีปัญหาติดการพนันโดยอิงรูปแบบทฤษฎีของซาเทียร์เพื่อพัฒนาความสอดคล้องกลมกลืน

(Congruence couple therapy: CCT) โดยได้นำเสนอผลการบำบัดแบบ CCT ในรูปแบบของกรณีศึกษาพบว่าผลการบำบัดเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งการศึกษาที่ยกมาข้างต้นเป็นการศึกษาในรูปแบบของครอบครัวหรือคู่สมรสบำบัดต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะเสพติด อย่างไรก็ตามพบการศึกษาการประยุกต์ใช้ซาเทียร์ในรูปแบบของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มด้วยดังเช่นการศึกษาของ กานดา ผาวงศ์ (2551: ออนไลน์) ที่ได้ทำการศึกษาผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ในกลุ่มผู้ต้องขังเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 10 คน พบว่าภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษา ผู้ต้องขังมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นยังพบผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ดังการศึกษาของ โซโลมอน (Solomon. 1999: Online) ที่ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดของซาเทียร์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของรัฐบาลจำนวน 15 คน กลุ่มดังกล่าวจะจัดขึ้นอาทิตย์ละ 2 ครั้งจำนวน 7 อาทิตย์ วิธีการวิจัยที่ใช้คือการวัดก่อนหลังในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว โดยวัดทั้งหมด 3 ครั้งคือ ก่อนเข้ากลุ่ม ระหว่างเข้ากลุ่มและหลังการเข้ากลุ่มแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของดันแคน (Duncan) ตัวแปรตามคือจำนวนความถี่ของพฤติกรรมทางลบและทางบวก ซึ่งเกิดจากการสังเกตแบบสุ่มและตัวแปรการรับรู้บรรยากาศในการทำงานของเจ้าหน้าที่หญิงพบว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้ากลุ่ม พฤติกรรมทางลบของเจ้าหน้าที่หญิงภายหลังเข้ากลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีพฤติกรรมทางบวกเพิ่มขึ้นภายหลังเข้ากลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้คะแนนจากแบบวัดการรับรู้บรรยากาศในการทำงานยังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังเข้ากลุ่มด้วยเช่นกัน

การศึกษาในกลุ่มเพศหญิงเช่นกันของ หยาง (Yang. 2000: Online) ได้ทำการศึกษาถึงผลการเรียนรู้ประสบการณ์กลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ในกลุ่มตัวอย่างหญิงชาวไต้หวันจำนวน 24 คนโดยเป็นการศึกษาถึงผลของประสบการณ์กลุ่มโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นที่จะเติบโตด้านบุคลิกภาพผ่านปฏิสัมพันธ์และพันธะสัญญากับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม การได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเติบโต นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังมีการตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้นรวมทั้งได้รับการสะท้อนกลับจากสมาชิกกลุ่มที่ยังทำให้เกิดการเติบโตทางบุคลิกภาพมากขึ้นไปอีกเช่นกัน

ซึ่งจากงานวิจัยที่ยกมานั้นแสดงให้เห็นว่ามีการประยุกต์การช่วยเหลือตามแนวคิดซาเทียร์ทั้งในรูปแบบของการปรึกษาแบบกลุ่ม คู่สมรสและครอบครัวบำบัดทั้งในกลุ่มตัวอย่างชาวไทยและต่างประเทศ เพศชายหรือหญิงรวมทั้งผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมเสพติด อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีผลการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิง

4.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาตามแนวคิดของเกสตัลท์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาที่ใกล้เคียงกับผลการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงดังนี้ ลูเอลเลน (Luellen. 1998) ได้เขียนบทความวิชาการของการประยุกต์ใช้วิธีการของเกสตัลท์ในการจัดการกับภาวะต่อต้านในผู้ติดยา ผลพบว่าสิ่งที่ยากในการใช้เกสตัลท์กับผู้รับบริการก็คือการเลือกใช้การทดลองแบบประสบการณ์ที่จะเหมาะสมกับผู้รับบริการในช่วงเวลาหนึ่งๆ นักบำบัดไม่ควรไปใช้การสั่งสอนผู้ติดยาว่าเขาต้องยอมรับปัญหาของตนและเปลี่ยนชีวิตตนเอง แต่ให้เชื่อว่าเขาทำดีที่สุดแล้วเท่าที่เขาจะทำได้ในขณะนั้น ดังนั้นควรให้ผู้ติดยาได้ตระหนักกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาให้มากที่สุดโดยอาจจะใช้วิธีการเก้าอี้ที่ว่างเปล่า การปรับเปลี่ยนคำพูด การให้การบ้าน เป็นต้น นอกจากบทความวิชาการแล้วยังพบผลด้านประสิทธิภาพผลการช่วยเหลือตามแนวคิดเกสตัลท์เช่น คลาคและกรีนเบิร์ก (Clarke; & Greenberg. 1986) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเทคนิคการสนทนาแบบเกสตัลท์โดยใช้เก้าอี้ว่างเปล่า 2 ตัวกับเทคนิคการแก้ปัญหาซึ่งเป็นวิธีการของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมี 48 คนอายุระหว่าง 16-72 ปีถูกสุ่มเข้ากลุ่มเทคนิคการแก้ปัญหา 16 คน การใช้เก้าอี้ว่างเปล่า 16 คนและกลุ่มควบคุมอีก 16 คนผลการวิจัยพบว่าทั้งสองเทคนิคทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้มากขึ้นและเทคนิคของเกสตัลท์ช่วยให้การร้องขอในการตัดสินใจในการจัดการกับความขัดแย้งลดลงมากกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการของการบำบัดความคิดพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ แลนชแมน-ดิกสตราและคนอื่น ๆ (Landsman-Dijkstra; et al. 2004) ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมเพิ่มการตระหนักรู้ในร่างกายตามแนวคิดของเกสตัลท์เป็นเวลา 3 วันในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายเนื่องจากจิตใจอย่างเรื้อรัง (Chronic a-specific psychosomatic symptom) โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 187 คนและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตน (Self-efficacy) สูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถแสดงอารมณ์ออกมาได้มากขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปในแนวทางบวกได้มากขึ้นซึ่งจากงานวิจัยนี้ตัวแปรตามที่เพิ่มมากขึ้นคือการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนซึ่งก็ถือได้ว่าเป็นเป็นส่วนหนึ่งของพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดบุคลิกลักษณะนั่นเอง

นอกจากนั้นยังพบการประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงตั้งการศึกษาของโอลอฟเซน (Oelofsen. 2007: Online) ที่ได้ทำการศึกษาผลการประเมินโดยใช้วิธีการจากแนวเกสตัลท์ในนักเรียนหญิงชั้นประถมที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยใช้การศึกษาแบบรายกรณีพบว่าแม้ว่าวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือเพื่อใช้เทคนิคของเกสตัลท์ในการประเมินทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบวกมากขึ้นคือมีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้นรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้กลไกป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นอีกด้วย การศึกษา

ของ ลิตเติล (Little. 1986: Online) ได้ทำการศึกษาถึงวิธีการช่วยเหลือแบบเกสตัลท์ในผู้หญิงที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยได้ระบุถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักในตนเองมากขึ้น การยอมรับความเป็นจริงได้ ความสามารถในการบูรณาการบุคลิกภาพชั่วคราวข้ามในตนเองได้ รับผิดชอบในตนเอง มีวุฒิภาวะ จัดการตนเองได้และเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และการศึกษาของ เรเชิร์ต (Reichert. 1994) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดแบบเกสตัลท์ในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ที่เคยถูกทารุณกรรมทางเพศ โดยนักบำบัดที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้หญิงมากกว่า 4 ปี ซึ่งวิธีการที่ใช้นั้นมีทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความเครียดอย่างรุนแรงภายหลังการเผชิญภัยพิบัติ (Posttraumatic stress disorder) การจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและยังช่วยให้ผู้รับการบำบัดปลดปล่อยจากความรู้สึกตำหนิตนเองอีกด้วย

จากการวิจัยที่ยกมาพบว่าการบำบัดแบบเกสตัลท์ใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายทั้งชายหญิง มีการนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาจากสุราและผู้ที่มีปัญหาจากโรคทางกายและโรคจิตเวช แต่ก็ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยตรง

4.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยม

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มียานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดสตรีนิยมต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยตรง แต่ก็พบว่ามีบทความทางวิชาการหลายชิ้นที่สนับสนุนและให้ความเห็นว่าจำเป็นต้องมีการผสมแนวคิดสตรีนิยมในกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดหญิงร่วมด้วยเพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การศึกษาของ คอฟแมน ดอร์และเนลสัน-ซูปโก (Kauffman; Dore; & Nelson-Zlupko. 1995) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพของประสบการณ์ผู้ติดยาเสพติดหญิงทั้งในกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือแบบเดียวกับผู้ชายและได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบของผู้หญิงโดยอิงความต้องการเฉพาะของผู้หญิงเป็นหลักพบว่าการช่วยเหลือในแบบที่เน้นความต้องการเฉพาะของผู้หญิงนั้นดีกว่าและเห็นควรให้มีการบำบัดในรูปแบบที่เหมาะสมเฉพาะกับผู้หญิงที่ติดยาเสพติดต่อไปในอนาคต

โรเบิร์ต แจคสันและคาร์ลตัน-ลานีย์ (Roberts; Jackson; & Carlton-Laney. 2000) ได้เสนอบทความทางวิชาการว่าจำเป็นต้องมีการบำบัดผู้หญิงที่ติดยาเสพติดลูกครึ่งชาวอเมริกา - แอฟริกา โดยผสมแนวคิดทั้งด้านสตรีนิยมและทฤษฎีด้านการช่วยเหลือคนสีผิว ทำให้สตรีกลุ่มนี้มีการรับรู้พลังอำนาจตนเองได้มากขึ้นและยังเป็นการบำบัดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมมากขึ้นด้วย แอบบอर्थ (Abbott. 1994) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่ามีผู้หญิงจำนวนมากที่ติดยาเสพติดและเข้ารับบริการการบำบัดแต่แล้วยังขาดเทคนิควิธีและทฤษฎีรองรับถึงการบำบัดที่มีประสิทธิภาพกับกลุ่มนี้เพียงพอ ดังนั้นเขาจึงได้เสนอการนำแนวคิดสตรีนิยมมาใช้ร่วมในการบำบัดและนำเสนอการเปลี่ยนแปลงจากที่แต่เดิมคือเน้นให้นำทฤษฎีที่อยู่บนฐานคิดของเพศชายมาใช้ในการบำบัดผู้หญิงที่ติดยาเสพติด

นอกจากนั้นยังมีผลการวิจัยการประยุกต์ใช้แนวคิดสตรีนิยมในการปรึกษาทางจิตวิทยา เพื่อช่วยเหลือผู้หญิงในกลุ่มอื่นๆ เช่น เดวิส-เกจ เคทแมนและโมเอล (Davis-Gage; Kettmann; & Moel. 2010) ได้พัฒนาการให้คำปรึกษาสำหรับผู้หญิงชาวลาตินที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเน้นการผสมผสานแนวคิดด้านสตรีนิยมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา การศึกษาใช้วิธีการแบบรายการโดยศึกษากับผู้รับบริการที่ชื่อคริสตินา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสตรีนิยมมาประยุกต์ใช้ทั้งด้านการประเมิน การวางแผนการรักษาและเทคนิคการรักษา ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาช่วยให้คริสตินามีความเป็นตัวของตัวเองสูงขึ้น สามารถระบุถึงปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ มีการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม

การศึกษาของ จันทุเนน-สมิธ (Juntunen-Smith. 1994: Online) ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการปรึกษาด้านอาชีพตามแนวคิดสตรีนิยมกับทฤษฎีการปรึกษาด้านอาชีพแบบดั้งเดิมต่อการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนของนักศึกษามหาวิทยาลัยหญิง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คนแบ่งเข้ากลุ่มให้คำปรึกษาแบบสตรีนิยมและแบบดั้งเดิม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตนด้านอาชีพของนักศึกษาหญิงที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสตรีนิยมสูงกว่านักศึกษาหญิงที่ได้รับการปรึกษาด้านอาชีพแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของวัชรี ทองอ่อน (2547: ออนไลน์) ที่ทำการศึกษาถึงผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีสตรีบำบัดต่อความคาดหวังในชีวิตของหญิงบริการทางเพศ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงบริการทางเพศในเขตเมืองพัทยาจำนวน 16 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทดลองมีความคาดหวังในชีวิตภายหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเอกสารพบว่าการศึกษาผลของการช่วยเหลือทางจิตวิทยาตามแนวคิดสตรีนิยมยังพบได้ค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะงานวิจัยในรูปแบบของการช่วยเหลือแบบกลุ่ม อย่างไรก็ตามจุดเด่นของทฤษฎีนี้คือให้แนวคิดในการออกแบบการช่วยเหลือในกลุ่มผู้หญิงได้ดีและเหมาะสมกับบริบทของเพศหญิงที่มีความต้องการการช่วยเหลือทางจิตใจแบบเฉพาะ

จากงานวิจัยที่ประมวลมาจากทั้ง 3 ทฤษฎีพบว่าต่างก็มีหลักฐานที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ในการออกแบบกระบวนการปรึกษาเพื่อพัฒนาตัวแปรที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีทั้ง 3 มาเป็นแนวทางในการออกแบบการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงต่อไป

5. การถูกตีตรา : ความหมาย องค์ประกอบและวิธีวัด

ความหมาย

การถูกตีตรา (Stigmatization) เป็นตัวแปรทางสังคมวิทยาที่จัดอยู่ในกลุ่มของทฤษฎีปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์ มุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของบุคคลที่เกิดจากการที่สังคมกำหนดหรือจัดกระทำต่อบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลที่ถูกตีตรานั้นมีบทบาทเป็นผู้ที่เบี่ยงเบนซึ่งพฤติกรรมการใช้สารเสพติดนั้นก็จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนอย่างหนึ่งและถูกตีตราในสังคมเช่นกัน

นักสังคมวิทยาท่านหนึ่งให้ความหมายดั้งเดิมของคำว่า การถูกตีตราว่า เป็นการถูกลดความน่าเชื่อถืออย่างมีนัยสำคัญ (Significantly discrediting) (Goffman. 1963: 11-13) ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากสังคมอย่างไม่น่าพึงปรารถนา อย่างไรก็ตาม การถูกตีตราในความหมายเก่านั้นหมายถึงเฉพาะบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติและน่าอับอาย เช่น การเป็นผู้พิการ แต่ปัจจุบันความหมายของการถูกตีตรานั้นได้รวมไปถึงบุคคลหรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทางสังคม สมควรต้องถูกลงโทษหรือปฏิเสธจากสังคม (Goffman. 1963: 11-13) ซึ่งการถูกตีตราเป็นการใช้การควบคุมทางสังคมที่ทรงพลังในการผลักบุคคลที่กระทำพฤติกรรมบางอย่างให้อยู่ในลักษณะชายขอบ เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การใช้สารเสพติด ผู้อพยพเข้าประเทศและผู้ขายบริการทางเพศก็จัดได้ว่าเป็นผู้ถูกตีตรา (UNAID. 2000) วาว (Wahl. 1999) ก็ได้กล่าวว่าการถูกตีตรานั้นเป็นผลจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นถูกตัดสินให้เป็นคนอื่นมิใช่พวกเดียวกัน เนื่องจากอคติทางสังคม นอกจากนี้ โยธาประเสริฐ (Yothaprasert. 2005) ได้ให้ความหมายเชิงปฏิบัติการของการรับรู้การถูกตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อถึงการถูกปฏิเสธการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การไม่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล การถูกปฏิเสธการช่วยเหลือด้านสิทธิการรักษาพยาบาลและการถูกกีดกันในออกจากโครงการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีของโรงพยาบาล กิลมอร์และโซเมอร์วิลล์ (Gilmore; & Somerville. 1994) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบ 4 ประการต่อการที่สังคมตอบสนองต่อผู้ที่ถูกตีตราดังต่อไปนี้ 1) การเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 2) การระบุงруппหรือตัวบุคคลที่กระทำพฤติกรรมนั้น 3) การให้การตีตราแก่กลุ่มหรือตัวบุคคลและ 4) การเกิดพัฒนาการตอบสนองให้มีการตีตรามากขึ้น อย่างไรก็ตาม การวัดการตีตรานั้นสามารถวัดได้ทั้งจากให้บุคคลภายนอกเป็นผู้กรอกแบบวัดเพื่อระบุทัศนคติของการตีตราหรือการรับรู้การถูกตีตราซึ่งให้ผู้ที่รับรู้การถูกตีตรานั้นเป็นผู้กรอกแบบวัดด้วยตนเอง

จากการประมวลความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอกำหนดความหมายของการรับรู้การถูกตีตรา (Perceived stigma) ว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าอับอายและเบี่ยงเบนทางสังคม สมควรถูกลงโทษ ปฏิเสธและกีดกันจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ที่ทำงานและชุมชนเนื่องจากมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมคือการใช้สารเสพติด

ผู้ใช้ยาเสพติดหญิงนั้นมักจะถูกตีตราจากสังคมว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและเบี่ยงเบนจากความคาดหวังของสังคม ที่สังคมให้ความคาดหวังกับผู้หญิงว่าต้องมีบทบาทของความเป็นแม่ ต้องดูแลบ้าน ครอบครัวยุติและลูก แต่หากผู้หญิงไม่ได้ทำหน้าที่เหล่านั้น แต่กลับไปใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นสิ่งต้องห้ามและผิดกฎหมายจนทำให้ผู้หญิงไม่สามารถทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม ได้อีกต่อไป ทำให้ผู้หญิงต้องตกอยู่ในฐานะจำเลยของสังคมที่ต้องถูกตราหน้าว่าเป็นภรรยาที่ไม่ดี แม่ที่ไม่ดี ละทิ้งหน้าที่และความรับผิดชอบในสิ่งที่ผู้หญิงต้องทำ ทำให้ผู้หญิงที่ใช้สารเสพติดมากมาย ต้องประสบกับปัญหาซึมเศร้า วิตกกังวลและทำร้ายตนเองได้ในที่สุด ซึ่งจากงานวิจัยต่างๆ สะท้อนว่าการถูกตีตรานั้นหากเกิดจากพฤติกรรมอื่นเช่น การเป็นผู้พิการหรือการมีความผิดปกติทางจิตใจ ก็มิได้ถูกตีตราอย่างชัดเจนมากเท่ากับการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะงานวิจัยที่สร้างแบบวัดการรับรู้ การถูกตีตรานั้นก็พบว่าผู้ใช้สารเสพติดนั้นมีการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมในระดับสูง (Phelan; & Basow. 2007; Corrigan; Kuwabara; & O'Shaughnessy. 2009) ซึ่งถึงแม้ว่าผู้ใช้สารเสพติดจะมีการรับรู้การถูกตีตราสูงแต่ก็ยังพบว่าม้งานวิจัยที่ศึกษาการถูกตีตราในผู้ติดยาเสพติดค่อนข้างน้อย (Adlaf; et al. 2009)

องค์ประกอบของการรับรู้การถูกตีตรา

ลิงค์และฟีแลน (Link; & Phelan. 2001) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของการถูกตีตราไว้ทั้งหมด 4 องค์ประกอบคือ 1) การถูกทำให้แตกต่าง (Distinguishing and labeling differences) หมายถึง การที่บุคคลถูกจัดประเภทว่าเป็นอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป ตัวอย่างเช่น การจัดกลุ่มว่าเป็นคนผิวดำ พิกการ รักร่วมเพศ เป็นต้น 2) การถูกเชื่อมโยงความแตกต่างกับคุณลักษณะทางลบ (Associating human differences with negative attributes) คือการเชื่อมโยงความแตกต่างนั้นให้กลายเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (Stereotype) เช่น การเชื่อมโยงบุคคลที่ป่วยทางจิตว่าเป็นบุคคลอันตราย ไม่ควรอยู่ใกล้ หรือการเชื่อมโยงคนผิวขาวว่าเป็นคนฉลาด สะอาด เต็มไปด้วยความกระตือรือร้น 3) การแบ่งแยก “เรา” กับ “เขา” (Separating “us” from “them”) คือการแบ่งแยกว่าคุณลักษณะที่แตกต่างและมีลักษณะประจำตัวนั้นไม่ใช่เป็นพวกเรา แต่เป็นพวกเขา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจิตเภทจะถูกเรียกว่า คนโรคจิต ในขณะที่ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกาย จะถูกเรียกว่า คนที่ป่วยเป็นมะเร็ง คนที่ป่วยเป็นเบาหวาน เพราะมองว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นแตกต่างจากคนทั่วไป 4) การสูญเสียสถานภาพและการถูกแบ่งแยก (Status loss and discrimination) คือการที่บุคคลที่ถูกตีตราสูญเสียประโยชน์ในด้านรายได้ การศึกษา ที่อยู่อาศัย การรักษาทางการแพทย์และความสุขทางจิตใจ เช่น คนที่เคยติดสารเสพติดมาก่อนก็ถูกปฏิเสธการจ้างงานเนื่องจากนายจ้างไม่ไว้วางใจว่าจะมาขโมยทรัพย์สิน เป็นต้น สรุปได้ว่าองค์ประกอบการรับรู้การถูกตีตรามี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การถูกทำให้แตกต่าง การถูกเชื่อมโยงความแตกต่างกับคุณลักษณะทางลบ การแบ่งแยก

“เรา” กับ “เขา” และการสูญเสียสถานภาพและการถูกแบ่งแยก ซึ่งจากองค์ประกอบข้างต้นเป็นทฤษฎีที่ใช้มุ่งอธิบายในด้านการรับรู้การถูกตีตราในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเพราะการติดสารเสพติดนั้นก็จัดได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชอย่างหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวในการกำหนดนิยามปฏิบัติการเพื่อสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้การถูกตีตราในผู้ติดยาเสพติดหญิงต่อไป

การวัดและประเมินการรับรู้การถูกตีตรา

เริ่มต้นนั้นแบบวัดการถูกตีตรานิยมถูกนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกาย ตัวอย่างเช่น โยธาประเสริฐ (Yothaprasert. 2005) ได้สร้างแบบวัดการถูกตีตราในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์ โดยแบ่งเป็น ความเข้มข้นของการถูกตีตรา ความรุนแรงของปฏิกิริยาที่แสดงถึงการตีตรา และการรับรู้การถูกตีตราโดยผู้ป่วย การตอบจะมีสองแบบคือใช่และไม่ใช่ ผู้ตอบคือตัวของผู้ติดเชื่อเอง อย่างไรก็ตาม คุณภาพของเครื่องมือนี้ได้ถูกตรวจสอบด้วยวิธีการใช้ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแต่ยังขาดการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และแบบวัดของทัตติยา มานิจสิน (2534: ออนไลน์) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อน มีทั้งหมด 14 ข้อแบ่งเป็น 3 หมวดคือ การรับรู้ต่อการแสดงความรังเกียจกลัว 6 ข้อ การรับรู้ต่อการให้คุณค่า มี 4 ข้อ และการรับรู้ต่อการให้เข้าร่วมกลุ่ม มี 4 ข้อเป็นมาตรา 5 ระดับคือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เครื่องมือได้ถูกนำไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในได้เท่ากับ .91 ต่อมาได้มีผู้พัฒนาแบบวัดการถูกตีตรามาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายมากขึ้นทั้งในประเด็นด้านการป่วยหรือการรับบริการทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด ตัวอย่างเช่น ญัฐภูมิ อรินทร์ (2553) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราด้านสุขภาพจิตโดยสร้างจากแนวคิดของ ลิงค์และฟีแลน (Link; & Phelan. 2001) โดยแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือความรู้สึกถึงการถูกแบ่งแยก (Discrimination) และความรู้สึกถึงการถูกสรุปเหมารวมในทางลบ (Negative stereotype) จำนวน 12 ข้อ หาค่าเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .74 และแต่ละข้อหาค่าอำนาจจำแนกอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แอดลาฟและคนอื่นๆ (Adlaf; et al. 2009) ได้นำข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อจากแบบวัดการทำวิจัยสมาคมจิตแพทย์ระดับโลกในผู้ป่วยโรคจิตเภทมาสร้างแบบวัดการถูกตีตราที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ .76 เมื่อหาด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน บราวน์ (Brown. 2011) ได้สร้างแบบวัดการตีตราด้านการใช้สารเสพติดโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 565 คนที่ลงเรียนวิชาจิตวิทยาเบื้องต้นที่มหาวิทยาลัยมิดเวสเทิร์น (Midwestern) โดยแบ่งเป็น 3 มาตรการย่อยคือ มาตรการความเห็นห่างทางสังคม (The social distance scale) มาตรการเป็นอันตราย (Dangerousness Scale) และมาตรการความรู้สึก (Affect Scale) การให้คะแนนเป็นแบบ Likert 4 ด้านพบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในทั้ง

3 มาตรการย่อยได้มากกว่า .70 และ ลูโอมาและคนอื่นๆ (Luoma; et al. 2010) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราในผู้ติดยาเสพติด (The perceived stigma of addiction scale, PSAS) มีทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้การถูกลดคุณค่าและถูกแบ่งแยก (The perceive devaluation and discrimination questionnaire) ซึ่งได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นแบบหาความสอดคล้องภายในพบว่าได้เท่ากับ .73 และมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาพัฒนาการแบบวัดตั้งที่ยกมาก็พบว่าในต่างประเทศเองก็เริ่มที่จะสนใจศึกษาประเด็นด้านการรับรู้การถูกตีตราในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดมากขึ้นโดยมิได้จำกัดการศึกษาการถูกตีตราในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น

การถูกตีตรากับพลังสุขภาพจิต

การถูกตีตรานั้นทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกแปลกแยก เห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดที่มักจะมีปัญหาด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่แล้ว เมื่อใช้สารเสพติดก็นำไปสู่การรับรู้ว่าตนเองแปลกแยกและด้อยกว่าผู้อื่นมากขึ้นเนื่องจากการตีตราของสังคมที่มีต่อผู้ติดยาเสพติดนั้นมีมาก โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดหญิง ที่โดยทั่วไปนั้นสังคมมักให้คุณค่าของเพศหญิงด้อยกว่าเพศชาย มีความคาดหวังกับบทบาททางสังคมของผู้หญิงมาก ดังนั้นหากผู้หญิงใช้สารเสพติดจึงมีโอกาที่จะถูกตีตราจากสังคมได้มาก ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ไม่เห็นคุณค่าในตนเองและนำไปสู่การมีพลังสุขภาพจิตที่ต่ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาซาโนวา (Casanova. 2012) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพแบบรายกรณีถึงประสบการณ์ของผู้อพยพชาวเม็กซิโกเพศหญิงต่อการถูกตีตราและถูกแบ่งแยกในฐานะของผู้อพยพซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูพลังสุขภาพจิต และฟริชเนคท์และคนอื่นๆ (Frischknecht; et al. 2011) ที่ศึกษาถึงวัฏจักรของการรับรู้การถูกตีตราต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีความวิตกกังวลและการขาดคุณภาพชีวิตในผู้เสพติดเฮโรอีนที่กำลังได้รับสารทดแทนจำนวน 106 คนเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 144 คนที่ไม่ใช้สารเสพติดพบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 63 มีความรู้สึกถูกแบ่งแยกทางสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีความรู้สึกดังกล่าวเพียงร้อยละ 16 นอกจากนี้พบว่าการรับรู้การถูกตีตรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า การมีความวิตกกังวลและการขาดคุณภาพชีวิต และจากโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) พบว่าการมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การถูกตีตราทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงและสามารถอธิบายการมีคุณภาพชีวิตทางจิตจิตใจที่ต่ำลงได้ถึงร้อยละ 74 โดยการเห็นคุณค่าตนเองที่ต่ำนั้นก็จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพลังสุขภาพจิตนั่นเอง ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวที่ยกมาแสดงว่าการถูกตีตรานั้นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประเด็นด้านพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้หญิงได้เช่นกัน

6. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่หรือ FAST MODEL นั้นเป็นการบำบัดที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เดิมชื่อสถาบันธัญญารักษ์) ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่นั้นถูกปรับปรุงมาจากการรักษาในรูปแบบของชุมชนบำบัด (Therapeutic community: TC) ซึ่งพัฒนาจากต่างประเทศและใช้ระยะเวลาการบำบัดค่อนข้างนานคือ 1-2 ปีซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับบริบทด้านระเบียบข้อบังคับของกรมคุมประพฤติที่บังคับให้ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในระบบบังคับบังคับเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 4 เดือน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีจึงได้พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ขึ้นเพื่อใช้ได้ในระบบการบำบัดของไทย โดยมีการดึงเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะหลังจำหน่ายโดยยึดความสำคัญของชุมชนบำบัดเป็นหลัก FAST MODEL เป็นอักษรย่อที่สื่อถึงกระบวนการบำบัดย่อยดังต่อไปนี้

1. ครอบครัว (F = Family) คือการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นถึงกระทั่งจำหน่าย มีการเตรียมครอบครัวให้เข้าใจกระบวนการบำบัด รวมทั้งมีการให้ความรู้ (Family education) ด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะสมองติดยา ตัวกระตุ้นให้เสพยาซ้ำ ธรรมชาติของวัยรุ่นและความรู้อื่นๆ ที่จำเป็นในการช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถหยุดการใช้ยาเสพติด และป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำได้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการให้คำปรึกษาครอบครัวและครอบครัวบำบัด (Family counseling and psychotherapy) เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเอื้อให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้ดีมากขึ้นและพัฒนาทัศนคติทางบวกแก่สมาชิกครอบครัวต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติด ทางสถาบันที่ให้การบำบัดอาจมีการจัดกิจกรรมเข้าฐาน (Walk rally) เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัวได้

2. กิจกรรมทางเลือก (A = Alternative Treatment Activity) เป็นใช้กิจกรรมเสริมที่เหมาะสมกับความสนใจและความถนัดของผู้รับการบำบัด เพื่อพัฒนาศักยภาพเฉพาะตนได้อย่างเต็มที่ อาจมีการจัดตั้งเป็นชมรมและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันภายหลังจากออกจากสถานบำบัดไปแล้วเช่น ช่างไฟฟ้า ทำอาหาร ช่างเสริมสวย งานเกษตร ปลูกผักสมุนไพรเพื่ออาชีพ เครื่องประดับ ตกแต่งบ้าน ตัดเย็บเสื้อผ้า โดยผู้รับการบำบัดจะเข้ากิจกรรมชมรมประมาณอาทิตย์ละ 1 ครั้งโดยมีครูในแต่ละชมรมช่วยฝึกสอนทักษะต่างๆ หรืออาจมีการเชิญวิทยากรภายนอกมาสอนเพื่อให้ผู้รับบริการบำบัดสามารถนำความรู้ไปใช้ประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้

3. กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S = Self help) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่อยู่ มักจัดในรูปแบบของกลุ่มเพื่อเสริมสร้างทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการป้องกันกำเริบไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยมีแนวคิดด้านการปรับการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior model) เป็นพื้นฐาน กระบวนการดังกล่าวจะนำโดยผู้ให้การบำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ โดยฝึกทักษะได้แก่ การตั้งเป้าหมายในชีวิต ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัดช่วยเหลือและให้ข้อมูลตนเองในการระคับระคองกัน และกันเพื่อที่จะสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

4. ชุมชนบำบัด (T = Therapeutic community) ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของ FAST MODELเป็นการให้ผู้รับการบำบัดมาอยู่ร่วมกันและใช้งานเป็นสื่อ (Work therapy) ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Help to self help) และใช้อิทธิพลและพลังของกลุ่มเพื่อเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจ (Peer pressure) ซึ่งกระบวนการชุมชนบำบัดมีทั้งเครื่องมือที่มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การตักเตือนแบบทางการ (Talking to) การนั่งเก้าอี้เพียงลำพังเพื่อพิจารณาความผิดตน (Prospective chair) เป็นต้น การใช้กลุ่มบำบัด ได้แก่ กลุ่มประชุมเช้า (Morning meeting) กลุ่มเผชิญหน้า (Encounter group) โดยอยู่บนพื้นฐานของการใช้งานบำบัด ซึ่งมีการแบ่งสมาชิกออกเป็นหน่วยงานต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อบำบัดด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ ทีมงานครัว ทีมงานประชาสัมพันธ์ ทีมงานเกษตร เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันก็มีการให้การปรึกษารายบุคคลและกลุ่มอยู่ด้วย ทั้งนี้การอยู่ร่วมกันในชุมชนบำบัดจะอยู่บนกฎระเบียบ 4 ข้อคือ การไม่ใช้ยาเสพติด การไม่ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท การไม่มีเพศสัมพันธ์ และการไม่ลักขโมย (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์; และคนอื่นๆ. 2546)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่

เนื่องจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ถูกพัฒนาขึ้นในประเทศไทยและเพิ่งเริ่มใช้ในระยะเวลายังไม่นานนัก ดังนั้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงพบว่ามีค่อนข้างจำกัดเช่น การศึกษาของ บุษผา บุญญามณีและคณะ (2549) ที่ทำการประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่แบบครบขั้นตอนของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษาเสพติด สงขลา จำนวน 72 คน ระหว่างเดือนเมษายนถึงสิงหาคมปี 2549 พบว่ามีความคิดเห็นโดยเฉลี่ยทั้งในกิจกรรมโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี โดยมีกิจกรรมรายด้านได้แก่ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมทางเลือก กระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกระบวนการชุมชนบำบัด และผู้เสพยาเสพติดแต่ละคนให้ความคิดเห็นไม่แตกต่างกันทั้งในกิจกรรมภาพรวมและรายด้าน และการศึกษาของ

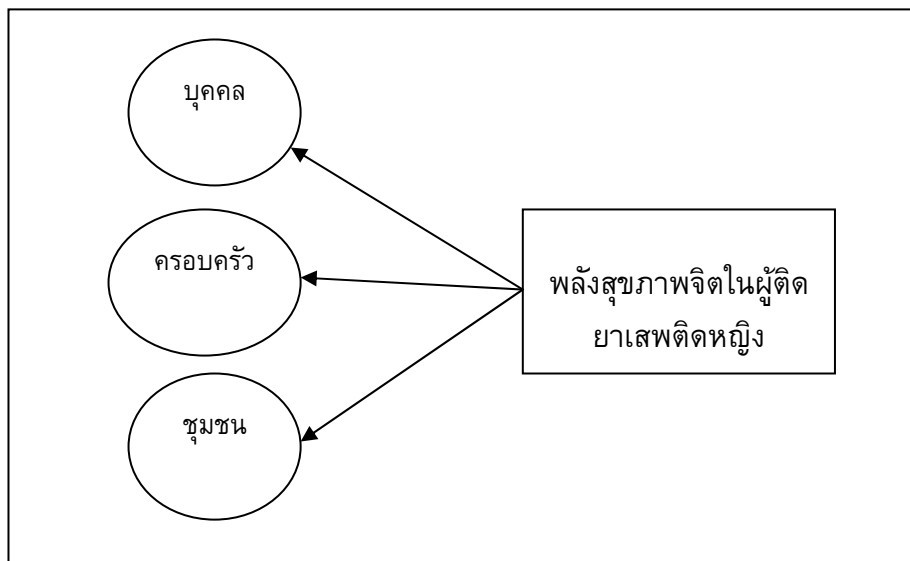
อุทัยวรรณ ศรีสำราญ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ที่อยู่ในระยะติดตามผลคือ ภายหลังเข้ารับการบำบัดเสร็จสิ้นแล้วจำนวน 131 คนพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับดี ด้านสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ด้านความเครียดในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าผู้ดูแลเครียดเรื่องเพื่อนของผู้ป่วยยาเสพติดมากที่สุด นอกจากนี้ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ชีรวัดน์ วงศ์ตัน (2545) ถึงผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบของชุมชนบำบัด ซึ่งถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของศูนย์การบำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ในปี พศ. 2537-2545 พบว่า เมื่อติดตามผลการรักษาไปแล้วหลังการรักษา 1 ปี มีผู้ที่สามารถหยุดยาเสพติดได้จำนวน 56 รายจากทั้งหมด 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.9 โดยพบว่าผู้ที่อยู่ครบขั้นตอนมีอัตราการหยุดยาเสพติดได้ถึงร้อยละ 93.8 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่อยู่ไม่ครบขั้นตอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ ปกรณ์ ศิริยง (2545) ที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่พบว่าผู้ป่วยจำนวน 426 รายที่อยู่รับการบำบัดรักษาครบทุกขั้นตอนของ FAST MODEL มีผู้ที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ภายหลังที่ติดตามผลไป 1 ปีจำนวน 358 รายคิดเป็นร้อยละ 84.01 และมีผู้ที่ติดยาเสพติดซ้ำจำนวน 67 รายคิดเป็นร้อยละ 15.73 และผู้วิจัยได้สรุปว่า ผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ค่อนข้างได้ผลดี สามารถใช้เป็นแบบอย่างให้กับสถานบำบัดอื่นๆต่อไปได้ จากงานวิจัยที่ยกมานั้น ถึงแม้ว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็ไม่สามารถที่จะป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำได้ในผู้รับการบำบัดทุกราย รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาว่าจะสามารถพัฒนาพลังสุขภาพจิตได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังอาจไม่เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ติดยาเสพติดได้ในทุกเพศ เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวพัฒนาเพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยทั่วไปโดยไม่เจาะจงและยังไม่ได้มีการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้ติดยาเสพติดหญิงเท่าใดนัก ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการอาจจะสามารถนำไปใช้ในสถานบำบัดยาเสพติดเพื่อเสริมประสิทธิภาพของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงได้มากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

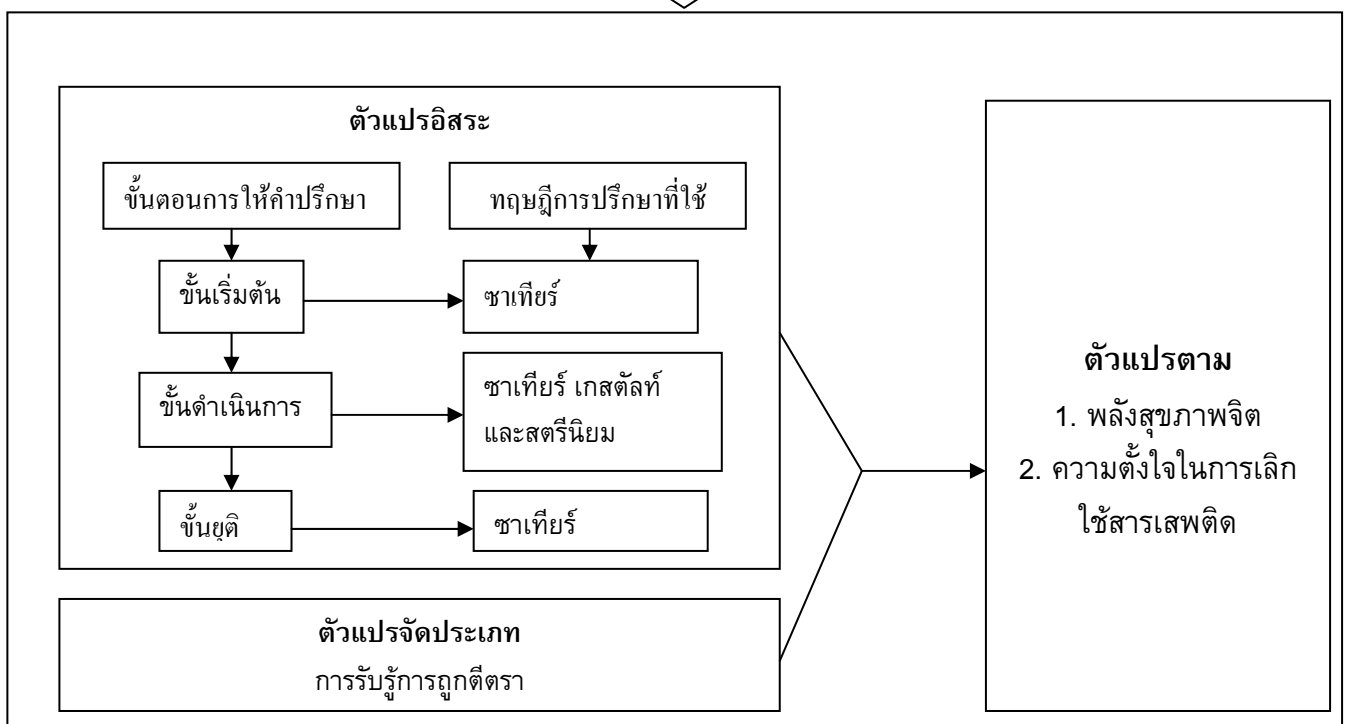
งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่เงื่อนไขหรือองค์ประกอบที่นำไปสู่การเกิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) นั้นยังมีความหลากหลายและยากที่จะหาข้อสรุปชัดเจน (Lightsey. 2006; Harvey; & Delfabbro. 2004) โดยองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตในปัจจุบันนั้นเน้นไปที่องค์ประกอบภายในตัวบุคคลเป็นส่วนใหญ่และยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบภายนอกอันได้แก่ ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ภายหลังการเผชิญภาวะวิกฤตและยังไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยและทฤษฎีที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพลังสุขภาพจิตเกิดจากทั้งองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลร่วมกัน (อิงควา โครตนาธา. 2553; Grotberg. 1995; Blissonette. 1998: Online; Stajduhar; et al. 2009) นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีด้านพลังสุขภาพจิตในปัจจุบันนั้นถูกพัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้หญิงวัยกลางคน เป็นต้น แต่ยังไม่พบแนวคิดพลังสุขภาพจิตที่ใช้อธิบายในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงได้อย่างชัดเจนนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีจุดมุ่งหมายการวิจัยหนึ่งที่ต้องการพัฒนาแนวคิดและแบบวัดพลังสุขภาพจิตเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในการวิจัยระยะที่ 1 ด้วยวิธีการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential mixed methods design) (Creswell; & Plano Clark. 2011) โดยเริ่มต้นจากการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนร่วมกับการกำหนดโครงสร้างแนวคิดพลังสุขภาพจิตจากทฤษฎีอย่างคร่าว ๆ ว่าประกอบด้วยปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำโครงสร้างพลังสุขภาพจิตที่พัฒนามาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาตรวจสอบยืนยันความถูกต้องด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและนำแนวคิดรวมทั้งแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณนี้มาใช้ในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและใช้แบบวัดพลังสุขภาพจิตเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการร่วมด้วย

กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการนั้น ผู้วิจัยได้บูรณาการทฤษฎีการปรึกษา (Assimilative integration) ตามแนวคิดของ เมสเซอร์ (Messer. 2001) โดยกำหนดให้เป็นตัวแปรอิสระในการวิจัยระยะที่ 2 กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเป็นการผสมผสานทฤษฎีการปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษาจะเลือกทฤษฎีการปรึกษาทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลักในการออกแบบกระบวนการช่วยเหลือจากนั้นก็ทำการเลือกเทคนิคการบำบัดต่างๆจากทฤษฎีการปรึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีหลักมาใช้ร่วมกันในการช่วยเหลือผู้รับบริการ (Messer. 2001)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์เป็นวิธีการหลักในการออกแบบกระบวนการปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการและใช้เทคนิคการช่วยเหลือตามแนวคิดของซาเทียร์เป็นหลักเช่นกัน ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการปรึกษาออกเป็นทั้งหมด 3 ระยะ คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นการเปลี่ยนแปลงและขั้นยุติ และมีการผสมผสานเทคนิคการบำบัดจากทฤษฎีของเกสตัลท์และสตรีนิยมเป็นตัวเสริมร่วมกับเทคนิคของซาเทียร์ในกระบวนการปรึกษาเฉพาะในขั้นการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น การออกแบบกระบวนการปรึกษา เป้าหมายและเทคนิคหลักที่ใช้ในกระบวนการกลุ่มแต่ละขั้นต่อนั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดของโลเอสเชนเป็นหลักในการออกแบบ (Loeschen. 1998) เพื่อให้เกิดการเพิ่มพูนพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 และเพิ่มพูนความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดซึ่งเป็นตัวแปรที่พยากรณ์การเกิดพฤติกรรมการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดหญิงในอนาคตได้ภายหลังจำหน่ายจากสถานบำบัด (Ajzen; & Fishbein. 1980: 54-60; Proshaska; & DiClemente. 1984; Berndt; et al. 2012) ในส่วนของงานวิจัยที่สนับสนุนทฤษฎีการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในการวิจัยนี้ พบว่ามีการศึกษาที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์ว่าสามารถช่วยพัฒนาตัวแปรตามที่มีความใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดได้ ตัวอย่างเช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง การพัฒนาทางบุคลิกภาพในด้านบวก การมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง เป็นต้น (กานดา ผาวงศ์. 2551: ออนไลน์; เกสร สายธนู. 2552: ออนไลน์; Yang. 2000: Online) และช่วยลดพฤติกรรมสารเสพติดที่เป็นปัญหา ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมการติดพนัน เป็นต้น (จันทนา สรณาคมน์. 2548: ออนไลน์; Bonnie. 2007) ในขณะที่ทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดของเกสตัลท์และสตรีนิยมซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นทฤษฎีการปรึกษาที่เสริมในการช่วยเหลือช่วงระยะการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการกลุ่มก็มีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพการบำบัดในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงในตัวแปรที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตเช่นกัน (Juntunen-Smith. 1994: Online; Landsman-Dijkstra; et al. 2004; Oelofsen. 2007: Online; Davis-Gage; Kettmann; & Moel. 2010) นอกจากผู้วิจัยจะใช้ตัวแปรทางจิตวิทยาได้แก่ กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการแล้ว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงตัวแปรทางสังคมวิทยาในการอธิบายการเกิดพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดได้แบบสหวิทยาการ จึงได้นำตัวแปรการรับรู้การถูกตีตรามาเป็นตัวแปรจัดประเภทเพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างละเอียดครอบคลุมได้มากขึ้นว่ากระบวนการการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีความเหมาะสมในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตกับผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีการรับรู้การถูกตีตราแตกต่างกันหรือไม่ เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรการรับรู้การถูกตีตราที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตโดยผู้ที่มีการรับรู้การถูกตีตราสูงก็มีแนวโน้มที่พัฒนาพลังสุขภาพจิตได้ต่ำกว่าผู้ที่มีการรับรู้การถูกตีตราที่ต่ำ (Frischknecht; et al. 2011; Casanoval. 2012) ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 2



การพัฒนาแนวคิดและคุณภาพของแบบวัดพลังสุขภาพจิตด้วย
วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานสำหรับงานวิจัยระยะที่ 2 ส่วนของการวิจัยกึ่งทดลองมีรายละเอียดของสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

2. ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ทั้งในระยะภายหลังการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะติดตามผล

จากสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า แม้ผู้วิจัยจะยังไม่พบการศึกษาโดยตรงว่ากระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการระหว่างทฤษฎีของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมว่ามีปฏิสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราและส่งผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในระยะหลังการทดลองและติดตามผล แต่จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาตัวแปรที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล (กานดา ผาวงศ์. 2551: ออนไลน์; เกสร สายธนู. 2552: ออนไลน์; จันทนา สรณาคมน์. 2548; ไพลิน ลิ้มวัฒนชัย; 2556; Bonnie. 2007; Yang. 2000: Online)

นอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้การถูกตีตราีผลต่อกระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตเช่นกัน (Casanova. 2012; Frischknecht; et al. 2011) ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยคาดว่า การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีปฏิสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและติดตามผลได้ซึ่งนำไปสู่การตั้งสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หรือหากผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สนับสนุนว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการกับการรับรู้การถูกตีตรา แต่จากผลการทบทวนวรรณกรรมก็พบหลักฐานงานวิจัยสนับสนุนค่อนข้างหนักแน่นว่ากระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเพียงตัวแปรเดียวก็มีความเป็นไปได้ว่าจะสามารถนำมาใช้ในการเพิ่มพูนระดับพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและติดตามผลเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้เช่นกัน ซึ่งนำไปสู่การตั้งสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ (Multiphase mixed methods research) (Creswell; & Plano Clark. 2011) หมายถึงรูปแบบการวิจัยที่ผสมวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในทุกๆระยะของการวิจัย ซึ่งการศึกษาคั้งนี้แบ่งออกเป็นทั้งหมด 2 ระยะ ระยะที่ 1 คือการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential design) เพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง ส่วนระยะที่ 2 เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก (The embedded design) ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพสอดแทรกอยู่ในการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งเป็นวิธีวิจัยหลัก การวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม

ระยะที่ 1 การวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential mixed methods design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้เป็นผู้ติดยาเสพติดหญิงที่บำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของสถาบันบำบัดยาเสพติด เนื่องจากการวิจัยระยะนี้แบ่งออกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนและตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอการเลือกตัวอย่างแยกตามระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่สถานบำบัดยาเสพติดงามตา (นามสมมติ) จำนวนทั้งหมด 13 คนที่มีพลังสุขภาพจิตสูง โดยผ่านขั้นตอนและเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนัดหมายติดต่อพบพยาบาลวิชาชีพประจำตึกในสถานบำบัดที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติดหญิง

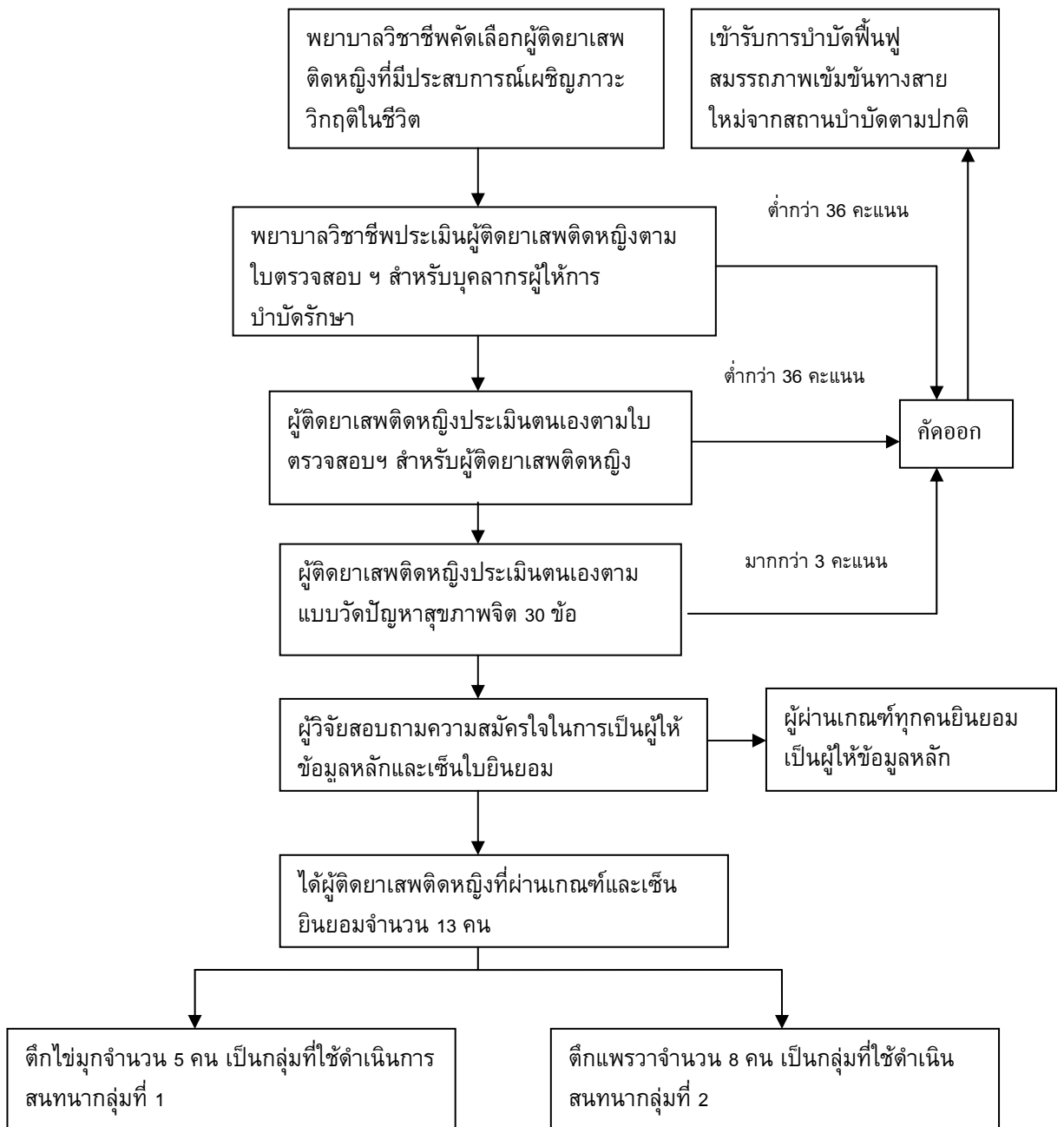
2. ขอให้พยาบาลคัดเลือกผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีประสบการณ์การเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตได้แก่ การถูกทารุณกรรมทางกาย ทางเพศ การทำแท้งเนื่องจากการตั้งครรภ์โดยมิได้ตั้งใจ การขายบริการทางเพศเพื่อแลกกับการได้ยาเสพติด การถูกปฏิเสธหรือถูกขับจากครอบครัวหรือชุมชนเนื่องจากการใช้ยาเสพติด ข้อใดข้อหนึ่งซึ่งเป็นวิกฤติชีวิตที่พบในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรับการประเมินจากพยาบาลตามใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงสำหรับบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษา (รายละเอียดดังภาคผนวก) โดยใบตรวจสอบ

ดังกล่าว ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตโดยเน้นความหมายของพลังสุขภาพจิตในแง่ลักษณะเฉพาะ (Trait) คือคุณลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัวยุคชนรุ่นที่ติดตัวมา ทั้งนี้การขอให้พยาบาลกรอกใบตรวจสอบดังกล่าวเพื่อให้พยาบาลประเมินผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ตนเองดูแลตามความคิดของตนว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงคนใดมีพลังสุขภาพจิตสูงคือได้คะแนนรวมจากใบตรวจสอบดังกล่าวตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยรวมระดับมากขึ้นไป)

3. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นมาขอให้ทำใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงสำหรับผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นผู้กรอก (รายละเอียดตั้งภาคผนวก) คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป (ค่าเฉลี่ยรวมระดับมากขึ้นไป) และให้ทำแบบวัดปัญหาสุขภาพจิตแบบ 30 ข้อพร้อมด้วย (General Health Questionnaire: GHQ-30) (ธนา นิลชัยโกวิทย์: จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง: และชัชวาล ศิลปะกิจ. 2539) พิจารณาคัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนนซึ่งถือว่าไม่มีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์: จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง: และชัชวาล ศิลปะกิจ. 2539) โดยวัตถุประสงค์ของการให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงกรอกใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงประเมินตนเองว่ามีพลังสุขภาพจิตสูงหรือไม่ตามความหมายของพลังสุขภาพจิตที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Trait) ในขณะที่วัตถุประสงค์ของการกรอกแบบวัดปัญหาสุขภาพจิตเพื่อพิจารณาว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ภายหลังจากการเผชิญภาวะวิกฤติแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของพลังสุขภาพจิตในแง่ผลลัพธ์ (Outcome) ที่จะพิจารณาว่าผู้ใดเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตดีก็คือสามารถก้าวผ่านการเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตของตนแล้วปราศจากปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น การใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังกล่าวจะทำให้ผู้วิจัยได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีพลังสุขภาพจิตสูงทั้งในความหมายของลักษณะเฉพาะ (Trait) จากการประเมินด้วยใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงโดยบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาและผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นผู้กรอกเอง และพลังสุขภาพจิตในความหมายของผลลัพธ์ (Outcome) จากการประเมินด้วยแบบวัดปัญหาสุขภาพจิต

4. ผู้วิจัยสอบถามความเต็มใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 13 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่มทั้งหมด 2 กลุ่ม จากตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิงไข่มุก (นามสมมติ) จำนวน 5 คนเป็นกลุ่มที่ 1 และตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิงแพรวา (นามสมมติ) จำนวน 8 คนเป็นกลุ่มที่ 2 แต่ละกลุ่มจะดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้งโดยที่ทีมผู้วิจัยกลุ่มเดิมจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว จึงยุติการสนทนากลุ่ม การเลือกจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นจำนวน 13 คนโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 และ 8 คนนั้นถือว่ามีความเหมาะสมและไม่มากหรือน้อยจนเกินไปในการดำเนินการสนทนากลุ่มให้มีประสิทธิภาพ (ชาย โพธิ์สิตา. 2554) ซึ่งขั้นตอนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในส่วนของการทำสนทนากลุ่มเป็นดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในส่วนของการทำงานสนทนากลุ่ม

ตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 1 คือ ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในช่วงเดือนมกราคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2558 ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 161 คน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี 29 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 26 คนและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 36 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 252 คนสำหรับการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด ได้แก่ การวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) ด้วยวิธีพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การทดสอบค่า

ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค การทดสอบความเที่ยงตรงด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจำนวนตัวอย่างจะค่อนข้างน้อยสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเนื่องจากความจำกัดของจำนวนตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงในสถานบำบัดที่มีจำนวนไม่มากนัก ทว่าจำนวนตัวอย่างจำนวน 200 คนก็สามารถยอมรับว่าพอใช้ได้ (Fair) ในการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ (Comrey; & Lee. 1992)

การเข้าสู่สนาม (Field) ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้เลือกสถานบำบัดยาเสพติดดงามตาเพื่อเป็นสนามวิจัย เนื่องจากเป็นสถานบำบัดรักษาเก่าแก่ในด้านการบำบัดรักษายาเสพติดและมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจำนวนมาก ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการสถานบำบัดยาเสพติดดงามตาในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพประจำตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 2 ตึกคือตึกไข่มุกและตึกแพรวา โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้แนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ ในช่วงแรกนั้นผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยสอบถามถึงรูปแบบการดูแลรักษา ระบบการทำงานกับเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัดของทั้งสองตึกรวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของตึกเพื่อแนะนำตัวเองกับผู้ติดยาเสพติดหญิงในกลุ่มประชุมเช้า (Morning meeting) โดยทำการแนะนำตนเองว่าเป็นนักจิตวิทยาที่มาทำการศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของน้องๆ ในสถานบำบัด มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับน้องผู้ติดยาเสพติดหญิงในหน่วยงานบำบัดต่างๆ (Work therapy) สார்วจพื้นที่ จดบันทึกในสมุดหรือบันทึกเสียงตนเองในเครื่องอัดเสียงถึงสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตรวมถึงข้อมูลที่เกิดจากการสนทนาแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิง ทั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักดีว่า ความรู้สึก ความคิดความเชื่อเดิมและอคติของผู้วิจัยมีผลต่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในการศึกษาผู้ติดยาเสพติดหญิง ดังนั้นผู้วิจัยจะทำการบันทึกเหตุการณ์ ความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ผู้วิจัยคิดและพูดขึ้นมาตลอดช่วงเวลาของการลงสนามเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพภายใต้การดูแลของการอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความชำนาญในวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ด้านพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงได้อย่างครอบคลุมและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพจำนวน 2 สัปดาห์ จากนั้นได้ทำการปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่ให้การบำบัดรักษาถึงผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความเหมาะสมกับหัวข้อการวิจัยร่วมกับพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักข้างต้น เมื่อผู้วิจัยได้จำนวนผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าไปสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) เพื่อสร้างความคุ้นเคยด้วยการพูดคุยแบบรายบุคคลจนกระทั่งผู้ติดยาเสพติดหญิงมีความไว้วางใจ ดำเนินการสอบถามประวัติเบื้องต้นรวมทั้งความยินยอมที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มหรือไม่โดยไม่มีภาระผูกพันหรือบังคับบีบบังคับใจ หากผู้

ติดยาเสพติดหญิงยินยอม ผู้วิจัยก็จะทำการนัดหมายวันเวลาและสถานที่สำหรับการทำสนทนากลุ่ม โดยได้ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยจากทั้งสองตีกรวมจำนวนทั้งสิ้น 13 คน รวมจำนวนระยะเวลาของการดำเนินการภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 4 เดือนซึ่งเป็นระยะเวลานานเพียงพอ (Prolonged engagement) ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Credibility) (Lincoln; & Guba. 1985; Shenton. 2004)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในขั้นต้นได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง จากนั้นนำแนวคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจพิจารณาแก้ไข และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการพิจารณาเค้าโครงปริญญาโทก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยใช้เป็นดังนี้

ตัวอย่างคำถามเพื่อการสนทนากลุ่ม

1. คำถามเพื่อพิจารณาบริบทของการเกิดพลังสุขภาพจิต
 - ขอให้คุณลองยกตัวอย่างภาวะวิกฤตหรือปัญหาในชีวิตที่คุณเคยเผชิญมาซัก 1-2 ปัญหาได้ไหมคะ เหตุการณ์ในตอนนั้นเป็นอย่างไร มันมีอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง
 2. คำถามเพื่อพิจารณากระบวนการการเกิดพลังสุขภาพจิต
 - 2.1 ในช่วงเวลาของชีวิตคุณที่ต้องเจอกับภาวะวิกฤติหรือปัญหาที่หนักหน่วงในชีวิตนั้น คุณก้าวผ่านปัญหาเหล่านั้นมาได้อย่างไร ลองเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไหมคะ
 - 2.2 มีปัจจัยอะไรที่สามารถช่วยคุณได้บ้างในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต
- คำถามชักต่อเนื่อง (Probe)
- 2.2.1 มีปัจจัยหรือคุณลักษณะภายในตัวคุณหรือไม่ที่ทำให้คุณสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตหรืออุปสรรคในชีวิต หากมีปัจจัยหรือคุณลักษณะภายในตัวคุณจริง กรุณาขยายความเพิ่มเติม
 - 2.2.2 มีปัจจัยหรือคุณลักษณะด้านครอบครัวและชุมชนหรือไม่ที่ทำให้คุณสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตหรืออุปสรรคในชีวิต หากมีปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชนจริง กรุณาขยายความเพิ่มเติม

ทั้งนี้ข้อคำถามดังกล่าวเป็นเพียงแนวคำถามกว้าง ๆ เท่านั้น ผู้วิจัยสามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของการสนทนา อาจมีการพิจารณาเลือกใช้คำถามซ้ำต่อเนื่องตามความเหมาะสมเมื่อพิจารณาเห็นว่าการใช้คำถามนั้นจะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์และพลวัตของการเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดได้กว้างขวางลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงการใช้คำถามชี้นำโดยเฉพาะช่วงเริ่มต้นของการสนทนากลุ่ม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อคำถามจะมาจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตแต่ผู้วิจัยจะไม่นำทฤษฎีเหล่านั้นมาครอบงำหรือตัดสินปรากฏการณ์ที่อยู่ในสนามการวิจัยแต่จะใช้คำถามเป็นแนวทางเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดข้อมูลผุดขึ้นเอง (Emergent fact) จากการสนทนาอภิปรายโต้ตอบของสมาชิกกลุ่มเป็นหลักเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

2. ตัวผู้วิจัย ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพและการเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่มเพื่อเป็นพื้นฐานของการดำเนินการวิจัยและการเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม

3. ผู้จัดบันทึกการสนทนา ได้แก่ ผู้ที่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการสนทนากลุ่มทำหน้าที่จัดบันทึกใจความสำคัญ สื่อนำ พฤติกรรมและแผนผังการนั่งของผู้พูดในกลุ่มเพื่อประโยชน์ในการถอดเทป

4. ผู้อำนวยการความสะดวกและผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่ม ทำหน้าที่คอยดูแลและอำนวยความสะดวกแก่การดำเนินการสนทนากลุ่มทั้งในด้านการเตรียมของว่าง อาหารและคอยดูแลมิให้การสนทนากลุ่มถูกรบกวนจากบุคคลภายนอกรวมทั้งอาจช่วยถามคำถามต่อเนื่องในประเด็นที่ผู้นำการสนทนากลุ่มตกหล่นเพื่อให้ได้ประเด็นในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ได้ชัดเจนมากขึ้น

5. เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่อง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Lincoln; & Guba. 1985; Shenton. 2004) ดังต่อไปนี้

1. ความถูกต้องของข้อมูล (Credibility) คือ การแสดงความสามารถที่จะยืนยันว่าขั้นตอนและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษามีความถูกต้องเชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพภาคสนามเป็นระยะเวลานานเพียงพอคือ 4 เดือนเพื่อให้ผู้วิจัยเรียนรู้ เข้าใจบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาในทุกแง่มุมที่เกี่ยวข้อง (Prolonged engagement) ใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้เป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย หัวข้อหลักและหัวข้อย่อย มาให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องว่าตรงกับการรับรู้หรือประสบการณ์หรือไม่และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนเซ็นกำกับหากเห็นว่าถูกต้องครบถ้วน การตรวจสอบความถูกต้องจะมีจำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือ ขณะที่ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจาก

การวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนากลุ่มครั้งแรกไปด้วย ในขณะที่การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลครั้งที่ 2 คือภายหลังการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มจากทั้งสองกลุ่มว่ามีความสอดคล้องตรงกันหรือไม่ (Data triangulation) มีการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการนำไปให้พยาบาลวิชาชีพประจำตึกที่มีประสบการณ์ให้การดูแลหรือบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวนมากกว่า 10 ปีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 2 คน และเซ็นกำกับหากเห็นว่าข้อมูลที่วิเคราะห์จากการสนทนากลุ่มตรงกับประสบการณ์ของตนในการรับรู้การเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง ในขณะเดียวกันก็มีการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) โดยมีผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่มที่มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่มร่วมด้วยเพื่อตรวจสอบและดำเนินการซักคำถามต่อเนื่องเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้วิจัยยังบกพร่องรวมทั้งร่วมทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้วิจัยหลักเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพจะอยู่ภายใต้การดูแลและการให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาาร่วมที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (Debriefing sessions between researcher and superiors) ซึ่งจะช่วยดูแลให้การดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือโดยผู้วิจัยจะทำการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในทุกระยะของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. การถ่ายโยงไปยังการศึกษาอื่น ๆ (Transferability) การวิจัยนี้มีได้มีจุดมุ่งหมายเพื่ออ้างอิงไปยังประชากร แต่ผู้ที่ต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ อาจนำไปอ้างอิงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบริบทใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ได้

3. ความไว้วางใจ (Dependability) หมายถึง การแสดงให้เห็นว่าข้อค้นพบที่ได้มีความคงที่สามารถกระทำซ้ำได้ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายถึงการทำวิจัยที่มีขั้นตอนชัดเจน สามารถตรวจสอบขั้นตอนการทำวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (In-depth methodological description) การหาหัวข้อหลัก ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก (Categories, Sub-theme and Theme) จะได้รับการตรวจสอบและยืนยันผลอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพรวมทั้งได้รับการตรวจสอบยืนยันผลจากการอภิปรายร่วมกันกับนักวิจัยเชิงคุณภาพอีก 2 ท่าน (Peer debriefing) ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกันเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

4. การยืนยันผล (Conformability) หมายถึง การยืนยันเพื่อแสดงความเป็นกลางของข้อค้นพบจากการวิจัยว่าเกิดจากตัวของผู้ให้ข้อมูล มิใช่เกิดจากอคติหรือประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยตรวจสอบได้โดยใช้การตรวจสอบร่องรอยการวิจัย (Audit trail) ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมหรือแสดงหลักฐานต่างๆที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการลงพื้นที่สนามในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม บันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม บันทึกการถอดเทปแบบคำต่อคำและอ่านซ้ำเพื่อให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งถึงความหมายและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักให้มากที่สุด การเสนอตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่างการบันทึกภาคสนาม (Field note) ในภาคผนวก โดยบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยได้จดบันทึกความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมทั้งของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และ

ตีความหมายของผลการวิจัยด้วย และมีบันทึกจุดยืนประสบการณ์ของผู้วิจัย (Researcher's stances) ในภาคผนวก การมีบันทึกภาคสนามและบันทึกจุดยืนประสบการณ์ของผู้วิจัยเนื่องจากผู้วิจัยตระหนักดีว่าความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์เดิมของตนเองมีผลต่อการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และตีความผลการวิจัยได้ ดังนั้นข้อมูลจากการบันทึกดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในขณะดำเนินการวิเคราะห์และตีความผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ ในส่วนของการนำเสนอข้อมูล ได้ใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยการอ้างคำพูดประกอบ (Quotation) แม้ว่าจะมีการตัดคำพูดบางส่วนไปก็เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจนขึ้น โดยต้องคงความหมายเดิมไว้ให้มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณได้แก่ แบบวัดพลังสุขภาพจิต โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สร้างนิยามปฏิบัติการของพลังสุขภาพจิตจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต (อิงควา โคตรนารา. 2553; Blissonette. 1998: Online; Grotberg. 1995; Stajduhar; et al. 2009) ในส่วนของการสร้างนิยามปฏิบัติการจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนเนื้อหาของประเด็นหลักที่ 2 (Theme) อันได้แก่เงื่อนไขการเกิดพลังสุขภาพจิต มาสร้างเป็นนิยามปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต นำประเด็นย่อย (Sub-theme) ทั้ง 3 ประเด็นมาพัฒนาเป็นองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิตอันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชน และนำข้อมูลที่เกิดจากการวิเคราะห์หัวข้อหลัก (Categories) มาสร้างเป็นองค์ประกอบย่อยของแบบวัด โดยเนื้อหาของข้อคำถามสังเคราะห์จากถ้อยคำของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Quotation)(Creswell; & Plano Clark. 2011)

2. พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตแบบมาตรวัด 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง และจริงที่สุด โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงประเมินตนเองเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของตนเองตามข้อคำถามแต่ละด้าน ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงการมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. นำแบบวัดที่สร้างไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทนั้น จากนั้นปรับปรุงแก้ไขก่อนส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาหรือพฤติกรรมศาสตร์และการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 5 คนเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำหรับระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นๆ บ่งชี้ถึงพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นๆ บ่งชี้ถึงพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นๆ ไม่ได้บ่งชี้ถึงพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง

4. ผู้วิจัยนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-operational definition congruence: IOC) ระหว่างข้อความกับนิยามปฏิบัติการโดยข้อความทั้งหมดจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

5. ผู้วิจัยนำข้อความที่คัดเลือกแล้วไปทำการทดลองใช้กับตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิง ภายหลังจากที่ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลแล้ว ณ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์จำนวน 161 คน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานีจำนวน 29 คน โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ เชียงใหม่จำนวน 26 คนและโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่นจำนวน 36 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 252 คน จากนั้นพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) อาศัยเกณฑ์การมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .20 ขึ้นไปโดยจะตัดข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นออก

6. นำข้อความที่ผ่านเกณฑ์มาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second order confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง

7. หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient)

8. นำแบบวัดไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัด 3 ฉบับได้แก่ 1) แบบวัดสุขภาวะทางจิต (อรพินทร์ ชูชม; สุภาพร ณะชานันท์; และทัศนากทนต์. 2554) ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วยมาตร 5 ระดับได้แก่ จริง ค่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่จริงและไม่จริง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาเท่ากับ .94 และมีโครงสร้างของเนื้อหาคล้ายคลึงกับพลังสุขภาพจิต (Leontopoulou. 2006) 2) แบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหา (อรพินทร์ ชูชม; สุภาพร ณะชานันท์; และทัศนากทนต์. 2554) มีจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วยมาตร 5 ระดับได้แก่ จริง ค่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่จริงและไม่จริง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาเท่ากับ .94 และมีโครงสร้างของเนื้อหาใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตเช่นกัน (Werner. 1995) และ 3) แบบวัดเจตคติต่อการอ่าน (บุญตา นันทวกุล. 2546) มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วยมาตร 6 ระดับได้แก่ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริงและไม่จริงเลย มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาเท่ากับ .75 โดยแบบวัดฉบับนี้มีโครงสร้างของเนื้อหาแตกต่างกับพลังสุขภาพจิต วัตถุประสงค์ของการนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตมาหาความสัมพันธ์กับแบบวัดข้างต้นทั้ง 3 ฉบับเพื่อใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบลู่อเข้า (Convergent validity) และความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ของแบบวัดพลังสุขภาพจิต

9. ผู้วิจัยจะนำแบบวัดไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นแบบวัดตัวแปรตามของงานวิจัยที่ทดลองต่อไป (รายละเอียดผลการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตอยู่ในบทที่ 4)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยจะขอเสนอเฉพาะขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเท่านั้น ในส่วนของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นดังขั้นตอนในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ” ข้างต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. คัดเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่ตั้งไว้ โดยปรึกษากับพยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้รับการบำบัดยาเสพติดหญิงอันได้แก่ ตึกไข่มุกและตึกแพรวา จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าพบสมาชิกกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกแบบรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลส่วนตัวเบื้องต้น แนะนำทีมผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย บทบาทของสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัยและขออนุญาตให้ลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักการสนทนากลุ่ม จากนั้นก็ทำการนัดหมายวันเวลาที่จะทำการสนทนากลุ่ม

2. เมื่อถึงวันนัดหมาย ทีมผู้วิจัยอันประกอบด้วยตัวผู้วิจัย ผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่มและผู้อำนวยความสะดวก/ผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่มรวมทั้งสิ้น 3 คนไปทำการสนทนากลุ่มยังตึกผู้รับการบำบัดยาเสพติดหญิงทั้งสองตึกพร้อมด้วยเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่องและแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผ่านการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาเค้าโครงปริญญาโทแล้ว

3. เริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยในฐานะของผู้นำการสนทนากลุ่มจะสร้างบรรยากาศให้มีความกันเองด้วยการแนะนำตนเองและทีมผู้วิจัยอีกครั้ง ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม การดำเนินการสนทนากลุ่มจะแบ่งออกเป็นทั้งหมด 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การใช้กิจกรรมการละลายพฤติกรรมประมาณ 15 นาทีเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกผ่อนคลายปลอดภัยกับบรรยากาศของกลุ่มและยอมรับกลุ่มได้มากขึ้น โดยกิจกรรมละลายพฤติกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักคุ้นเคยกันมาก มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 การอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยจะขอให้สมาชิกหนึ่งเป็นวงกลมและถามตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มโดยเน้นที่คำถามในส่วนของวิกฤตชีวิตและกระบวนการของการเกิดพลังสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมตัวแทนของฉัน (Symbol of me) (แนวคำถามการสนทนากลุ่มข้อที่ 1 และ 2.1) เป้าหมายในขั้นนี้คือเพื่อสำรวจวิกฤตชีวิตและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างกว้างๆ ทั้งนี้ในขณะที่ดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยจะไม่

แสดงท่าทีเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสมาชิกกลุ่มรายใด แต่จะทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มได้พูดทุกคนในแต่ละประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยหยิบยกมา เอื้อให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันให้มากที่สุด นอกจากนี้ยังทำหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่ไม่ค่อยพูดให้มีโอกาสได้พูดมากยิ่งขึ้น แต่จะทำการตัดบทอย่างสุภาพในกรณีที่พบว่ามีสมาชิกกลุ่มบางคนที่พูดมากเกินไปและควบคุมตัดสินความคิดของสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ โดยจะเอื้อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนมีโอกาสดำเนินการพูดอย่างเท่าเทียมกัน ในส่วนของกิจกรรมตัวแทนของฉันทัน (Symbol of me) จะใช้กระดาษเปล่า ดินสอ ยางลบ สีไม้และสีเมจิก เพื่อให้สมาชิกกลุ่มวาดภาพที่แสดงถึงวิถีชีวิตหรือปัญหาชีวิตของตน โดยอาจจะวาดเป็นการอุปมาอุปไมยหรือวาดเป็นภาพเหตุการณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอตัวอย่างภาพของตน (Symbol of me) เป็นตัวอย่างเพื่อเป็นการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ซึ่งจะเอื้อให้สมาชิกกลุ่มไว้วางใจและกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวในชีวิตของตนมากยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อขอให้ขยายความ กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านวิถีชีวิตและกระบวนการของการเกิดพลังสุขภาพจิตภายหลังจากเกิดภาวะวิกฤตินั้น ซึ่งกิจกรรมตัวแทนของฉันทันได้เอื้อให้สมาชิกที่ไม่กล้าแสดงออก หรือมีปัญหากลัวการพูด ได้ใช้เป็นสื่อเพื่อถ่ายทอดเรื่องราวและกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิตในชีวิตของตนได้ง่ายขึ้นและเห็นภาพชัดเจนจากภาพวาดประกอบ โดยผู้วิจัยได้หยิบยกประเด็นต่างๆจากภาพมาแลกเปลี่ยนอภิปรายกับสมาชิกกลุ่มเพื่อให้เกิดความกระจ่างและสัมผัสกันในบริบทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงให้มากขึ้นได้อีกด้วย

การดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งไม่เกิน 2 ชั่วโมงจากนั้นทีมผู้วิจัยจะจัดเลี้ยงอาหารหรือขนมเพื่อเป็นการตอบแทนแก่สมาชิกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และทำการนัดหมายวันเวลาที่จะดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งต่อไปให้มีระยะเวลาห่างจากครั้งแรกประมาณ 2 สัปดาห์

4. ภายหลังจากดำเนินการสนทนากลุ่ม ทีมผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทันทีในวันที่ทำการสนทนากลุ่มอย่างคร่าว ๆ เพื่อมิให้หลงลืมข้อมูลหากทำการวิเคราะห์ข้อมูลในวันหลัง จากนั้นจึงทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียดด้วยการหาประเด็นย่อยและหาหัวข้อหลัก และนำมาพิจารณาร่วมกันกับทีมผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพว่ายังขาดข้อมูลสำคัญในเรื่องใดอีกบ้างเพื่อที่จะทำการสอบถามเพิ่มเติมในการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

5. ดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่สอง ผู้วิจัยและทีมเดิมนัดดำเนินการสนทนากลุ่มกับสมาชิกกลุ่มเดิมตามวันเวลาที่นัดหมาย และทำการสนทนากลุ่มโดยเน้นให้กลุ่มอภิปรายในประเด็นที่ทีมผู้วิจัยยังต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการหาประเด็นย่อยและหาหัวข้อหลักซึ่งทีมผู้วิจัยได้ทำไว้ก่อนไปให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล (Member checking) จากนั้นจึงมาทำการปรับแก้ข้อมูลในภายหลัง โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินการสนทนากลุ่มรวมทั้งสิ้นประมาณ 2 ชั่วโมง ภายหลังจากเสร็จสิ้นแล้ว ทีมผู้วิจัยจะทำการนัดหมายสมาชิกกลุ่มเพื่อทำการสนทนากลุ่มครั้งต่อไปซึ่งห่างจากครั้งที่สองประมาณ 2 สัปดาห์และจัดเลี้ยงอาหารหรือขนมเพื่อตอบแทนสมาชิกกลุ่ม

6. ภายหลังจากดำเนินการสนทนากลุ่ม ทีมผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างคร่าว ๆ ทั้งนี้ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากถอดเทปโดยละเอียดและพิจารณาร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีควมอึดตัว และวางแผนการพบกับสมาชิกกลุ่มในครั้งหน้าเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์แล้วเท่านั้น

7. ดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่สามตามวันเวลาที่ได้นัดหมายร่วมกับทีมผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มชุดเดิม โดยครั้งนี้เน้นให้กลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยได้ขอให้สมาชิกกลุ่มมีการเซ็นกำกับหากเห็นชอบ โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมง จากนั้นก็ทำการจัดเลี้ยงอาหารหรือขนมเพื่อตอบแทนสมาชิกกลุ่ม

8. ภายหลังจากดำเนินการสนทนากลุ่ม ทีมผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลทันทีในวันนั้น เพื่อหาประเด็นย่อยและหาหัวข้อหลัก (Categories and sub-theme) อย่างคร่าว ๆ จากนั้นจึงทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียดด้วยการหาประเด็นหลัก (Theme) ประเด็นย่อย (Sub-theme) หัวข้อหลัก (Categories) และหัวข้อย่อย (Sub-categories) ที่ได้จากการสนทนากลุ่มและทำการพิจารณาร่วมกันกับทีมผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จากนั้นจึงนำประเด็นและหัวข้อที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตต่อไป สามารถสรุปจำนวนครั้งที่ทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดย 2 ครั้งแรกเป็นการเป็นเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แต่ครั้งที่ 3 นั้นเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียว

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยให้กับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เดิมคือสถาบันธัญญารักษ์) เพื่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยทำหนังสือจากสถาบันวิจัยพฤตินกรรมศาสตร์ไปที่สถานบำบัดยาเสพติดงามตา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ที่ดูแลศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ทั้งนี้จะแนบเอกสารโครงร่างงานวิจัยพร้อมหนังสือผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย โดยผู้วิจัยจะทำการขอผู้ให้ข้อมูลหลักจากสถานบำบัดยาเสพติดงามตาในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพ ในขณะที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ผู้วิจัยจะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยระยะที่ 1 เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพลังสุขภาพจิตเท่านั้น

3. ทำการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพดังที่กล่าวมาแล้วในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ มาการผสมเข้ากับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงในการสร้างนิยามปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต

5. ผู้วิจัยนำข้อคำถามจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ได้ไปทำการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดตามขั้นตอนของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น รวมทั้งออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการให้สอดคล้องกับความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตซึ่งได้จากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 นั้นสามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. นำข้อมูลที่ได้มาทำการถอดเทปโดยเป็นการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรและมีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด (Conformability)

2. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุมาน (Deductive methods) (ชาย โพรสิตดา. 2554) โดยเริ่มต้นด้วยการตั้งประเด็นหลัก (Theme) จากคำถามการวิจัย (ภาวะวิกฤติและเงื่อนไขในการเกิดพลังสุขภาพจิต) จากนั้นตั้งประเด็นย่อย (Sub-theme) ไว้อย่างคร่าว ๆ จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนต่อการเกิดพลังสุขภาพจิต) ทำการค้นหารวบรวมหัวข้อหลัก (Categories) และหัวข้อย่อย (Sub-categories) และจัดกลุ่มตามประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นยืนยันความน่าเชื่อถือหรือตรวจสอบขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบจากนักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 คนเพื่ออ่าน (Peer debriefing) บทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Script) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลชุดเดียวกันต่างหาก และนำมาเปรียบเทียบดูความสอดคล้องหรือแตกต่างในการวิเคราะห์ข้อมูล หากมีความขัดแย้งกัน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลอีก 2 คนจะร่วมกันพิจารณาเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกันโดยผ่านการเห็นชอบจากทุกฝ่ายโดยอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทร่วมที่มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยไม่นำไปอ้างอิงยังประชากร (Transferability) หากแต่ใช้อ้างอิงได้ในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มที่ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้สูตรคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา และการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองด้วยโปรแกรม LISREL version 8.72

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดพลังสุขภาพจิต

ปัจจัยบุคคล

ฉันเป็นคนที่อดทนสูงต่อความยากลำบากในชีวิต

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

ปัจจัยครอบครัว

ฉันสัมผัสได้ถึงความรักความอบอุ่นที่ครอบครัวมอบให้กับฉัน

.....

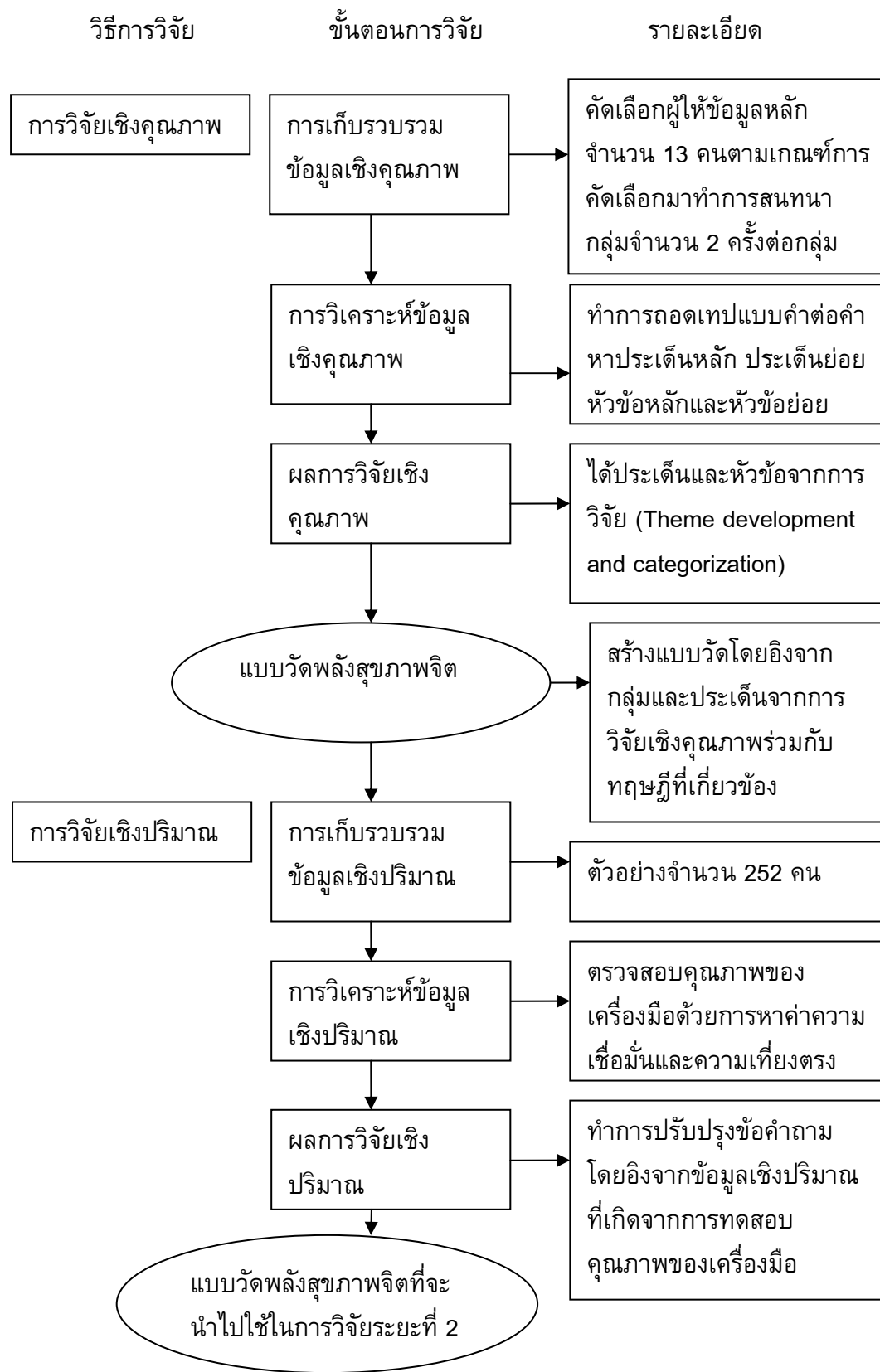
ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

ปัจจัยชุมชน

กลุ่มบำบัดต่างๆที่ฉันได้ใช้เวลาร่วมกับเพื่อนสมาชิกช่วยเยียวยาบาดแผลในจิตใจของฉันได้

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด



ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยาะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณเพื่อสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิต

ระยะที่ 2 การวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก (The embedded mixed methods design)

แบบแผนการวิจัยที่ใช้ในระยะที่ 2 คือ การวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรกที่เน้นให้ความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งในการศึกษานี้คือการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีการวัดก่อนหลังร่วมกับมีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental design that use control groups and pretest) และมีการวัดซ้ำเพื่อติดตามผล (Repeated measured) (องอาจ นัยวัฒน์. 2554; Kirk. 2013; Shadish; Cook; & Campbell. 2001) นอกจากนี้ได้ทำการสอดแทรกวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการศึกษารายกรณี (Case study) และการบันทึกอนุทิน (Diaries) เพื่อใช้ในการช่วยอธิบายผลจากการวิจัยเชิงปริมาณให้ชัดเจน ลุ่มลึกมากขึ้น ในส่วนของการวิจัยกึ่งทดลองนั้นเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรจัดประเภทคือการรับรู้การถูกตีตราสูงและต่ำ ตัวแปรจัดกระทำคือการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ตัวแปรตามภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลซึ่งหมายถึงภายหลังสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะเวลา 1 เดือนคือพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด แบบแผนของการวิจัยกึ่งทดลองเป็นดังตาราง 2

ตาราง 2 แบบแผนของการวิจัยกึ่งทดลอง

E	O ₁	X	O ₂	O ₃
C	O ₁	-	O ₂	O ₃

ความหมายของสัญลักษณ์

E แทน กลุ่มทดลอง (Experimental group)

C แทน กลุ่มควบคุม (Control group)

O แทน การทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest: O₁) หลังการทดลอง (Posttest: O₂) และการติดตามผล (Follow up: O₃)

X แทน การจัดกระทำ (Treatment) โดยการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ของสถานบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการแต่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) รวมทั้งเฝ้าความรู้ด้านพลังสุขภาพจิตสำหรับศึกษาด้วยตนเองเท่านั้น

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ในส่วนของการวิจัยแบบกึ่งทดลองคือ ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่สถานบำบัดยาเสพติดดงามตาทั้งหมดและคัดเลือกตัวอย่างจำนวน 32 คนซึ่งเข้าเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

1. เป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 – 45 ปี
2. เป็นผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดแอมเฟตามีนและไม่มีภาวะการถอนสารเสพติดจากการวินิจฉัยของแพทย์

3. เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพในโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) โดยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นครั้งแรก

4. มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมเป็นตัวอย่างตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูลวิจัย
- ขั้นตอนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ข้อมาทั้งหมด 32 คน

2. จับคู่ตัวอย่างที่มีคะแนนรวมจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตใกล้เคียงกันร่วมกับพิจารณาจับคู่ตัวอย่างที่มีคะแนนรวมจากแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราสูงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของแบบวัดจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตใกล้เคียงกันและคะแนนจากแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราซึ่งสูงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

3. พิจารณาเลือกตัวอย่างจากรยะเวลา (จำนวนสัปดาห์) ในการเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ร่วมด้วยในการเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ที่แตกต่างกัน

4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มละ 16 คน ในกรณีของกลุ่มทดลองถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 คน โดยในแต่ละกลุ่มย่อยจะได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยผู้วิจัยเหมือนกันเนื่องจากจำนวนผู้รับบริการในการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่เกิน 10 คนต่อผู้นำกลุ่ม 1 คน (คมเพชร ฉัตรสกุล. 2547: 99-100; Hansen; et al. 1980: 477; Jacobb; Masson; & Harvill. 2002: 40) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาจำนวนผู้รับบริการเท่ากับ 8 คนต่อผู้นำกลุ่มจำนวน 1 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*power 3.0 (Erdfelder; Faul; & Buchner. 2007) ในการคำนวณ เลือกรูปแบบทดสอบ F ในสถิติ Manova: repeated measures, within-between interaction โดยอ้างอิงขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ของไพลิน ลิ้มวัฒนชัย (2556) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวทแยงเพื่อทดสอบความสอดคล้องกลมกลืนในตนเองของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยซึ่งคำนวณขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 14.08 ผู้วิจัยได้นำขนาดอิทธิพลจากการวิจัยดังกล่าวมาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยตั้งระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้จำนวนขนาดตัวอย่างเท่ากับ 6 คน แต่เพื่อให้งานวิจัยมีจำนวนตัวอย่างที่สูงขึ้นเพื่อให้สามารถอธิบายการอ้างอิงไปสู่ประชากรได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างทั้งหมด 32 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คนและกลุ่มควบคุม 16 คน

รายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงได้ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนตัวอย่างและการจัดเข้ากลุ่ม

ตัวอย่าง	การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ			รวม
	กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มควบคุม	
การรับรู้การถูกตีตราสูง	4	4	8	16
การรับรู้การถูกตีตราต่ำ	4	4	8	16
รวม	8	8	16	32

ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการศึกษาแบบรายกรณี (Case study) คือคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างแบบรายบุคคล (Semi structure in-depth interview) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ว่ามีคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดภายหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ากลุ่ม โดยเลือกจากกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 2 คนรวมแล้วมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 4 คน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการศึกษารายกรณี (Creswell. 2013) โดยผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกนั้นจะเป็นผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมจากนักวิจัย มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและด้านจิตวิทยาการศึกษาในการทำการสัมภาษณ์เพื่อป้องกันอคติทั้งจากผู้ให้ข้อมูลหลักและจากตัวผู้วิจัยเอง นอกจากนี้ยังศึกษาจากผลการบันทึกอนุทิน (Diaries) จากสมาชิกกลุ่มทดลองทั้ง 16 คนเพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงตนเองด้านพลังสุขภาพจิตในช่วงระหว่างและภายหลังการเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการร่วมด้วย ทั้งนี้ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกอนุทินจะนำมาใช้เพื่อประกอบและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้อย่างลุ่มลึกและรอบด้านมากขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งออกเป็น 3 แบบคือ 1) ตัวผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือวิจัย 2) กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม 3) แบบวัดซึ่งแบ่งออกเป็น 3 แบบวัดคือแบบวัดพลังสุขภาพจิตซึ่งถูกพัฒนามาจากการวิจัยผลสามวิธีในระยะที่ 1 แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดและแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยเท่านั้น โดยรายละเอียดเป็นดังนี้

1. ตัวผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือวิจัยนั้นถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญมากที่สุดในการดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อให้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยมีการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการวิจัยดังนี้

1.1 ในระดับปริญญาโท ผู้วิจัยจบการศึกษาด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ได้ผ่านการลงเรียนในวิชาการปรึกษาและการบำบัดคู่สมรส โดยเน้นทฤษฎีด้านซาเทียร์ สอนโดยรองศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา กิตติวิภาต

1.2 ผู้วิจัยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเกียรติบัตร 1 ปีด้านการช่วยเหลือตามแนวคิดซาเทียร์ร่วมกับแนวคิดของเกสตัลท์และจุงโดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลและเครือข่ายซาเทียร์ระดับโลก (Satir global network) ฝึกอบรมโดยทีม ดร.ลอร่า ดอดสัน อาจารย์มอรีน เกรฟ (Dr.Laura dodson and Maureen graves) อดีตประธานเครือข่ายซาเทียร์ระดับโลกและรองศาสตราจารย์ดร.ทิพาวดี เอมมะวรรณะในปีพ.ศ. 2554-2555

1.3 ผู้วิจัยผ่านการเข้าร่วมการอบรมครบถ้วนบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์จำนวน 5 วัน ทั้งหมด 2 ครั้งในปีพ.ศ. 2553-2554 ฝึกอบรมโดยพญ.สมรภัท ชูวานิชวงศ์ จากโรงพยาบาลศรีธัญญา

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติการปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีซาเทียร์ทั้งในการช่วยเหลือรายบุคคลและกลุ่มในผู้ป่วยทางจิตเวชและนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

2. กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการนั้นมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมทั้งในและต่างประเทศ

2.2 สร้างกรอบแนวคิดการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการบูรณาการ (Assimilative integration) ตามแนวคิดของ เมสเซอร์ (Messer. 2001) โดยเลือกใช้ทฤษฎีของซาเทียร์เป็นแนวคิดทฤษฎีหลักในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มทั้งหมดและจะมีการเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีซาเทียร์ทั้ง 3 ขั้นตอนของการปรึกษาทั้งในขั้นเริ่มต้น ขั้นการเปลี่ยนแปลงและขั้นยุติ ในขณะที่จะมีการหยิบยกเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์และสตรีนิยมมาใช้ร่วมกันกับเทคนิคของซาเทียร์เฉพาะในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงเพียงขั้นตอนเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้เทคนิคใดเทคนิค

หนึ่งขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผู้นำกลุ่มในการใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับตัวผู้รับบริการและกระแสกลุ่มขณะทำการให้การปรึกษาทางจิตวิทยาโดยรายละเอียดของทั้ง 3 ขั้นตอนเป็นดังต่อไปนี้ (Loesch. 1998)

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้น เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งในตัวผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม มีการอธิบายกฎเกณฑ์เบื้องต้นของการเป็นสมาชิกกลุ่ม การสำรวจความคาดหวัง สร้างความเชื่อมโยงทางจิตใจ (Making contact) ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับทรัพยากรภายในใจตนเอง (Resources) ผู้นำกลุ่มจะเอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีการตระหนักรู้ในตนเองให้มากขึ้นโดยเฉพาะอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งทรัพยากรทางบวกภายในตนเอง การเชื่อมโยงและการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงทรัพยากรด้านบวกของตนเองจะทำให้ผู้รับบริการมีความกล้าที่จะเปิดเผยถึงเรื่องราวความเจ็บปวดในชีวิตในขั้นการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์จากกลุ่มได้มากขึ้น เทคนิคหลักที่ใช้ในขั้นตอนนี้จะเป็นเทคนิคตามแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาของซาเทียร์เท่านั้น กระบวนการหลักได้แก่ การสร้างความเชื่อมโยง การยืนยันบุคคลและการเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ โดยแต่ละกระบวนการสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. การสร้างความเชื่อมโยง หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพในระดับที่เข้าใจลึกซึ้งระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก ซาเทียร์เชื่อว่าขั้นตอนนี้ถือว่าสำคัญมากที่สุดในการช่วยเหลือผู้รับบริการ เทคนิคที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่

1.1 การเข้าถึง (Reaching out) คือ การที่ผู้นำกลุ่มใช้จิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณในการเชื่อมโยงกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้าไม่ว่าจะเป็นการใช้ร่างกายสัมผัส สายตาที่อ่อนโยน สีหน้าที่ยิ้มแย้มอบอุ่นจริงใจและน้ำเสียงที่สื่อถึงความรู้สึกต้อนรับ เป็นต้น

1.2 การใส่ใจ (Attending) หมายถึงการจดจอบุคคลโดยให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้บุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น ฟังอย่างตั้งใจทั้งน้ำเสียงและการเลือกใช้คำเพื่อสื่อถึงตัวตนของสมาชิกกลุ่ม

1.3 การสังเกต (Observing) นอกจากที่ผู้นำกลุ่มจะให้การใส่ใจแล้วยังต้องทำการสังเกตภาษาท่าทางกายของสมาชิกอื่นได้แก่ แววตา สีหน้า อัตรการหายใจและความลึกของการหายใจ ท่าทาง ระยะห่างที่สมาชิกกลุ่มนั่งหรือยืนห่างจากผู้นำกลุ่ม น้ำเสียง ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ทรัพยากรของสมาชิกกลุ่ม การรับรู้คุณค่า รูปแบบการสื่อสาร การยอมรับตนเองและผู้อื่น กฎครอบครัว ความคาดหวังในตนเองและผู้อื่นซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือในระยะต่อไป

2. การยืนยันบุคคล (Validation) ผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าคุณค่าสามารถยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตัวอย่างเทคนิคที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่

2.1 การทำให้เกิดความหวัง (Engendering hope) ผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกเกิดความหวังว่าพวกเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

2.2 การยืนยันทรัพยากร (Affirming resources) ผู้นำกลุ่มเชื่อว่าทุกคนมีทรัพยากรทางบวกในตนเองที่จะใช้ในการปรับตัว ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะค้นหาทรัพยากรเหล่านั้นในตัวสมาชิกกลุ่มและหยิบยกออกมาเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักรู้ถึงทรัพยากรในตนเองเหล่านั้น

2.3 การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ (Normalization) ผู้นำกลุ่มจะเพิ่มคุณค่าของสมาชิกกลุ่มด้วยการทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกแปลกแยกที่ตนเองมีปัญหาในการปรับตัว แต่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่สามารถพบได้ในบุคคลอื่น ๆ และเป็นปัญหาพื้นฐานของมนุษย์

2.4 การสะท้อน (Reflecting) ผู้นำกลุ่มจะกล่าวทบทวนเพื่อสรุปสิ่งที่ได้ยินจากสมาชิกกลุ่มเป็นการสะท้อนความรู้สึกและความคิดของสมาชิกกลุ่มเป็นระยะเพื่อเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนมีคนที่น่าสนใจและได้ยินเสียงหัวใจของเขา

2.5 การทำให้กระจ่าง (Clarifying) ผู้นำกลุ่มจะใช้การถามขยายความเพื่อที่จะให้เกิดความเข้าใจในตัวของสมาชิกกลุ่มมากยิ่งขึ้น

3. การเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ (Facilitating awareness) คือการทำให้สมาชิกกลุ่มมีการตระหนักรู้ถึงทรัพยากรทางบวกในระดับลึกและทราบถึงรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนั้นยังสามารถใช้ประโยชน์จากบุคลิกภาพบางส่วนที่ตนเองปฏิเสธหรือปกปิดไว้มาใช้ในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การทำให้เกิดการตระหนักรู้นั้นจะใช้กิจกรรมต่าง ๆ เป็นสื่ออันได้แก่ กิจกรรมการนั่งสมาธิ ทรัพยากรของฉันและครอบครัวของฉัน

ขั้นที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของตนได้มากขึ้นเนื่องจากสามารถยอมรับกลุ่มและเกิดความรับผิดชอบในตนเองได้มากขึ้น ในขั้นนี้ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่รับฟัง สำรวจผลกระทบทางจิตใจและเอื้อให้เกิดการสัมผัสถึงประสบการณ์ภายใน มีการโต้แย้งถึงรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพ มีการนำเสนอทางเลือกใหม่ๆ ทั้งจากสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายและผูกมัดตนเองกับเป้าหมายนั้น จากนั้นก็เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในชั่วโมงการปรึกษาและนอกชั่วโมงการปรึกษาในรูปแบบการบ้าน ผ่านการใช้เทคนิคต่างๆ ของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมร่วมกัน นอกจากนั้นยังมีการตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นคงอยู่ได้มากขึ้น กระบวนการหลักที่ใช้ในขั้นตอนนี้คือ การทำให้สมาชิกกลุ่มรับผิดชอบต่อปัญหาตนเอง การทำทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การเสนอทางเลือกใหม่ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคย่อย ได้แก่ การสอนวิธีการสื่อสารอย่างสอดคล้อง การจินตนาการ การปั้นหุ่น นอกจากนั้นยังมีการเลือกใช้เทคนิคตามทฤษฎีของเกสตัลท์ ได้แก่ การเปลี่ยนภาษา การจินตนาการ การใช้เก้าอี้ที่วางเปล่า และเทคนิคตามทฤษฎีของสตรีนิยม ได้แก่ การวิเคราะห์บทบาททางเพศ การวิเคราะห์อำนาจ การสร้างพลัง การปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อลดการตีตรา การเลือกใช้เทคนิคใดเทคนิคหนึ่งขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้นำกลุ่มในการใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับตัวผู้รับบริการและกระแสนิยมขณะทำการให้การปรึกษาทางจิตวิทยา โดยกระบวนการในขั้นตอนนี้การเปลี่ยนแปลงสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. การทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรับผิดชอบต่อบัญหาของตนเอง (Inviting involvement & ownership) คือ การที่ผู้นำกลุ่มจะใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีความกล้าที่จะสำรวจปัญหาของตนเองในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้นและมีความรู้สึกผูกมัดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. การท้าทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Challenging dysfunctional patterns) ผู้นำกลุ่มจะทำการท้าทายโดยการตั้งคำถามถึงพฤติกรรม การรับรู้ ความคิดความเชื่อและความคาดหวังที่นำไปสู่การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพว่ายังคงจะยึดถือต่อไปหรือไม่ หากยังยึดถือต่อไปจะนำไปสู่ปัญหาใดได้บ้าง รวมทั้งมีการเชิญชวนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ ความคิดความเชื่อและความคาดหวังที่เหมาะสมในการปรับตัวกว่าเดิม

3. การเสนอทางเลือกใหม่ (Teaching new options) นอกจากผู้นำกลุ่มจะท้าทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมแต่ทว่ายังเสนอทางเลือกใหม่ที่นำไปสู่การปรับตัวไปอย่างมีประสิทธิภาพกว่าเดิม

ตัวอย่างเทคนิคสำคัญที่ใช้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงได้แก่

1. การสอนวิธีการสื่อสารอย่างสอดคล้องกลมกลืน (Modeling congruent communication) ผู้นำกลุ่มจะใช้ตนเองเป็นตัวอย่างในการสื่อสารอย่างสอดคล้องและให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติตาม จากนั้นก็อาจจะให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้การสื่อสารมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น

2. การจินตนาการ (Invoking imagery) ผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกกลุ่มใช้จินตนาการเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นโอกาสที่จะมีรูปแบบพฤติกรรมใหม่ๆ เช่น จินตนาการว่ากำลังมองเห็นตนเองในวัยเด็กที่กำลังถูกตำหนิตำหนิตาจากแม่ในฐานะของผู้ใหญ่คนหนึ่ง เพื่อให้สามารถเข้าไปปัญหาของตนเองจากมุมมองของคนภายนอกมากกว่าที่จะหมกมุ่นกับปัญหาของตนเองไปตลอด เป็นต้นหรือจินตนาการถึงตนเองในปัจจุบันและตนเองในอนาคตที่คาดหวังอยากให้เป็นไป นอกจากนั้นยังใช้ในการจินตนาการถึงผู้อื่น เทคนิคนี้จะใช้เพื่อสำรวจความคาดหวังต่อการช่วยเหลือหรือใช้ในการระบายความรู้สึกที่ค้างคั่งออกไปจากจิตใจและทำให้อยู่กับปัจจุบันได้มากขึ้น

3. การปั้นหุ่น (Sculpting) ผู้นำกลุ่มจะใช้การปั้นหุ่นซึ่งหุ่นก็อาจจะหมายถึงตัวสมาชิกกลุ่มเองหรือเพื่อนสมาชิกกลุ่มคนอื่น เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเห็นทางออกของปัญหาในแง่มุมมองใหม่ๆและเรียนรู้ที่จะมองปัญหาในแง่มุมมองอื่น

4. การเปลี่ยนภาษา เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดการตระหนักถึงความต้องการบางอย่างของตนที่มันแฝงเร้นอยู่ โดยเน้นให้พูดถึงความรู้สึกตนเองในปัจจุบันเพื่อให้สมาชิกกลุ่มอยู่กับปัจจุบันและสัมผัสกับประสบการณ์ในปัจจุบันให้มากที่สุด

5. การใช้เก้าอี้ที่วางเปล่า เป็นเทคนิคที่นิยมใช้ควบคู่กับการจินตนาการเพื่อใช้ระบายความรู้สึกที่ค้างคั่งและทำให้อยู่กับปัจจุบันได้มากขึ้น

6. การวิเคราะห์บทบาททางเพศ เทคนิคนี้จะทำการสำรวจถึงความคาดหวังที่สังคมมีต่อเพศจนส่งผลต่อความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนั้นการวิเคราะห์บทบาททางเพศยังนำไปสู่การมองเห็นตนเองใหม่และมีการแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคมที่ไม่ทำให้สมาชิกกลุ่มต้องเกิดความทุกข์

7. การวิเคราะห์อำนาจ เทคนิคนี้คล้ายคลึงกับการวิเคราะห์บทบาททางเพศแต่จะเน้นที่การวิเคราะห์อำนาจทางเพศที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงตามการให้คุณค่าของสังคม และให้การแทรกแซงถึงการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงคุณค่าตนเองและพลังในตนเอง ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะไม่มีผู้ชายอยู่ด้วย และสามารถตัดสินใจเลือกทางเดินในชีวิตได้ด้วยตนเองมากกว่าที่จะหาผู้ชายมาเป็นผู้ที่จะตัดสินใจแทนให้

8. การสร้างพลัง คือการตั้งคำถามให้สมาชิกกลุ่มเกิดการคิดได้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีคุณค่า มีศักยภาพ มีความสามารถ และเกิดความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของเพศหญิง

9. การปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อลดการตีตรา จะนิยมใช้ควบคู่กับเทคนิคอื่นๆ เช่น การวิเคราะห์อำนาจและบทบาททางเพศ เทคนิคนี้จะใช้คำพูดและใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มองเพศหญิงว่าด้อยกว่า ขาดความสามารถและขาดพลังอำนาจในการที่จะยืนหยัดด้วยตนเองได้

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติ เป็นขั้นสุดท้ายที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มร่วมกัน ผูกมัดตนเองกับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมเชิงบวกให้มากขึ้น เน้นการสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจซึ่งกันและกันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อไปแม้ว่าจะสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มแล้วและทำกิจกรรมอำลา กระบวนการหลักที่ใช้ได้แก่การชี้นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ การเน้นย้ำถึงทรัพยากรภายในและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง โดยเทคนิคทั้งสองนี้จะใช้ในกิจกรรมอำลา โดยอิงกับทฤษฎีการปรึกษาของซาเทียร์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. การชี้นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ คือ การสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มนำการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาการปรึกษาไปปฏิบัติจริงภายนอกกลุ่มในรูปแบบของการบ้าน มีการวางแผนขั้นตอนในการนำไปปฏิบัติจริง เช่น ไปสื่อสารอย่างสอดคล้องกับคนในครอบครัว เป็นต้น

2. การเน้นย้ำถึงทรัพยากรภายในและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง คือ การที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกช่วยกันตอบย้ำถึงทรัพยากรทางบวกในตัวสมาชิกกลุ่มแต่ละคนรวมทั้งเป้าหมายในทางปฏิบัติที่สมาชิกกลุ่มต้องการนำไปปฏิบัติจริงภายนอกกลุ่ม

สรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่มมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น เน้นที่ใช้ทฤษฎีของซาเทียร์เป็นหลัก มีเป้าหมายคือสร้างความเชื่อมโยง (Making contact) ทั้งระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สมาชิกกลุ่มกับผู้นำกลุ่ม และสร้างความเชื่อมโยงภายในตัวของสมาชิกกลุ่มกับทรัพยากรภายในใจของตนเอง ขั้นการเปลี่ยนแปลง เป้าหมายคือการเปลี่ยนแปลงสมาชิกกลุ่มทั้งระดับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการช่วยเหลือจากซาเทียร์ เกสตัลท์ และสตรีนิยม ขั้นยุติ เป้าหมายคือ การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องภายหลังกลุ่มสิ้นสุดลง เน้นที่ใช้ทฤษฎีของซาเทียร์เป็นหลัก

2.3 หากคุณภาพของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีและผลจากการวิจัยระยะที่ 1 จากนั้นขอให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่มีความชำนาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาแบบกลุ่มตรวจสอบความถูกต้องและคุณภาพของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ผู้วิจัยนำเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมไปปรับปรุงตามคำแนะนำและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านจิตวิทยาการปรึกษาแนวชาเทียร์และจิตวิทยาการปรึกษาแบบกลุ่มจำนวน 3 คนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ในส่วนของแนวคิดสำคัญ เทคนิคที่ใช้ วัตถุประสงค์และกระบวนการกลุ่ม โดยที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำหรับระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าเนื้อหาสอดคล้องตามทฤษฎี/กลุ่มตัวอย่าง

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าเนื้อหาสอดคล้องตามทฤษฎี/กลุ่มตัวอย่าง

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าเนื้อหาไม่สอดคล้องตามทฤษฎี/กลุ่มตัวอย่าง

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งผู้เชี่ยวชาญ "ทุกคน" เห็นชอบตรงกันว่ากระบวนการกลุ่มใน "ทุกหัวข้อ" มีเนื้อหาสอดคล้องตามทฤษฎี/กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ก่อนดำเนินการทดลองจริง (Pre-experimental design) กับผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ใช่ตัวอย่างในการวิจัยและเป็นผู้ติดยาเสพติดหญิงที่รับการบำบัดฟื้นฟูในสถาบันยาเสพติดงามตาจำนวน 7 คนโดยทำการทดลองในทุกกระบวนการของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่ออกแบบมาเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 4 วันตั้งแต่เวลา 9.00 -12.00 ในวันเสาร์และวันอาทิตย์ ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ภูมสร้างขึ้นก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้กระบวนการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs sign rank test เป็นดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดลองใช้กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs sign rank test

พลังสุขภาพจิต (ก่อน-หลัง) n = 7	Mean rank	Sum of ranks	Z	P-value
Negative Rank	4	28	2.366	.00*
Positive Rank	0	0		

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงภายหลังเข้าร่วมการทดลองใช้การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการพบว่า มีคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มว่ากระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการสามารถทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

มาปรับปรุงภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในด้านกระบวนการกลุ่มให้มีความกระชับตามเวลาที่กำหนดและมุ่งเน้นการพัฒนาพลังสุขภาพจิตมากขึ้น รวมทั้งปรับปรุงเนื้อหาในใบงานจากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยเฉพาะในเรื่องการศึกษาและอาชีพให้สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติดหญิง ก่อนนำไปใช้จริง โดยรายละเอียดของกระบวนการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่ทดลองใช้จริงในการศึกษาครั้งนี้มีรายละเอียดดังภาคผนวก

2.4 ทำการกำหนดเป็นรูปแบบการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการจำนวน 2 กลุ่มกลุ่มที่ 1 เข้าร่วมกลุ่มในวันเสาร์ซึ่งเป็นของตึกไข่มุก กลุ่มที่ 2 เข้าร่วมกลุ่มในวันอาทิตย์ซึ่งเป็นของตึกแพรวาโดยผู้นำกลุ่มคนเดียวกัน แต่ละกลุ่มจะใช้เวลาดำเนินกลุ่มจำนวน 4 วัน วันละ 6 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 9.00 – 16.00 รวมทั้งสิ้นทั้งกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 จะได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งหมด 24 ชั่วโมง รายละเอียดเวลาและหัวข้อของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเป็นดังตาราง 5

ตาราง 5 กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
ขั้นเริ่มต้น	เป้าหมาย	ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพและการให้ข้อมูล	เทคนิคที่ใช้ในขั้น
ช่วงที่ 1 วันที่ 1 เวลา 09.00 - 12.00	<p>1. เพื่อสร้างความเชื่อมโยงใน 2 ระดับคือระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการกับผู้รับบริการด้วยกันเพื่อให้ก้าวผ่านความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจากการเริ่มต้นกลุ่มและสามารถยอมรับตนเองและกลุ่มได้ในเบื้องต้น</p> <p>2. เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มสามารถสำรวจและตระหนักถึงตนเอง (Awareness) ได้ในเบื้องต้น</p> <p>แนวคิด</p> <p>ขั้นเริ่มต้นกลุ่มนี้ เน้นที่การสร้างเชื่อมโยง (Making contact) ของสมาชิกกลุ่ม ทั้งเชื่อมโยงภายในตนเอง (Internal world) เชื่อมโยงกับเพื่อนสมาชิกและกับผู้นำกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ เพราะสมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยไม่ไว้วางใจกลุ่มเพียงพอที่จะเปิดเผยตนเองออกมา ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องใช้กระบวนการต่างๆเพื่อเอื้อให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในกลุ่มให้มากที่สุดเพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในตนเองในระยะต่อมาของกลุ่มได้</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม แนะนำตนเองและขอให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวสั้นๆ</p> <p>2. อธิบายโครงสร้างการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม ข้อตกลงเบื้องต้น วัตถุประสงค์และเป้าหมาย การดำเนินกลุ่ม</p> <p>3. เชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มสำรวจความคาดหวังของตนเองต่อกลุ่มในเบื้องต้น</p> <p>4. ทำกิจกรรม “ดอกไม้แห่งการต้อนรับ” เพื่อให้สมาชิกได้แนะนำตนเองและเปิดเผยตนเองมากขึ้น</p> <p>5. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประโยชน์และโทษของการใช้ยาเสพติดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด</p> <p>6. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนสมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางบวกจากการเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัด</p>	<p>เริ่มต้นเป็นเทคนิคที่ใช้ในทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์ เป็นหลัก ได้แก่ การสังเกต การเข้าถึง การใส่ใจ การฟัง อย่างตั้งใจ การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ การชื่นชม การยืนยันรับรองถึงสิ่งดีงามในตน การสะท้อน การทำให้เกิดความกระจ่างเป็นต้น</p>

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
ขั้น	เป้าหมาย	ทรัพยากรของฉัน	
เริ่มต้น	1. เพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับโลกภายในจิตใจของผู้รับบริการให้	1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติสมาธิ	
ช่วงที่ 2	เกิดการตระหนักรู้ในตนเองได้โดยเฉพาะทรัพยากรทางบวกของ	เป็นเวลา 5 นาที	
วันที่ 1	ตนเอง	2. ทำกิจกรรม “ทรัพยากรของฉัน”	
เวลา	2. เกิดการตอกย้ำ (Anchoring) ภายในตนเองมากขึ้นถึงทรัพยากร	3. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยน	
13.00 –	ทางบวก	สิ่งที่สมาชิกเขียนไปในใบกิจกรรม “ทรัพยากรของ	
16.00	แนวคิด	ฉัน” โดยในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้มีการ	
	การเพิ่มความตระหนักรู้ (Facilitating awareness) เป็น	แลกเปลี่ยนมุมมองและทำให้มีปฏิสัมพันธ์กัน	
	เป้าหมายหนึ่งของการปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์ วิธีการที่	ระหว่างสมาชิกกลุ่มให้มากที่สุด	
	สำคัญคือการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มได้มองเห็นทรัพยากรทางบวก		
	(Resources) ที่เอื้อในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติในชีวิต อันได้แก่		
	คุณลักษณะภายในตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้สมาชิก		
	กลุ่มยอมรับตนเองและผู้อื่นได้มากขึ้น สามารถเข้าถึงแหล่งพลังงาน		
	ของชีวิตและจิตวิญญาณที่เป็นสากลภายในจิตใจ (Self) และทำให้		
	สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์จากกระบวนการกลุ่มในขั้นการเปลี่ยนแปลง		
	ได้มากขึ้นจนกระทั่งสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติชีวิตได้		

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
<p>ขั้นเริ่มต้น</p> <p>ช่วงที่ 3</p> <p>วันที่ 2</p> <p>เวลา 09.00 – 12.00</p>	<p>เป้าหมาย</p> <p>เอื้ออำนวยให้เกิดตระหนักและขอบคุณถึงทรัพยากรทางบวกในครอบครัว (Family resources) อันได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น ความผูกพันและประสบการณ์ทางบวกในครอบครัว</p> <p>ญาติมิตรและบรรพบุรุษที่เกื้อกูลให้บุคคลเติบโตได้อย่างปัจจุบันนี้ การรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นเป็นที่รักของครอบครัวและบุคคลรอบข้างนั้นจะทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้</p> <p>แนวคิด</p> <p>ตามแนวคิดของซาเทียร์นั้น พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการขัดเกลาหล่อหลอมและการเรียนรู้จากภายในครอบครัว เดิมทีให้การเลี้ยงดูบุคคลมา (Family of origin) การทำให้บุคคลตระหนักถึงสาเหตุด้านพฤติกรรมของตนเองที่เกิดจากครอบครัว จะทำให้บุคคลลดการกล่าวโทษตนเอง เกิดความขอบคุณถึงความรักความอบอุ่นในครอบครัว ญาติมิตรและบรรพบุรุษที่เกื้อกูลให้บุคคลเติบโตได้อย่างปัจจุบันนี้ และนำมาเป็นแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติดได้</p>	<p>ครอบครัวของฉัน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติสมาธิเป็นเวลา 5-10 นาที 2. ผู้นำกลุ่มสอบถามถึงประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้นภายหลังจากกลุ่มครั้งที่แล้ว 3. ทำกิจกรรม “ครอบครัวของฉัน” 	

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
<p>ขั้นการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ช่วงที่ 4 วันที่ 2 เวลา 13.00 – 16.00</p> <p>ช่วงที่ 5 วันที่ 3 เวลา 9.00 – 12.00</p>	<p>เป้าหมาย</p> <p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ย้อนกลับมาสำรวจชีวิตตนเอง เน้นในประสบการณ์ทางบวก แต่หากสมาชิกเปิดเผยถึงประสบการณ์ทางลบหรือปัญหาในชีวิต ผู้นำกลุ่มจะทำการรับฟังปัญหา สำรวจผลกระทบ (Impact) ตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง ผู้มีตัวตนเองกับการเปลี่ยนแปลงและทำการแทรกแซงปัญหา (Intervene) ของสมาชิกกลุ่มโดยเน้นให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และมีทิศทางในแง่บวก</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกที่ไม่ได้เป็นเจ้าของปัญหาได้สำรวจผลกระทบ (Impact) ที่มีต่อตัวเองและจัดการกับความขัดแย้งในจิตใจตนเองไปพร้อมๆกับการรับฟังประสบการณ์ของสมาชิกที่ถูกแทรกแซงด้วย นอกจากนั้นยังทำให้สมาชิกกลุ่มเจ้าของปัญหาที่ถูกแทรกแซงเกิดความรู้สึกว่าผู้อื่นก็มีประสบการณ์ที่คล้ายกันกับตนเอง ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก ยอมรับตนเองได้มากขึ้นและเห็นประโยชน์ของการได้ทบทวนชีวิตของตนเองเพื่อที่จะสามารถตัดสินใจใหม่ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น</p>	<p>ถนนชีวิต</p> <p>1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติสมาธิเป็นเวลา 5-10 นาที</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มสอบถามถึงประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้นภายหลังจากกลุ่มครั้งที่แล้ว</p> <p>3.. ทำกิจกรรม “ถนนชีวิต”</p>	<p>เทคนิคที่ใช้ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเป็นเทคนิคที่ใช้ในทฤษฎีการปรึกษาแนว”ซาเทียร์” ”เกสตัลท์”และ”สตรีนิยม” ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การเข้าถึง การใส่ใจ การฟังอย่างตั้งใจ การสำรวจอารมณ์ การรับรู้ ความคิด ความคาดหวังและสิ่งที่ไม่โยยหาตามกฎเขา น้ำแข็ง การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ การชื่นชม การยืนยันรับรองถึงสิ่งดีงามในตน</p>

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
	เป้าหมาย 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการต่อยอดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองให้มากขึ้นผ่านการบ้าน		การสะท้อน การทำให้ กระจ่าง การท้าทาย รูปแบบความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม การ ผูกมัดตนกับปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมอง การปั้นหุ่น การฝึกการ สื่อสารอย่างสอดคล้อง การจินตนาการ การใช้ เก้าอี้ที่วางเปล่า การ ชี้หน้า การเปลี่ยนภาษา การจินตนาการ การ วิเคราะห์บทบาททาง เพศ การวิเคราะห์ อำนาจ การสร้างพลัง หนังสือบำบัด การให้ การบ้าน เป็นต้น

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
ขั้นการเปลี่ยนแปลง ช่วงที่ 6 วันที่ 3 เวลา 13.00 – 16.00	เป้าหมาย 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงผลของการขัดเกลาทางสังคม เรื่องเพศที่มีต่อพฤติกรรมของผู้หญิง 2. สมาชิกกลุ่มสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนอนาคตของตนเอง ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นภายหลังจากออกจากสถานบำบัด 3. สมาชิกกลุ่มสามารถตระหนักรู้ถึงอุปสรรคสำคัญที่ทำให้กลับมา ใช้ยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ การกลับคบเพื่อนหรือคนรักที่ยังใช้ยาเสพติด รวมทั้งสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิเสธหรือออกห่างเพื่อนหรือคนรักที่ ยังใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ซ้ำได้ผ่านการแลกเปลี่ยน ข้อมูลกันภายในกลุ่ม แนวคิด การเอื้อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดการตระหนักรู้ผลการขัด เกลาทางสังคมเรื่องเพศ นำไปสู่การโต้แย้งความคิดความเชื่อที่ไม่ สมเหตุสมผลจากการรับรู้การถูกตีตราผ่านการวิเคราะห์บทบาท ทางเพศ การปรับเปลี่ยนมุมมองและการสร้างพลังจากอิทธิพลของ ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็ง เกิด การสนับสนุนระดับระบอบทางจิตใจซึ่งกันและกัน เรียนรู้วิธีการ จัดการกับปัญหาและนำไปใช้ในการก้าวผ่านความเจ็บปวดในชีวิตได้	ชีวิตของผึ้ง 1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติ สมมติเป็นเวลา 5-10 นาที 2. ผู้นำกลุ่มสอบถามถึงประสบการณ์ของ สมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้นภายหลังจากกลุ่มครั้งที่ แล้ว 3. ทำกิจกรรม “ชีวิตของผึ้ง”	

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
<p>ขั้นการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ช่วงที่ 7</p> <p>วันที่ 4</p> <p>เวลา 09.00 – 12.00</p>	<p>เป้าหมาย</p> <p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาต่อเนื่องและการประกอบอาชีพสุจริตที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบสารสนเทศใหม่เกี่ยวกับการศึกษาต่อและอาชีพ</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตั้งเป้าหมายด้านการศึกษาต่อและอาชีพได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง</p> <p>แนวคิด</p> <p>การช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น การมีโอกาสได้รับรู้ข้อสนเทศด้านอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้และสามารถตั้งเป้าหมายให้กับชีวิตในด้านการศึกษาและอาชีพ จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงลดโอกาสในการกลับมาเสพยาและเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีโอกาสได้รับการศึกษาและประกอบอาชีพที่สุจริต เช่นเดียวกับบุคคลอื่นในสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางบวก ไม่ต้องกลับสู่วงเวียนของการใช้ยาเสพติด และลดความรู้สึกเจ็บปวดจากบาดแผลในจิตใจได้</p>	<p>การศึกษาและอาชีพ</p> <p>1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติสมาธิเป็นเวลา 5-10 นาที</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มสอบถามถึงประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้นหลังจากกลุ่มครั้งที่แล้ว</p> <p>3.. ทำกิจกรรม “การศึกษาและอาชีพ”</p>	

ตาราง 5 (ต่อ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย/แนวคิด	กระบวนการ	เทคนิค
<p>ขั้นยุติ</p> <p>ช่วงที่ 8 วันที่ 4 เวลา 13.00 – 16.00</p>	<p>เป้าหมาย</p> <p>1. เอื้อให้สมาชิกกลุ่มได้กล่าวคำอำลา สิ่งที่ดีดค้างในใจและความประทับใจที่มีต่อกัน เพื่อนำไปสู่การเกิดความรู้สึกทางบวกและนำมาเป็นฐานพลังในการพัฒนาตนเองไปสู่ผู้ที่ปรับตัวได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>2. ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับการตอกย้ำถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่างๆภายในกลุ่มให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถนำไปใช้ในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติภายนอกกลุ่มต่อไปได้</p> <p>แนวคิด</p> <p>การที่สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสอำลาและบอกกล่าวการเห็นคุณค่าของกันและกัน จะเป็นโอกาสให้มีการเสริมแรงการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมให้คงอยู่ยาวนาน เสมือนเป็นการเน้นย้ำให้มีการคงอยู่ของพฤติกรรมด้านบวกอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระบวนการกลุ่มจะสิ้นสุดลงไปแล้วซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการพัฒนาการฟื้นคืนทางจิตใจได้ต่อไปด้วยตนเอง</p>	<p>การอำลา</p> <p>1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติสมาธิเป็นเวลา 5-10 นาที</p> <p>2. ทำกิจกรรม “การอำลา”</p>	<p>เทคนิคที่ใช้ในขั้นยุติเป็นเทคนิคที่ใช้ในทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์เป็นหลัก ได้แก่ การชมเชย สนับสนุน การชี้นำไปสู่การปฏิบัติ การเน้นย้ำถึงทรัพยากรภายในและ สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง การบอกกล่าวให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นต้น</p>

เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้นถึงกระบวนการทดลองที่สามารถทำซ้ำได้หากผู้นำกลุ่มมิใช่ตัวผู้วิจัย (Reliability) แต่เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมมาตามแนวคิดซาเทียร์ ท่านอื่นที่นำกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการครั้งนี้ไปใช้ และเป็น การตรวจสอบตนเองของผู้วิจัยว่าได้กระทำตามขั้นตอนของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการตามที่ได้ออกแบบไว้ดังกล่าวข้างต้นในขณะที่เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบแบบตรวจสอบ (Checklist) กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการสำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาแบบกลุ่มจำนวน 2 คนเพื่อให้ทำการประเมินกระบวนการกลุ่มของผู้วิจัยในแต่ละหัวข้อว่าได้กระทำตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (Inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง ภายใต้คำยินยอมของสมาชิกกลุ่มทดลอง และนำเสียงที่บันทึกกลุ่มของทุกครั้งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตามแบบตรวจสอบ มีการให้คะแนนเป็นอิสระจากกัน และทำการตรวจสอบประเมินในกลุ่มทดลองเดียวกัน โดยการให้คะแนน 0 หมายถึง แผนการดำเนินงานที่ผู้นำกลุ่มไม่ได้กระทำจริงในการทดลอง และให้คะแนน 1 หมายถึง แผนการดำเนินงานที่ผู้นำกลุ่มได้กระทำจริงในการทดลอง นำค่าไปคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ค้ำปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1 ในทุกหัวข้อของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ซึ่งหมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ท่านตรวจสอบและเห็นพ้องตรงกันว่า ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแผนการของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการได้อย่างถูกต้องตามแนวคิดทฤษฎีและครบถ้วนตามหัวข้อที่ได้วางแผนไว้ทุกประการ รายละเอียดของแบบตรวจสอบและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ตรวจสอบทั้ง 2 ท่านในแต่ละหัวข้อของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการสามารถอ่านได้จากภาคผนวก

3. แบบวัดพลังสุขภาพจิต มีรายละเอียดการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 1 ดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

4. แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการที่เกิดจากการประมวลเอกสารทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น มิได้นำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ร่วมกับการพัฒนาแบบวัดแต่อย่างใด จากนิยามปฏิบัติการ ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด หมายถึง การรับรู้ตนเองถึงความตั้งใจของผู้ใช้สารเสพติดในการหยุดใช้สารเสพติด มีการแสวงหาสารสนเทศและการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการเลิกใช้สารเสพติด รวมทั้งเตรียมการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพสารเสพติดซ้ำได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตนเองไม่ได้ เป็นต้น

แบบวัดมีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อเป็นแบบมาตร 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงการมีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการหาความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ ((Index of item-operational definition congruence: IOC)) จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตวิทยาการติดยาเสพติด 3 ท่านพบว่าข้อคำถามจำนวน 14 ข้อผ่านเกณฑ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.6 – 1 จากการทดลองใช้กับตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คนพบว่า มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อจากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ตั้งแต่ .46 - .69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) เท่ากับ .83 และมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 76.81$, $df = 62$, $p\text{-value} = 0.09$, $RMSEA = 0.03$, $SRMR = 0.04$, $CFI = 0.99$, $AGFI = 0.93$, $PNFI = 0.66$) โดยน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามทุกข้อมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังจากตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดทั้ง 14 ข้อไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นแบบวัดตัวแปรตามตัวที่สองควบคู่กับแบบวัดหลังสุขภาพจิตในงานวิจัยกึ่งทดลองต่อไป (รายละเอียดการพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดดังภาคผนวก)

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

ฉันตั้งใจที่จะหยุดใช้ยาเสพติด

.....

ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างจริง จริงที่สุด

ฉันมีการศึกษาข้อมูลที่ประโยชน์ต่อการเลิกใช้ยาเสพติดเพราะฉันตั้งใจที่จะเลิกใช้ยาเสพติดอย่างจริงจัง

.....

ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างจริง จริงที่สุด

5. แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ ลิงค์และฟีแลน (Link; & Phelan. 2001) ร่วมกับการประมวลเอกสารทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น มิได้นำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ร่วมกับการพัฒนาแบบวัดแต่อย่างใด จากนิยามปฏิบัติการ การรับรู้การถูกตีตรา หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าอับอาย ไม่ได้รับการยอมรับ และมีการเบี่ยงเบนทางสังคมหรือแตกต่างจากผู้อื่น มีการรับรู้ว่าตนถูกเชื่อมโยงเข้ากับคุณลักษณะทางลบ และมีการสูญเสียสถานภาพทางสังคมได้แก่ รายได้ การศึกษา การรักษาทางการแพทย์และอาชีพเนื่องจากมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมคือการใช้สารเสพติด

แบบวัดมีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อเป็นแบบมาตร 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนน สำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีการรับรู้การถูกตีตราสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการหาความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ ((Index of item-operational definition congruence: IOC)) จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาและจิตวิทยาการติดสารเสพติด 3 ท่านพบว่าข้อคำถามทั้ง 13 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.6 – 1 จากการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คนพบว่ามีความสอดคล้องกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ตั้งแต่ .20 - .70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) เท่ากับ .76 และทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 85.66$, $df = 56$, $p\text{-value} = 0.00$, $RMSEA = 0.04$, $SRMR = 0.05$, $CFI = 0.97$, $AGFI = 0.92$, $PNFI = 0.67$) โดยนำหน้าองค์ประกอบของข้อคำถามทุกข้อมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นข้อ 5 ซึ่งมีค่าหน้าหน้าองค์ประกอบต่ำคือเท่ากับ .03 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพิจารณาที่จะคงข้อคำถามดังกล่าวเอาไว้ในแบบวัดเนื่องจากเป็นข้อคำถามที่จะทำให้การวัดตัวแปรการรับรู้การถูกตีตราได้ครอบคลุมการนิยามปฏิบัติการรวมทั้งสอดคล้องกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วย ภายหลังเสร็จสิ้นการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราทั้ง 13 ข้อนำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นแบบวัดตัวแปรจัดประเภทของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยกึ่งทดลองต่อไป (รายละเอียดการพัฒนาแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราดังภาคผนวก)

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา
การติดยาเสพติดเป็นการกระทำที่น่าละอายใจ

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจริง	จริงที่สุด
สังคมนองว่าผู้ใช้ยาเสพติดเป็นอาชญากร				
.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบรายกรณี ได้แก่

1. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ที่ผ่านการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและจิตวิทยาการปรึกษา เพื่อมิให้การตอบข้อมูลการสัมภาษณ์เป็นแบบอคติเพื่อเอาใจผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 – 80 นาทีต่อราย

2. สมุดบันทึกอนุทิน (Diaries) โดยได้แจกให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มทดลองทั้ง 16 คน เพื่อบันทึกประสบการณ์ของการเกิดพลังสุขภาพจิตในระหว่างและหลังเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

3. ตัวผู้วิจัย ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบรายกรณีรวมทั้งมีการลงเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพและลงสนามฝึกฝนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมภายใต้การดูแลจากอาจารย์ที่มีความชำนาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการบันทึกอนุทินมาสนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณให้มีความลุ่มลึก รอบด้านมากยิ่งขึ้น โดยมีการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ไว้ล่วงหน้าจากผลการวิจัยเชิงปริมาณ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สอดคล้องกับประเด็นต่างๆที่ตั้งไว้มาใช้เพื่อสนับสนุนประเด็นเหล่านั้นให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง มีรายละเอียดดังนี้

“ขอให้ท่านทบทวนประสบการณ์ของการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาในแง่ต่างๆ เช่น ความรู้สึกที่มีต่อบรรยากาศของกลุ่ม เพื่อนสมาชิกและความรู้สึกต่อผู้นำกลุ่ม ประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ตลอดจนการรับรู้และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสถานบำบัดและบุคคลรอบข้างในชีวิตของท่านและอธิบาย ขยายความในคำถามดังต่อไปนี้

1. การเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาช่วยท่านในการคลี่คลายความทุกข์และบาดแผลในจิตใจของท่านอย่างไร

2. การเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาทำให้ท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านคุณลักษณะในตัวท่านอย่างไรบ้าง (อาจพิจารณาซักคำถามต่อเรื่องในประเด็นต่างๆ เช่น ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้อื่น การเห็นคุณค่าในตนเอง การตั้งเป้าหมายชีวิต ความเข้มแข็งอดทน การเกิดจิตใจที่มุ่งมั่นต้องการพิสูจน์ตนเอง เป็นต้น)

3. การเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาทำให้ท่านเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัวของท่านหรือไม่ อย่างไร (อาจพิจารณาซักคำถามต่อเรื่องในประเด็นต่างๆ เช่น การรับรู้การให้อภัย การเกิดจิตตัตถุญ การรับรู้ถึงการประคับประคองทางจิตใจจากครอบครัว เป็นต้น)

4. การเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาทำให้ท่านเปลี่ยนแปลงการมองเห็นสังคม ชุมชนที่อยู่รอบข้างท่านเป็นอย่างไร (อาจพิจารณาซักคำถามต่อเรื่องในประเด็นต่างๆ เช่น การรับรู้ถึงประโยชน์และการสนับสนุนทางจิตใจจากเจ้าหน้าที่และกลุ่มเพื่อนในสถานบำบัด การมองเห็นการเปิดโอกาสจากสังคมที่เพิ่มมากขึ้น การเห็นประโยชน์และศักยภาพของตนในการศึกษาต่อ/ทำงานในอนาคต และการหลีกเลี่ยงคนรักและกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด เป็นต้น)

5. สิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษาคืออะไร เพราะเหตุใด เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้ากลุ่มการปรึกษานั้นเป็นอย่างไร

ทั้งนี้แนวคำถามดังกล่าวเป็นเพียงแนวคำถามกว้างๆ เท่านั้น ผู้สัมภาษณ์สามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของการสนทนา อาจมีการพิจารณาเลือกใช้คำถามซักต่อเนื่องตามความเหมาะสมเมื่อพิจารณาเห็นว่าการใช้คำถามนั้นจะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์และพลวัตของการเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงภายหลังการเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการได้กว้างขวางลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงการใช้คำถามชี้นำโดยเฉพาะช่วงเริ่มต้นของการสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าข้อความคำถามจะมาจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตและทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม แต่ผู้วิจัยจะไม่นำทฤษฎีเหล่านั้นมาครอบงำหรือตัดสินปรากฏการณ์ที่อยู่ในสนามการวิจัยแต่จะใช้คำถามเป็นแนวทางเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดข้อมูลผุดขึ้นเอง (Emergent fact) จากการสนทนาอภิปรายโต้ตอบระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลเป็นหลักเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 2 (Lincoln; & Guba. 1985; Shenton. 2004) ดังต่อไปนี้

1. ความถูกต้องของข้อมูล (Credibility) คือ การแสดงความสามารถที่จะยืนยันว่าขั้นตอนและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษามีความถูกต้องเชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูลหลักจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้เป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย หัวข้อหลักและหัวข้อย่อย มาให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องว่าตรงกับความรู้หรือประสบการณ์หรือไม่และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนเซ็นกำกับหากเห็นว่าถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

(Triangulation) โดยเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 คนและจากบันทึกอนุทินว่ามีความสอดคล้องตรงกันหรือไม่ (Data triangulation) ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ จะอยู่ภายใต้การดูแลและการให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (Debriefing sessions between researcher and superiors) ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือโดยผู้วิจัยจะทำการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในทุกๆระยะของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. การถ่ายโยงไปยังการศึกษาอื่นๆ (Transferability) การวิจัยนี้มีได้มีจุดมุ่งหมายเพื่ออ้างอิงไปยังประชากร แต่ผู้ที่ต้องการนำผลการวิจัยไปใช้อาจนำไปอ้างอิงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบริบทใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ได้

3. ความไว้วางใจ (Dependability) หมายถึง การแสดงให้เห็นว่าข้อค้นพบที่ได้มีความคงที่สามารถกระทำซ้ำได้ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายถึงการวิจัยที่มีขั้นตอนชัดเจน สามารถตรวจสอบขั้นตอนการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (In-depth methodological description) การหาหัวข้อหลัก ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก (Categories, Sub-theme and Theme) จะได้รับการตรวจสอบและยืนยันผลอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพรวมทั้งได้รับการตรวจสอบยืนยันผลจากการอภิปรายร่วมกันกับนักวิจัยเชิงคุณภาพอีก 2 ท่าน (Peer debriefing) ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพร้อมกันเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

4. การยืนยันผล (Conformability) หมายถึง การยืนยันเพื่อแสดงความเป็นกลางของข้อค้นพบจากการวิจัยว่าเกิดจากตัวของผู้ให้ข้อมูล มิใช่เกิดจากอคติหรือประสบการณ์เดิมของผู้วิจัย ตรวจสอบได้โดยใช้การตรวจสอบร่องรอยการวิจัย (Audit trail) ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมหรือแสดงหลักฐานต่างๆที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการลงพื้นที่สนามในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัยออกแบบและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนชัดเจน มีแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกการถอดเทปแบบคำต่อคำและอ่านซ้ำเพื่อให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งถึงความหมายและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักให้มากที่สุด มีการบันทึกภาคสนามและบันทึกจุดยืนประสบการณ์ของผู้วิจัย เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักดีว่าความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์เดิมของตนเองมีผลต่อการเก็บรวบรวม วิเคราะห์และตีความผลการวิจัยได้ ดังนั้นข้อมูลจากการบันทึกดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในขณะดำเนินการวิเคราะห์และตีความผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนั้น ในส่วนของการนำเสนอข้อมูล ได้ใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยการอ้างคำพูดประกอบ (Quotation) แม้ว่าจะมีการตัดคำพูดบางส่วนไปก็เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจนขึ้น โดยต้องคงความหมายเดิมไว้ให้มากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย

1. นำแบบวัดพลังสุขภาพจิต แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดและแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้วไปให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสถานสถานบำบัดยาเสพติดงามตาทุกคนทำ จากนั้นคัดเลือกผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 32 คนและเข้าเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างมาทำการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คนตามขั้นตอนการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีของกลุ่มทดลอง ได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 คน โดยในแต่ละกลุ่มย่อยได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยผู้วิจัยเหมือนกันเนื่องจากจำนวนผู้รับบริการในการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่เกิน 10 คนต่อผู้นำกลุ่ม 1 คน (คมเพชร ฉัตรสกุล. 2547: 99-100; Hansen; et al. 1980: 477; Jacobb; Masson; & Harvill. 2002: 40) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาจำนวนผู้รับบริการเท่ากับ 8 คนต่อผู้นำกลุ่มจำนวน 1 คน

2. ดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามกระบวนการที่ออกแบบจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมงตั้งแต่เวลา 10.00 น. – 16.00 น. โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 พบกันในวันเสาร์และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 พบกันในวันอาทิตย์ ซึ่งเป็นวันหยุดของสถานบำบัดยาเสพติดงามตาและของผู้ติดยาเสพติดหญิง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มของผู้วิจัย อย่างไรก็ตาม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของสถานบำบัดยาเสพติดหญิงงามตาตามที่สถาบันกำหนดทุกอย่างตามปกติโดยกลุ่มควบคุมจะได้รับไปความรู้ด้านพลังสุขภาพจิตสำหรับศึกษาด้วยตนเอง ทั้งนี้ กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มได้รับมอบหมายให้บันทึกอนุทินประสบการณ์จากการเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มในทุกครั้งที่เข้าร่วมกลุ่ม

3. ภายหลังจากที่ดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มเสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดพลังสุขภาพจิตและแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดซ้ำ จากนั้นพิจารณาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งสิ้น 4 คนที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้ช่วยนักวิจัย

4. หลังจากนั้นประมาณ 4 สัปดาห์ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดพลังสุขภาพจิตและแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดอีกครั้งเพื่อติดตามผลโดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพแบบรายกรณีมาให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 คนตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย (Member checking) โดยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบสอดแทรกกระยะที่ 2 สามารถแสดงได้ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยแบบสอดแทรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสามทางแบบวัดซ้ำ (Three-way MANOVA repeated measure) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA repeated measure)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. นำข้อมูลที่ได้มาทำการถอดเทปโดยเป็นการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรและมีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด (Conformability)

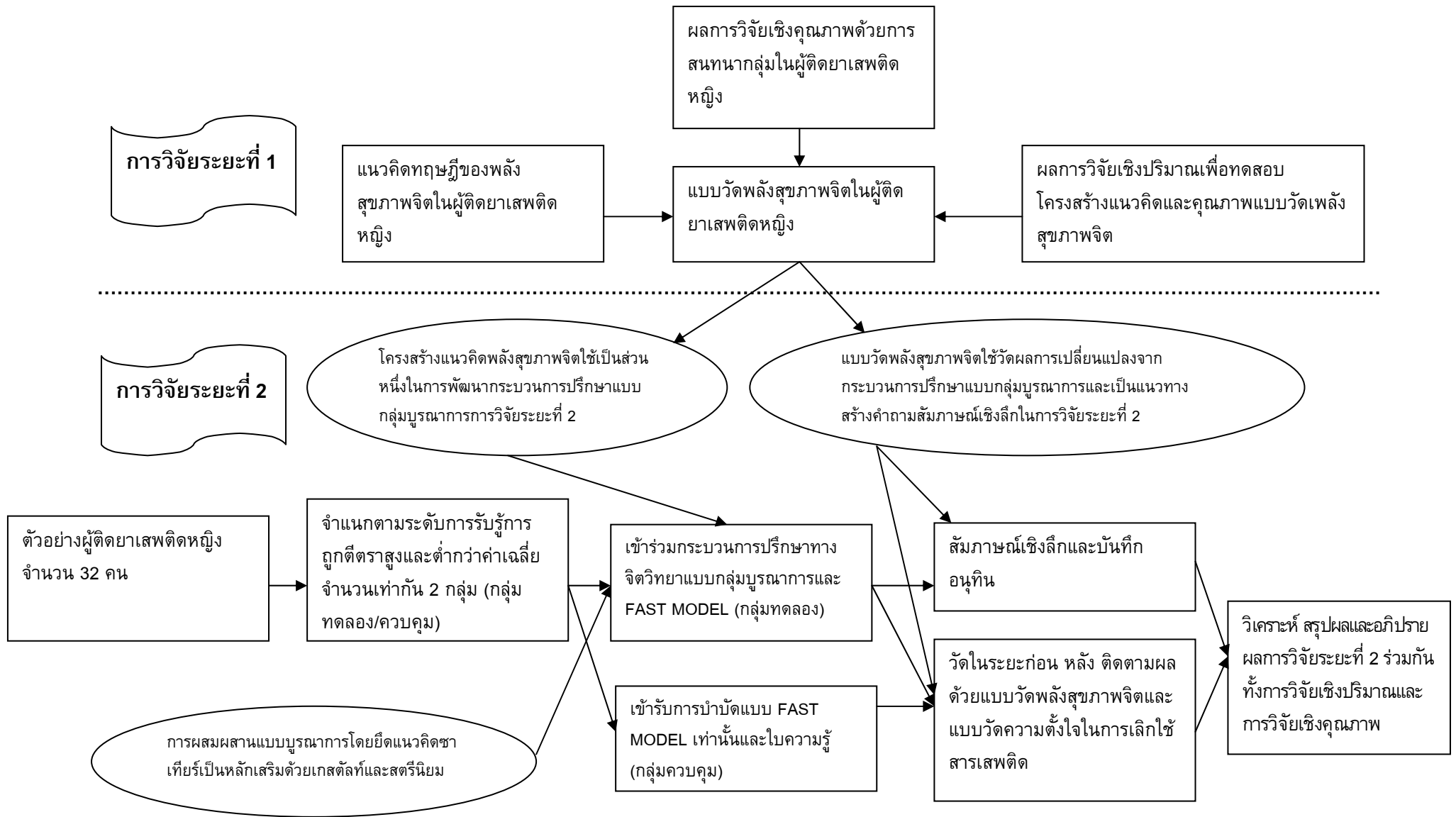
2. ผู้วิจัยทำการถอดรหัสและหัวข้อหลัก (Coding and categorize) นำหัวข้อหลักที่ถูกจัดไว้รวบรวมเป็นประเด็นย่อย (Sub-theme) และประเด็นหลัก (Theme) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบนิรนัย (Deductive) (ชาย โพธิ์สิตา. 2554) คือ มีการกำหนดประเด็นหลัก ประเด็นย่อยและหัวข้อหลักไว้ล่วงหน้าตามองค์ประกอบจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในงานวิจัยระยะที่ 1 อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการกำหนดประเด็นหลักและประเด็นย่อยไว้ล่วงหน้าแต่ผู้วิจัยจะไม่นำประเด็นเหล่านั้นมาครอบงำหรือตัดสินปรากฏการณ์ที่อยู่ในสนามการวิจัย แต่จะใช้ประเด็นเหล่านั้นเป็นแนวทางเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น ทั้งนี้จะให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ผุดขึ้นเอง (Emergent fact) จากการสนทนาอภิปรายโต้ตอบระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก จากนั้นผู้วิจัยยืนยันความน่าเชื่อถือหรือตรวจสอบขั้นตอนการถอดรหัสข้อความโดยใช้วิธีการตรวจสอบจากนักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 คนเพื่ออ่าน (Peer debriefing) บทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Script) และทำการถอดรหัสข้อความ (Coding) หาประเด็น (Theme) และนำมาเปรียบเทียบดูความสอดคล้องหรือแตกต่างในการถอดรหัสและหาประเด็นข้อมูล โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้วิจัยไม่นำไปอ้างอิงยังประชากร (Transferability) หากแต่ใช้อ้างอิงได้ในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มที่ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น

การรับรองจริยธรรม

ภายหลังได้รับการอนุมัติหัวข้อเค้าโครงปริญญาโทและก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เดิมชื่อสถาบันธัญญารักษ์) ในการขออนุมัติเอกสารรับรองว่างานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อไป โดยผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ทุกรายมีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและ

เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผ่านการขออนุญาต ซึ่งแจ้งรายละเอียด สิ่งที่ขอความร่วมมือให้ปฏิบัติโดยผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อสิทธิการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับในขณะปัจจุบัน ในส่วนของการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านการเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ละเว้นการอ้างถึงบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจงและใช้นามสมมติในการสื่อถึงผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายในส่วนของผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัย ทั้งนี้รายละเอียดเอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ดังกล่าว

ขั้นตอนของการวิจัยทั้ง 2 ระยะสามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการวิจัยทั้ง 2 ระยะ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ระยะ แต่ระยะนำเสนอเรียงตามวิธีวิทยาการวิจัยที่ใช้ซึ่งเป็นแนวทางการนำเสนอผลการวิจัยแบบผสมผสานวิธีของเครสเวลและปลาโน คลาค (Creswell; & Plano Clark. 2011) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential design) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ข้อได้แก่ 1) เพื่อสำรวจวิถีชีวิตและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิต ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และ 2) เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตให้มีคุณภาพ เทียบตรงและเชื่อถือได้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนั้นในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยขอแบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วนคือ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพและผลของการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทของพลังสุขภาพจิตอันได้แก่วิถีชีวิตและเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต แบ่งเนื้อหาการนำเสนอเป็นทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลัก พลวัตของการดำเนินการสนทนากลุ่มและผลการวิเคราะห์ข้อมูลอันประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก (Themes) ที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพคือ ประเด็นภาวะวิถีชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง และประเด็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต รายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานบำบัดยาเสพติดงามตาจาก 2 ตึกคือตึกแพรวา 13 คนและตึกไข่มุก 5 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 13 คนแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 13 คนและ 5 คนตามตึกที่เข้ารับการรักษา ซึ่งแต่ละคนต่างก็ผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจงจากการประเมินด้วยแบบประเมิน 2 แบบคือ 1) ไปตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิต 2 แบบฟอร์มซึ่งประเมินโดยบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาในตึกและตัวผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยได้คะแนนจากทั้งสองแบบฟอร์มไม่ต่ำกว่า 36 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยรวมระดับมากขึ้นไป) และ 2) แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-30 ซึ่งประเมินโดยตัวผู้ติดยาเสพติดเองได้คะแนนไม่เกิน 3 ซึ่งแสดงว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์; จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง; และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. 2539) ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคนจะพบผู้วิจัยเป็นรายบุคคลเพื่อชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัย

บทบาทของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม การเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลการวิจัยรวมทั้งมีการลงนามยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถสรุปได้ดังตาราง 6

ตาราง 6 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม

ชื่อ สมมติ	อายุ (ปี)	ตึก	ระยะเวลาที่เข้ารับ การบำบัดเมื่อพบ ผู้วิจัยครั้งแรก (สัปดาห์)	ผลการประเมินตามเกณฑ์คัดเลือก		
				ใบตรวจสอบฯ โดยบุคลากรที่ ให้การบำบัด	ใบตรวจสอบฯ โดยผู้ติดยาเสพติด หญิง	GHQ- 30
นุ้ย	35	แพรวา	72	36	37	1
วันสั้น	24	แพรวา	6	37	39	2
ปลา	21	แพรวา	5	42	45	0
แอน	24	แพรวา	5	40	41	3
แก้ว	27	แพรวา	5	41	38	0
เล็ก	32	แพรวา	4	40	41	0
ชิน	27	แพรวา	3	41	43	3
แก้ม	36	แพรวา	3	40	41	1
ออม	27	ไข่มุก	44	36	36	3
แป้ว	24	ไข่มุก	24	38	41	0
นิว	18	ไข่มุก	18	36	37	0
ฝน	14	ไข่มุก	16	37	38	0
กิฟ	23	ไข่มุก	10	36	37	1

จากตาราง 6 พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 13 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลจากตึกแพรวา 8 คน ตึกไข่มุกจำนวน 5 คนมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 14 – 36 ปี ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดเมื่อพบผู้วิจัยครั้งแรกอยู่ระหว่าง 3 – 72 สัปดาห์ คะแนนจากใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิต โดยบุคลากรที่ให้การบำบัดอยู่ระหว่าง 36 – 42 คะแนน คะแนนจากใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตโดยผู้ติดยาเสพติดหญิงอยู่ระหว่าง 36 – 45 คะแนน และคะแนนจากแบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-30 อยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน

พลวัตของการดำเนินการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มในทั้ง 2 กลุ่มเริ่มต้นจากการที่ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักวาดภาพที่แสดงถึงภาวะวิกฤติในชีวิตที่สำคัญของตนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ภาพเป็นสื่อถึงการบอกเล่าเรื่องราวชีวิตและความเจ็บปวดในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการใช้ภาพจะช่วยเป็นสื่อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถบอกเล่าเรื่องราวในชีวิตของตนได้ดีกว่าโดยเฉพาะในช่วงแรกของดำเนินการสนทนากลุ่มที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอาจยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและไว้วางใจกับบรรยากาศของกลุ่มเพียงพอ แม้ว่าก่อนหน้านี้ผู้วิจัยจะมีการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคลเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการวิจัยรวมทั้งข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มในเรื่องการเก็บรักษาความลับระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยกัน แต่ผู้วิจัยก็สังเกตเห็นการเกร็งหรือสีหน้าวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูลหลักอยู่บ้างเมื่อเริ่มต้นการสนทนากลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ภาพตัวอย่างของตนที่ได้วาดไว้ก่อนหน้านี้เพื่อเป็นการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) ว่าผู้วิจัยเองก็สามารถมีวิกฤติชีวิตได้ไม่แตกต่างจากผู้ติดยาเสพติดหญิงและยังแสดงตัวอย่างของภาพวาดเพื่อที่ผู้ให้ข้อมูลหลักจะสามารถมีทิศทางในการวาดภาพแสดงเรื่องราวชีวิตของตนเองได้มากขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแทนตัวเองว่า “พี” และขออนุญาตเรียกผู้ให้ข้อมูลหลักว่า “น้อง” ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลหลักก็ยินดีที่จะเรียกผู้วิจัยว่า “พี” และเรียกแทนตัวเองด้วยชื่อเล่นซึ่งกระบวนการดังกล่าวทั้งหมดข้างต้นทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงคลายความรู้สึกวิตกกังวลและผ่อนคลายมากขึ้นจากการสังเกตของผู้วิจัยและให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดเรื่องราวชีวิตของตนผ่านออกมาทางภาพวาดมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคนได้บอกเล่าตนเองผ่านภาพวาดและใช้คำถามเพื่อเชื่อมโยงให้เกิดการเล่าปัญหาวิกฤติชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันผ่านการอภิปรายโต้ตอบของสมาชิกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ตัวอย่างเช่น ภาพของซินที่สะท้อนถึงชีวิตของผู้หญิงที่ติดยาเสพติด (ดังภาพประกอบ 7) โดยซินได้อธิบายภาพประกอบ 7 ว่าเป็นเหมือนชีวิตของเธอที่เหมือนกล้วยคือภายนอกดูดีแต่ภายในกล้วยเมื่อปอกออกมา กลับพบว่ามีแต่รอยช้ำซึ่งแสดงถึงร่องรอยบาดแผลในชีวิต ในขณะที่แก้ม ก็ได้นำเสนอภาพของขอนไม้หักกลางเพื่อแสดงว่าถึงแม้จะมีวิกฤติในชีวิตของเธอเกิดขึ้น (สามีเสียชีวิตกะทันหัน) ไม้ส่วนที่ยังยืนอยู่ก็จะต้องมั่นคงเข้มแข็งเพื่อเป็นที่พึ่งให้กับลูก ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 7 ภาพวาดของชินที่มีคำบรรยายในภาพว่า “ดูภายนอกตอนที่ยังมีเปลือกก็ยังดูดี แต่พอเปลือกออกใครจะรู้ว่ามันจะมีรอยขีดรอยเนาเยอะขนาดไหน... ไม่อยากให้มองเป็นตัวยูนิโท ไม่เคยต้องการเป็นคนแล้ว ก็เพราะหัวใจที่มันแหลกเหลว ต้องการใครสักคนที่เข้าใจ”



ภาพประกอบ 8 ภาพวาดของแก้มที่มีคำบรรยายในภาพว่า “เสาหลักที่มันหัก แต่สิ่งที่เหลือนั้นก็ยังมีน้ำหนักได้”

ด้วยความที่ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานด้านจิตวิทยาการปรึกษากับผู้ติดยาเสพติดหญิง จึงสามารถเอื้อให้การสนทนาเกิดบรรยากาศของการยอมรับ อบอุ่น เห็นอกเห็นใจระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจกลุ่ม รู้สึกได้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักหลายคนสามารถให้การสนทนากลุ่มเพื่อการเยียวยาบาดแผลในจิตใจของตนเองได้

“มองว่าเค้ายิ่งกว่าเราอะ (หมายถึงผู้ให้ข้อมูลหลักคนอื่นในกลุ่ม) เรายังไม่อายุเขายังทำเพื่อลูกได้ ตอนแรกคิดว่าจะมีน้ำตา ฟังของเขาแล้วหมดแล้วน้ำตาเลย ของเรานั้นเล็กน้อยสำหรับเขาแล้วคะ ของเขาผ่านมายิ่งกว่าเราอีก” (แก้ว)

“พี่ๆที่เข้ามาในช่วงแปบนี้ในชีวิตของพวกเขาหนูก็จริงอะแต่เวลาอย่างน้อยเลย พวกพี่ (หมายถึงทีมผู้วิจัย) ก็ไม่ได้มารังเกียจอดีตของพวกเขา แกมยังมองว่าอดีตของพวกเขาเนี่ยสามารถช่วยใครอีกหลายคนได้ด้วยซ้ำ มันทำให้พวกหนูคิดว่าตัวพวกหนูเองยังมีค่า อดีตที่มันแย่มากสำหรับพวกหนูนะ อย่างน้อยมันก็ยังมีความกับคนอื่น มันไม่ได้แย่ไปซะหมด” (ออม)

ผู้วิจัยสังเกตว่ายิ่งดำเนินการสนทนากลุ่มหลายครั้งก็ยิ่งทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยกันแน่นแฟ้นมากขึ้น

“แกวมันถามหนู ว่าเมื่อไหร่พี่ก็ตารจะมาทำกลุ่มอีก มันบอกคุยกับพี่แล้วสบายใจ” (ชิน)

“ก็กลับไปแล้วก็เล่าให้แม่ฟังว่า ได้คุยกับพี่ นักศึกษาปริญญาเอก เขามาพูดคุยกันเงี้ยะ ว่าปัญหามันเป็นในมั้ง หนูก็ว่า หนูก็รู้สึกดีกับการที่ได้มา พูดคุย แล้วก็ เล่าประสบการณ์ของตนเอง ของตัวหนูเนี่ยให้ผู้ใหญ่ฟัง แม่เค้าก็ถามว่าจะเอาไปทำอะไร ประมาณนี้ไซ้หมีคะ คือก็เลยบอกไปบอกว่า ก็เอาไปเพื่อที่จะ ให้เป็นการเรียนรู้” (ออม)

ซึ่งสัมพันธภาพดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินการสนทนากลุ่มมีการโต้ตอบอภิปรายกันเป็นประจำที่ผู้วิจัยหยิบยกมาให้อย่างกว้างขวางระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยกันรวมทั้งมีการยืนยันประสบการณ์ของกันและกันว่ามีเหมือนหรือคล้ายคลึงกันอย่างไรซึ่งเป็นช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการวิจัยได้มากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็นหลัก (Theme) ตามคำถามการวิจัยคือ “เพื่อสำรวจภาวะวิกฤติและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิต” โดยประเด็นแรกคือ “ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นแรกจะช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจบริบทภาพรวมชีวิต ภาวะกตตันของผู้ติดยาเสพติดหญิงในระดับที่ลึกซึ้งและสามารถนำประเด็นเหล่านี้มาเป็นส่วนหนึ่งของการสนทนาระหว่างดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการซึ่งเป็นงานวิจัยในระยะที่ 2 เพื่อเป็นส่วนเสริมให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการเอื้อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติต่างๆได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น ในขณะที่ประเด็นที่สองคือ “เงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดพลังสุขภาพจิต” จะนำไปสู่การพัฒนาข้อคำถามในแบบวัดพลังสุขภาพจิตร่วมกับใช้ในการออกแบบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการให้เกิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตตามบริบทของผู้ติดยาเสพติดหญิงได้ โดยผู้วิจัยจะขอเสนอรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามประเด็นทั้ง 2 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง

“ตำรวจบีบคอเอาปืนจ่อหัวหนู เขี่ยบที่หลัง พอหนูลุกขึ้นมาเค้าตบขากรรไกรหนูมัดไปหมด รู้สึกช็อคไปหมด” (ชิน)

“พ่อบอกว่ามึงจะกินทำไม คนอย่างมึงนะกินข้าวไปก็เปลืองข้าวเปล่าๆ...คิดแต่คำดำของพ่อ พ่อไม่เคยรักเรา แม่ไม่เคยรักเรา คิดมาตลอดเลยว่าเค้าไม่เคยรักเรา” (ฝน)

“หนูก็โดนกักขังที่เรือนจำ หนูเกือบฆ่ากักขังอะวันนั้น (น้ำตาคลอ)” (แก้ว)

เรื่องราวของชิน ฝนและแก้วข้างต้นคือตัวอย่างประสบการณ์ที่ซับซ้อนในชีวิตของผู้หญิงที่ติดยาเสพติด ร้อยเรียงแบ่งปันผ่านบรรยากาศของกลุ่มที่สนับสนุน ประคับประคอง แลกเปลี่ยนระหว่างเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงชีวิตที่ผ่านมาของพวกเขา ก่อนที่จะเข้าสู่สถานบำบัดยาเสพติด หลายเรื่องราวที่แบ่งปันมีทั้งคราบน้ำตา เสียงหัวเราะให้กับโชคชะตาของตน น้ำเสียงที่บ่งบอกถึงความรู้สึกโกรธแค้น เรื่องราวเหล่านี้ พวกเขาเล่าว่าบางครั้งก็ไม่มีใครฟังพวกเขาหรอก เพราะเขาเป็นแค่ผู้หญิงที่ติดยา สมควรถูกประณาม กล่าวโทษ การใช้ยาเสพติดกลายเป็นสิ่งที่ตัดสินตัวตนโดยมองข้ามความเป็นมนุษย์ของพวกเขา ประหนึ่งพวกเขาได้ทำอาชญากรรมร้ายแรงที่ไม่สามารถให้อภัยได้ เป็นบาดแผลทางจิตใจที่ยากจะเยียวยาและติดตรึงใจ กระบวนการสนทนากลุ่มนอกจากจะใช้เพื่อตอบคำถามการวิจัยของผู้วิจัยแล้ว ยังเป็นเสมือนกลุ่มบำบัดที่เอื้อให้พวกเขาได้ถ่ายทอดแบ่งปันความเจ็บปวดระหว่างกันออกมา ทั้งช่วยคลี่คลายบาดแผลในหัวใจได้ส่วนหนึ่งซึ่งเป็นผลทางอ้อมของกระบวนการสนทนากลุ่ม ประเด็น “ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง” ได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย (Sub-theme) ตามช่วงเวลาก่อนและหลังการใช้ยาเสพติดเพื่อให้ผู้อ่านเกิดการมองเห็นภาพวิกฤติชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงตามช่วงเวลา โดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของภาวะวิกฤติว่าหมายถึงภาวะล่อแหลมหรือภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ติดยาเสพติดหญิง ดังรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

ภาวะวิกฤติในชีวิตก่อนการใช้ยาเสพติด

ภาวะวิกฤติในชีวิตก่อนการใช้ยาเสพติด หมายถึง ภาวะวิกฤติในชีวิตผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เกิดขึ้นก่อนการเข้าสู่กระบวนการใช้ยาเสพติด ซึ่งภาวะวิกฤติดังกล่าวสามารถมีการเกิดซ้ำต่อเนื่องภายหลังจากที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงเข้าสู่กระบวนการใช้ยาเสพติดแล้ว ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก (Categories) ของภาวะวิกฤติเรียงตามลำดับจากความเห็นพ้องตรงกันของสมาชิกกลุ่มถึงภาวะวิกฤติที่พบได้มากและส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงเมื่อพิจารณาจากพลวัตของกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

ความบาดหมางจากความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดหญิง ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการสื่อสารที่กล่าวโทษ การใช้ความรุนแรงทางวาจาต่อกัน ความคาดหวังอันหนักอึ้งของพ่อแม่ต่อลูก รวมทั้งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เห็นห่าง พ่อแม่ต่างต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวหรือหย่าร้าง ทำให้ขาดช่วงเวลาในการดูแลใส่ใจความรู้สึกของกันและกัน นำไปสู่

ความเจ็บปวด เสียใจ ว่าเหวและเกิดบาดแผลในใจของผู้ติดยาเสพติดหญิงอันเป็นชนวนสำคัญในการหันเหเส้นทางชีวิตไปสู่การใช้ยาเสพติดในที่สุด ประเด็นย่อยนี้สามารถแบ่งเป็นทั้งหมด 4 หัวข้อย่อย (Sub-categories) ได้แก่ การรับรู้ถึงการไม่เป็นที่รัก และการเป็นคนสำคัญจากสมาชิกในครอบครัว การสร้างกฎเกณฑ์ในครอบครัวที่เข้มงวด การต้องอยู่ตามลำพังในครอบครัวและการเป็นต้นเหตุให้คนในครอบครัวเสียชีวิต

1.1 การรับรู้ถึงการไม่เป็นที่รัก และการไม่เป็นคนสำคัญจากสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ว่าจะตนไม่เป็นที่ต้องการ หรือว่าตนไม่เป็นที่สำคัญ เกิดความรู้สึกว่าตนถูกผลักไส ปฏิเสธ ถูกเปรียบเทียบหรือไม่ได้รับความเป็นธรรมจากสมาชิกในครอบครัว

“สิ่งที่ได้รับรู้ตอนนั้นก็เหมือนตัวเองเป็นตัวถ่วงในบ้าน เลยตัดสินใจออกมาอยู่ข้างนอกตั้งแต่ทำงานเองได้...เหมือนเกิดมาเพียงลำพัง พอเกิดมาพอก็ตาย แม่ก็ไม่เลี้ยง เอามาทิ้งให้อีกคนมาเลี้ยงเป็นแม่บุญธรรมปัจจุบัน จุดเริ่มต้นก็มาจากตรงนี้...แล้วก็ทุกวันนี้เหมือนหนูแอบไปได้ยินคนอื่นเขาพูดกะกับแม่บุญธรรมว่าเหมือนเอาลูกไอ้...เข้ามาเลี้ยง แม่มันยังไม่เอาเลยอะไรอย่างนี้ คือแบบมันได้ยินมาตั้งแต่เด็ก (น้ำตาคลอ)” (กิฟ)

“พอเลยว่ อ้าวแล้วมึงจะกินทำไม คนอย่างมึงนะกินข้าวไปก็เปลืองข้าวเปล่าๆ คือแบบรู้สึกไม่ดี ตั้งแต่นั้นมาก็เลยว่างงาน กระแทกกับพื้นแล้วแบบงานเกือบแตกแล้วก็หยิบตั้งค์ 10 บาทแล้วก็ออกไปเลย แล้วหนูก็ไม่กลับมาอีก...คิดแต่ความหมายว่าคำตาของพ่อ พ่อไม่เคยรักเรา แม่ไม่เคยรักเรา คิดมาตลอดเลยว่คำไม่เคยรักเรา” (ฝน)

“น้องคนเล็กเค้าก็เรียนไ้ เค้าเรียนรับปริญญา พ่อชอบพูดว่ เนี่ยดูน้องสิ น้องยังเรียนเลย ตอนหนูท้องลูกคนเล็ก เค้าให้หนูไปเรียน กศน. ให้จบม. 6 แล้วแต่ ไม่อยากเรียน เราอยากอยู่บ้าน อยากนอน อยากอะไรยังนี้ เฉยๆ อยู่กับเพื่อนมากกว่า เอาน้องมาว่ ดูน้องสิ น้องยังตั้งใจเรียน แล้วมันอายุเท่าไรเอง มันมีความรับผิดชอบมากกว่าแกยนี้ ก็เลยน้อยใจ เค้ารักน้องมากกว่า” (วันเส้น)

“แม่หนูมีลูกสิบคน แล้วหนูคนที่สิบเกอยู่คนเดียว ตอนเรียนม.สองก็แบบน้อยใจด้วยคิดว่าเค้ารักกันแต่พี่ยังงี้ไ้ แล้วแบบว่าไม่ถูกกะพี่สะไ้ด้วย ก็เลยคิดว่าคงไม่มีใครรัก ง่ายๆ ก็ ส่วนใหญ่แม่เค้าชอบชมแต่บรรดาพี่มากกว่า เค้าไม่ค่อยชมหนูเลยอะไรอย่างนี้ ก็หนีออกจากบ้านเลย... ต้องออกมาเป็นคนเร่ร่อนไร้บ้าน” (ชิน)

“อย่างโทรศัพท์เครื่องหนึ่งตอนนั้น หรืออาจจะตอนนั้นไม่ค่อยมีฐานะดีรีเปล่าก็ไ้รู้ หนูก็ไม่เข้าใจเหมือนกัน แต่จำได้ที่หนูโตมากับครอบครัวจะไ้ทำอะไรซักอย่างหนึ่งต้องทำอะไรแลกอย่างตอนนั้นจะไ้รถก็จะต้องมีผลคะแนนการสอบให้มันไ้ดีเจี๊ยะ มันรู้สึกเหมือนไม่ยุติธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับน้องนะ” (กิฟ)

1.2 กฎเกณฑ์ภายในครอบครัวที่เข้มงวด หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิง รับรู้ว่าการครอบครัวมีการสร้างข้อตกลงภายในที่เข้มงวด ไม่ยืดหยุ่น จนทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ และอยากหลีกเลี่ยงจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว

“มันเหมือนว่าเราโดนตีกรอบมาหกปี อยู่ในบ้านไม่ได้ไปไหนเลยอย่างงี้.....พ่อเค้าก็ตีกรอบไว้อีกไม่ให้เราไปไหน ก็คือให้อยู่ในบ้าน ก็คือแนวกดดันด้วย...ก็คือเป็นปมด้อยของเราด้วยล่ะ ก็เลยหนีออกจากบ้าน” (วันเส้น)

“ชีวิตของหนูช่วงวัยรุ่นก็จะอยู่กับตาตอนนี้เค้าก็ไม่อยู่แล้ว เค้าก็จะตีกรอบให้เรานะ ถ้าเราต้องไปโรงเรียนไปนู่นไปนี่ จะนอนก็ต้องเป็นเวลา” (นุ้ย)

1.3 การต้องอยู่ตามลำพังในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดรับรู้ถึงความรู้สึกว่าเหว่ เหวงจากการที่ต้องอยู่เพียงลำพังเพราะไม่ได้รับการดูแลประคับประคองทางอารมณ์ทางครอบครัว

“ไม่มีพี่น้อง อยู่คนเดียวว่าเหว่ พอเข้าขึ้นมาแม่ก็จะไปขายของตั้งแต่ตีสามกลับมา ก็สามทุ่ม กลับมาอาบน้ำนอน แม่ก็จะเป็นอย่างนี้ในทุก ๆ วัน เป็นภารกิจของเขา แม่กลับมาก็นอนดูโทรทัศน์ แม่ก็บอกเดี่ยวแม่อาบน้ำนอนแล้วนะ ก็ปลุก ก็แค่นี้ วัน ๆ หนึ่งแทบจะไม่ได้คุยกับแม่เลย...ในครอบครัวไม่เคยได้คุย ใน 1 อาทิตย์จะมีน้อยมาก (เน้นเสียง) ที่จะได้คุยกับแม่ ได้กินข้าวกับแม่ หาไม่ได้เลย เดือนหนึ่งจะมีซักหนหนึ่งก็ดีใจแล้ว แต่ ณ ตอนนั้นคือไม่มีความสุขตอนนั้นเลย...ก็มีความรู้สึกว่ามันต้องการกำลังใจแต่ว่ามันเป็นอย่างงี้ แล้วมันก็ไม่อยากจะไปพูดกับแม่เพราะเห็นความเหนื่อยของเขาจากการขายของ” (แป้ว)

1.4 การเป็นต้นเหตุให้คนในครอบครัวเสียชีวิต หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ว่าเป็นชนวนสาเหตุของการตายของบุคคลในครอบครัวจนทำให้เกิดความรู้สึกผิดและนำไปสู่การใช้ยาเสพติดในภายหลัง

“แล้วก็ตอนที่เค้าตายอะ เราก็คมีความรู้สึกที่เราเป็นคนผิด...แล้วเค้าก็โดนรถชนตาย เรายังนอนหือคอยู่ในบ้านนะ ป้าก็เข้ามาจัดบ้านมาปลุกเราว่า เออเนี่ยตาเสียแล้วจ้ะ ตอนนั้นเราก็คแบบว่าเราซ้อคเหมือนกันเนอะ” (นุ้ย)

2. การมีพฤติกรรมพึ่งพิงญาติ เพื่อนหรือคนรักอย่างมาก

ผู้ติดยาเสพติดหญิงมักเริ่มต้นใช้ยาเสพติดในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่มีการคบเพื่อน หรือการเลียนแบบบทบาทด้านพฤติกรรมจากเพื่อน และเริ่มมีความสนใจทางเพศ ผู้ติดยาเสพติดหญิงหลายคนด้วยลักษณะทางจิตใจที่มีความว่าเหว่ ต้องการที่พึ่งพิงทางจิตใจ จึงมักจะตามติดเพื่อนหรือคนรักโดยไม่สามารถที่จะอยู่ตามลำพังได้ ดังนั้นการคบกับกลุ่มเพื่อนหรือคนรักไม่ว่าจะเป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศ หากเพื่อนหรือคนรักนั้นมีพฤติกรรมเกเร ไม่ชอบการเรียนหนังสือหรือมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด มักเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงหลบหนีการเรียนหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปสู่การใช้ยาเสพติดได้

“ตั้งแต่อายุ 12 13 หนูติดเพื่อนมากด้วย เพื่อนพาไปไหนก็ไปหมดเลย พ่อแม่ก็ตามหา ไปตามหาที่บ้านเพื่อน แม่กับพ่อก็จะไปตามหาให้กลับบ้านไปอยู่กับเค้าหนูก็ไม่อยู่” (ฝน)

“มันจะน้อยมากที่ถ้าแฟนเล่นแล้วเราจะไม่เล่น หรือว่าที่เข้าๆมาเนี่ย จากแต่ก่อนที่เราไม่เคยเล่นเลย แต่มีแฟนเล่น แฟนชายยังนี้ ไม่นานตัวเองก็ต้องมาเล่น เพราะว่า หนึ่งความอยากรู้อยากลองด้วย...การคบเพื่อนเนี่ย อย่างที่พี่ๆ เค้าบอกมา หนูถึงบอกว่ามันก็มีส่วนสำคัญ” (นุ้ย)

“ก็ออกจากบ้านตอนนั้นอายุ 15 ก็จบม.3 แล้ว อยู่กับแฟน หนีไปเลยไม่เข้าบ้านเลย...เราก็ก่อนหน้านั้นมา สภาพแวดล้อมรอบบ้านเราก็มียาเสพติดทั้งนั้น เจอหน้าเราก็กิน ไร้ไร้ ก็ไปแล้วอย่างนั้น” (นิว)

“เลือกที่จะไปอยู่กับเพื่อน เล่นยา ไปหาแฟน ไปหาทุกสิ่งทุกอย่าง เลือกที่จะไม่เรียน เลือกที่จะไปหาความรักของตัวเอง ความสนุกของตัวเอง” (แป้ว)

“พอมายู่กับแฟนก็ มันก็ไม่ได้ว่าบรืนหรือมีความสุขอะไร คือเค้าก็มีผู้หญิงคนอื่นแล้วเค้าก็ขายยาตรงนี้ด้วยอะไรด้วย กลับกลายเป็นว่าเขาก็ดึงเราเข้าไปอยู่ในวงนี้ด้วย” (กิฟ)

“ก่อนนั้นออมเคยขายหมู คือบ้านเพื่อนเก่าออมหนะทำหมูขาย อิมม ก็คือชอบ ชอบตรงนั้น...ออมทำตั้งแต่เริ่มจากการฆ่าหมู เปิดหมู ขายหมู มันเป็นวงเวียน ซึ่งมันจะอยู่ในกลุ่มเด็กผู้ชายซึ่งมันจะต้องทำให้เวลากลางคืน เพราะว่าออมเข้าไปในเรื่องของการขายยาไปก็เพราะในเรื่องจุดนี้ด้วย” (ออม)

“แล้วแฟนหนูคือ บ้านเค้าทำงาน是这样นี้ เค้าเป็นพยาบาลของในวังอะไรอย่างนี้ แล้วคือเค้าให้เราทุกอย่าง แต่เค้าไม่ดูนะ และเค้าก็ไปหาซื้อยามาให้เราทุกวัน คือช่วงที่เรา มีช่วงหนึ่งที่เราไม่ดูดี แล้วแฟน เราดูอะไรอย่างนี้ เราก็กิน แต่หนูจะไม่หาซื้อให้ใครนะ หนูจะเป็นพวกแบบว่า จะไม่ตามใครอะไรอย่างนั้น ประมาณนี้” (แก้ว)

“มันอยู่ติดกันแบบนี้แล้ววัยรุ่นมันเยอะในซอยบ้านหนู แล้วมันทุกบ้านเลย ติดกันทุกบ้านเลยวัยรุ่น แล้วเค้าก็ไม่อยากให้ไปสูงส่งอะไรอย่างนี้” (วุ้นเส้น)

3. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ผู้ติดยาเสพติดหญิงหลายคนเมื่อเริ่มคบหากับคนรักต่างเพศ ด้วยความที่ตนมีความอยากรู้ อยากลอง ขาดความใกล้ชิดสนิทสนมจากครอบครัวในการให้ความใส่ใจ ขาดความรู้หรือทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือการปฏิเสธการถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์จากคนรักนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งทำให้ต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดหรือทำแท้งเนื่องจากความไม่พร้อม เกิดความรู้สึกอับอายครอบครัวและคนรอบข้างเนื่องจากตั้งครรภ์ในขณะที่เรียนหนังสือ หรือยอมที่จะคลอดแต่ทว่าก็ขาดความรู้ในการเป็นแม่เนื่องจากยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นและขาดการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวหรือคนรัก หรือในบางครั้งก็ถูกคนรักทอดทิ้งภายหลังที่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ทำให้ต้องเป็นแม่วัยรุ่นที่เลี้ยงลูกตามลำพัง ซึ่งก็นับได้ว่าเป็นช่วงชีวิตที่ยากลำบากและเป็นประสบการณ์ในชีวิตที่เจ็บปวด ยากจะลืมเลือน

“พอด้วยภาวะของอายุที่ยังเด็กเกินไปด้วยตอนนั้นเรามาใช้ชีวิตอยู่กับแฟนสองคน ตอนนั้นแล้วมีลูกขึ้นมาตอนมอต้นเนี่ย มันก็เกิดปัญหาตอนนั้นมันก็ได้รับการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง” (ออม)

“อ่า ที่บ้าน ก็ไม่เอาออกก็ไม่เป็นไป ไม่เอาออกเราก็เรียนไม่จบนะ แต่เค้าก็ไม่ได้บังคับเรานะ เราก็ก้าวไม่ได้เรียน ก็บอก งั้นไปเอาออก ก้าวเรียนไม่จบ แล้วก็ เอาออกเลย ก็พอที่นี้เราไปเอาลูกออกปั๊บเนี่ย เหมือนทางบ้านเราจะเครียดกับเรื่องที่ต้องไปเอาลูกออก เค้าก็เลยปล่อยให้คบกัน” (ออม)

“เคยทำเหมือนกัน (หมายถึงทำแท้ง) แต่ไม่ได้บอกใคร ไม่เคยบอกใครมาก่อน” (แป้ว)

“ก็เริ่มตั้งแต่แรก ตั้งแต่หนูหนีออกจากบ้านนะค่ะ ตั้งแต่ 14...แฟนคนแรกก็เล่นยาจนเป็นบ้า แล้วช่วงหลังหนูต้องขายเองอะไรเอง ท้องด้วย แล้วตอนนั้นเพิ่งคลอดลูกได้ไม่ถึงเดือนตำรวจก็ลงเข้าบ้านหนู” (ชิน)

“ไม่กลับบ้านจนท้องลูกคนนี้ ก็มาเจอคนใหม่ก็ท้อง คลอดลูกแล้ว....ตอนมีลูกคนแรก...อายุ 16” (วันเส้น)

4. การเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพัง

วิกฤติการเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวหรือการเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพังก็นับได้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับหัวข้อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แต่ทว่าหัวข้อนี้มีความครอบคลุมถึงการเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพังแม้ว่าจะยินยอมที่จะตั้งครรภ์ก็ตามหรืออาจจะตั้งครรภ์ในช่วงอายุวัยผู้ใหญ่ แต่ด้วยความที่ฐานะยากจน ต้องประกอบอาชีพแบบหาเช้ากินค่ำ คนรักไม่พร้อมที่จะยื่นมือเข้าช่วยในการเลี้ยงดูลูก ทำให้ภาระในการดูแลลูกต้องตกอยู่ในมือของผู้หญิงที่ติดยาเสพติด ซึ่งมักจะมีการศึกษาที่ไม่สูงนักและประกอบอาชีพที่รายได้ไม่มาก ทำให้ต้องลำบากทั้งในการหาเลี้ยงดูตนเองและลูกน้อยหรือต้องร่อนเร่พเนจรในการหางานใหม่ตลอดเพื่อที่จะมีรายได้เพียงพอในการจุนเจือตนเองและลูก จนกระทั่งเข้าสู่วังวนของการจำต้องขายยาหรือใช้ยาเสพติดได้

“แต่ช่วงเวลา 9 เดือนที่เลี้ยงลูกมาเนี่ย โคตรของโคตร โห้ย น้ำตาแทบจะเป็นเลือดได้เลย มันเหนื่อยมาก (ลากเสียงยาว) ... หนูเลี้ยงลูกมาคนเดียวตอนนั้นหนูทำงานเป็นเด็กเสิร์ฟ ตอนแรกก็ไม่คิดที่จะมาขายยา ทำงานเป็นเด็กเสิร์ฟได้วันละ 300 ตอนหลังก็จ่ายค่าเลี้ยงลูกรายวันวันละ 250 มันเหลือวันละ 50 มันไม่พอ หนูต้องเข้าห้องเช่าอะไรอีก ที่นี้หนูก็เลยกลับไปวงการยาอีกเหมือนเดิม...หนูอยากจะบอกว่าหนูต้องคลอดลูกเองด้วย คลอดลูกเองบนอพาร์ทเมนท์นะ เรื่องจริง (แล้วตัดสายรยยังไง?) ตัดเอง อันนี้คือเรื่องจริง ไม่เคยพูดให้ใครฟังเลย แต่เห็นว่ามันนี้เป็นประโยชน์ต่อคนอื่นนะ” (กิฟ)

“แฟนคนแรกก็เล่นยาจนเป็นบ้า แล้วช่วงหลังหนูต้องขายเองอะไรเอง ท้องด้วย แล้วตอนนั้นเพิ่งคลอดลูกได้ไม่ถึงเดือนตำรวจก็ลงเข้าบ้าน...ก็คือว่าลูกก็ต้องกินต้องอยู่ หนูก็ต้องอยู่ตัวคนเดียว” (ชิน)

“ตอนที่ออกจากคุกมาแล้วก็ต้องพาลูกหนีเพราะว่าคนที่เลี้ยงอยู่เดิมนะเค้าจะเอาลูกเราที่เลี้ยงอยู่ไปเป็นลูกของตัวเอง หนูก็เลยพาลูกหนีไปประจวบ” (แก้ว)

“แก้มตอนที่พี่ได้คุยกับแก้มตามลำพังแก้มเล่าว่า ชีวิตของเกิดเริ่มสั้นไหวตอนที่แฟนของเราเนี่ย เสียไปเนาะ ทำให้แก้มเนี่ยต้องอยู่ดูแลลูกตามลำพัง เป็นแม่คนเดียวที่ต้องอยู่ดูแลลูกตามลำพัง ตรงนี้มันเป็นความทุกข์ยากเหมือนกัน” (ผู้วิจัย)

“คือแบบยังงี้อะคะ พี่งี้ใครก็ได้ เราก็อยากให้ลูกไปโรงเรียน เราก็อยากทำงาน... เราก้ถ้าเราไปทำงานงี้ แล้วใครจะไปรับลูกที่โรงเรียน” (แก้ม)

“ตามนิสัยผู้ชายติดเพื่อนติดเที่ยว ก็มีเรื่องของผู้หญิงตามมาบ้างอะไรบ้าง แล้วแฟน หนูก็เจ้าชู้ด้วยแล้วพอบ้านก็ไม่ค่อยอยู่ เราก้ก็อยู่บ้านเลี้ยงลูกคนเดียวตอนนั้น” (ออม)

5. การต้องออกจากโรงเรียนโดยไม่ได้ตั้งใจ

ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ราบรื่น รวมทั้งการถูกชักจูงจากเพื่อนหรือคนรักไปในทางที่ผิด ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงบางคนต้องออกจากการศึกษาก่อนเวลาอันควรเพราะขาดเรียนบ่อย หรือมีปัญหาด้านการเรียนจนเรียนไม่รู้เรื่อง ทำให้ต้องถูกเชิญออกหรือถูกไล่ออก นำไปสู่ความรู้สึกอับอายและกลัวการต้องกลับไปเรียนหนังสือใหม่ร่วมด้วย

“ของหนูก็คือตอนโดนไล่ออกจากโรงเรียนเมื่อปีที่ผ่านมา อาจารย์เค้าเคยพูดว่ามีงานหน้าด้านมาเรียนอีกหรือ หน้าหน้าจริง ๆ แบบนี้ คือวันที่เค้าไล่ออกไปแล้ว เค้าก็ยังมาพูด หนูก็เลยบอกว่าจะหน้าด้านมาเรียนอะ ถามว่าหนูแค้นคำพูดเค้ามั๊ยหนูก็ไม่แค้น...อาจารย์คนนี้คือคนที่ทำอะไรก็จะตำหนุในห้อง จะดี คือดีหนักที่สุดในห้องเลย คนอื่นตื๊นิดเดียวของหนูนี้จะหนักเลย คือหนูนะครูในโรงเรียนก็จะไม่ยอมรับ คือแบบโรงเรียนก็ไม่ไป การเรียนก็ไม่ดี เทอมสองเจอเพื่อนใหม่ย้ายห้องเงี้ย อะไรก็ไม่ดีอะไรก็ไม่เอา” (ฝน)

6. การถูกล่วงละเมิดทางเพศ

บ่อยครั้งที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีประสบการณ์อันขมขื่นจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยเฉพาะจากคนใกล้ชิดและไว้วางใจ ทำให้เกิดบาดแผลฝังใจ รู้สึกอับอายเหมือนตนเองเป็นผู้หญิงที่ไม่ดี รู้สึกตนเองด้อยค่า นำไปสู่การใช้ยาเสพติดเพื่อเยียวยาบาดแผลนั้นได้เช่นกัน

“เออ ก็แบบมาข่มขืนอะไรเราแต่เห็นเราร้องไห้เค้าก็ไม่ได้ทำอะไรคือถอดเสื้อผ้าหมดแล้วแต่เพียงแค่ว่า ยังไม่มีอะไรกัน เค้าเห็นเราร้องไห้ หนูก็กลัวจนตัวสั่น กลัวมากเพราะว่าเราไม่ได้คิดอะไรกับเค้าตั้งแต่แรกแล้วเราก้ไม่รู้ว่าจะคิดอะไรอย่างนี้กับเรา เราไม่รู้เลยเพราะว่าเราคิดมาตลอดว่าเค้าก็รู้ว่าเรามีแฟนอยู่แล้ว แล้วก็คลุกคลีกันเล่นกันมาประจำแล้วก็เหมือนเป็นเพื่อนมากกว่าไม่น่ามาทำอะไรอย่างนี้ประมาณเนี้ยะ” (ออม)

ภาวะวิกฤติในชีวิตภายหลังการใช้ยาเสพติด

ภาวะวิกฤติในชีวิตภายหลังการใช้ยาเสพติด หมายถึง ภาวะวิกฤติในชีวิตผู้ติดยาเสพติดที่เริ่มเกิดขึ้นภายหลังการเข้าสู่กระบวนการใช้ยาเสพติดแล้วประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก (Categories) ของภาวะวิกฤติเรียงตามลำดับจากความเห็นพ้องตรงกันของสมาชิกกลุ่มถึงภาวะวิกฤติที่พบได้มากและส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงเมื่อพิจารณาจากพลวัตของกลุ่มดังต่อไปนี้

1. การต้องถูกตีตราจากสังคม

การรับรู้จากสังคมที่มองผู้หญิงติดยาเสพติดว่า เป็นผู้หญิงที่ไม่น่าไว้วางใจ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอ่อนแอเพื่อแลกกับยาเสพติด ประกอบอาชีพที่ต้องขายยาเสพติดหรือเป็นบ่อนทำลายสังคมหรือประเทศชาติ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงรู้สึกประหนึ่งว่าตนเองได้กระทำอาชญากรรมร้ายแรง มีพฤติกรรมที่สมควรถูกรังเกียจ ถูกแบ่งแยก ได้รับการตีตราจากสังคม ซึ่งเป็นการรับรู้ที่กดขี่ ทิ่มแทงความรู้สึกผู้ติดยาเสพติดหญิงให้กลายเป็นตั้งคนขายขบ ไม่สามารถที่จะมีโอกาสได้ลืมตาอ้าปากในสังคมหรือถูกมองแบบสรุปเหมารวมเสมือนว่าไม่เคยมีความดีใดอยู่ในตัวอีกเลยเมื่อเริ่มใช้ยาเสพติด ซึ่งปัจจัยนี้ก็เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงขาดกำลังใจในการที่เลิกใช้ยาเสพติดอย่างจริงจังถาวร

“ภาพรวมเลยแล้วกันที่เวลาคนทั่ว ๆ ไปเนี่ยมองผู้หญิงใช้ยา จะมองว่าเอาตัวแลกยาเป็นผู้หญิงที่ไม่มีค่า เป็นผู้หญิงที่ง่ายอะไรก็ได้มียาตรงไหนก็ไปตรงนั้น เป็นผู้หญิงที่ไม่มีความคิดไม่มีอนาคต อย่าเสี่ยงจะเอาผู้หญิงประเภทเนี่ยมาเป็นเมีย เอามาเป็นครอบครัว มันคงจะออกจากวงจรการใช้ยาตรงนี้ได้ ผู้หญิงใช้ยาต้องเป็นผู้หญิงกลางคืน ต้องเป็นผู้หญิงที่ไม่มีอาชีพสุจริตทำเป็นผู้หญิงที่ไม่กล้าเปิดตัวในสังคมกลางวันทั่ว ๆ ไป ไม่มีการศึกษา ไม่มีอะไรดีเลยสักอย่าง” (ออม)

“เรามองว่าชียายังไงก็ชียายู่วันอย่างค่า...ก็แบบว่าเวลาเราไปยืมเงินใคร ค่าก็จะมองไม่ดีว่าเราจะเอาเงินไปทำอะไรเกี่ยวกับเรื่องยาหรือปล่าว บางทีเราก็มจะมีเรื่องจำเป็นที่ต้องใช้เงินจริงๆ ...แต่ค่าก็จะมองว่ามันติดยา มันคงไม่พ้นเรื่องยาหรือ...คนข้างบ้านอ่าคะ ค่าถามว่าไปไหนมาไปอยู่ไหนมา ถ้าเราบอกว่าไปติดคุกมาหรือว่า เราไปอยู่สถานบำบัดมา ส่วนมากก็จะพากันดูถูกอ่าคน ก็อยากให้สังคมเปิดกว้างให้มีทางเลือกให้สำหรับคนที่ติดยา” (ปลา)

“เราคบเพื่อนเราก็คบไม่ได้ เพราะสภาพบ้านของเราติด ออกไปคุยกับค่าก็ไม่ได้ ไปนั่งคุยกันอีกแล้วเดี๋ยวก็ติดกัน อะไรแบบนี้ ก็คือ ค่าไม่ไว้วางใจเรา เหมือนเป็นโรค” (จูนเส้น)

“แล้วลูกเราต้องกินต้องใช้ พวกที่ติดยายังนี้อ่า ไปยืมเงินใครเขา เขาก็ไม่ให้หรือเพราะว่ายืมเงินมาก็เอาไปซื้อยา แล้วสายตาเขาเนะ เขามอง” (แก้ม)

“ก็จากคนรอบข้าง ครอบครัว อย่างนี้ละ ก็เหมือนคล้ายๆแบบว่าเราเล่นยาแบบนี้ บางทีไปยืมตั้งค้อย่างนี้ เอาไปซื้อยาอะไรอย่างนี้ อะไรๆก็หาว่าเราเล่นเกี่ยวกับยา อยากให้ค่ามองเราในด้านดีบ้างแบบนี้ เปิดโอกาส” (เล็ก)

“เพราะว่าการที่เราออกไปจากที่นี่ ถ้าเค้าถามว่าเราไปไหนเราก็ไม่จำเป็นต้องไปบอกเค้าว่าเราไปติดคุกมาอะไรอย่างนี้...เพราะว่าคนหลายๆคนที่เค้าเล่นยา มีปล้นมีจี้อะไร มันทำให้สังคมมองเราว่าเราเป็น อันตรายสำหรับสังคม...หรือว่าคนที่เค้าไม่ติดยา กับติดยา ถ้าไปสมัครงานอย่างนี้ เค้าจะเปรียบเทียบกันแล้ว ถึงเราจะเคยใช้ยามาแต่เรามีความสามารถมากกว่าเค้า เค้าก็จะเลือกคนที่ไม่ติดยามากกว่า” (นุ้ย)

2. การถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือขายบริการทางเพศ

การใช้ยาเสพติดจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมากเพื่อหาซื้อยาในการนำมาเสพต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บีบคั้นให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงจำเป็นต้องทำงานในอาชีพบางอาชีพ เช่น การเป็นสาวเสิร์ฟ ร้านกลางคืน การเดินเปลื้องผ้า การขายบริการทางเพศ การยอมเป็นภรรยาซื้อขายให้ผู้ชายที่มีครอบครัวแล้วส่งเสียเลี้ยงดู เพื่อนำเงินส่วนหนึ่งมาใช้ในการซื้อยาเสพติด ทั้งๆที่ตนเองก็ไม่อยากประกอบอาชีพเหล่านี้แต่ทว่าก็ต้องทำ เพราะนำไปสู่รายได้ที่เพียงพอในการเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัว และนำไปซื้อหายาเสพติดมาใช้ได้หรือแม้กระทั่งในบางกรณีที่ยอมต้องมีเพศสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อแลกกับการถูกลบชื่อและไม่ต้องโดนดำเนินคดีทางกฎหมาย

“เหมือนพวกผู้ชายอะมันอยู่กลางทะเลนานๆ ก็อยากที่ ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับเรา เราก็ต้องทนตรงนั้นให้ได้...ก็จับนมจับตูดจี้คะ...แบบว่าเค้าก็ให้หนูขึ้นไปบนห้องกับตัน แล้วหนูก็โดนกับตันอะ ช่มชืดนี่ หนูก็ลงมาก็ต่าๆ สาตหมดเลย หนูเกือบฆ่ากับตันอะวันนั้น (น้ำตาคลอ)...พวกผู้คุมผู้กองอะไร ก็บอกว่าเอาหนู คือจะเอาหนูแล้วปล่อยหนู ก็คือช่วงวินาทีนั้นหนูไม่ยอมโดนจับ หนูก็ไปก็ไปก็เสร็จ สน.หนองอ้อ (นามสมมติ) มันจะมีโรงแรมข้างหน้า” (แก้ว)

“สองพันมั่งพันกว่ามั่งครั้งหนึ่ง...แล้วก็ไปกับฝรั่งแค่สองคน คนอื่นจะเอาหนูก็ไม่ไปบอกเค้าก่อนเลย...ถ้าเราให้เค้าจับเราก็ได้ดิบ” (ชิน)

“บางทีนิวเดินอะโกโก้ นิวก็โนบราหมดเลยไป...คือเขาก็จะเล่นตีกัน วิ่งไล่จับบ้างอะไรบ้าง” (นิว)

“มันเป็นคนๆไปอะคะ (หมายถึงการมีผู้ชายรับเลี้ยงดู) เริ่มหาคนเลี้ยงได้ก็แบบเริ่มติดยา แต่ว่าจนคนเดียวเลี้ยงไม่พอ ต้องออฟกับเพื่อนอะคะ...แต่ก็ไม่ได้เอาเราเข้าบ้านอะคะเค้าก็เข้าบ้านให้อยู่ ไทหาเค้าก็ไม่ได้ก็ต้องรออย่างเดียว เพราะว่าเค้ามีครอบครัวอยู่แล้ว ประมาณว่าน้อยเค้าจี้ ก็เค้าจะจ่ายเป็นอาทิตย์ ก็ถือว่าถ้าเค้ามีเวลาว่าง เขาก็จะมาหาเรา เขาอยากจะนอน อยากจะอะไรเราก็ต้องยอม ทั้งๆที่แบบไม่อยากทำไม่อยากจะไร” (ปลา)

3. การต้องหนีตำรวจ

ประสบการณ์การที่ต้องหลบหนีตำรวจเป็นระยะๆ ไม่สามารถลงหลักปักฐานในสถานที่ใดที่หนึ่งนานๆก็นับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติที่บีบคั้นจิตใจของผู้หญิงที่ติดยาเสพติดเช่นกันบ่อยครั้งก็ต้องเผชิญความเสี่ยงต่อการถูกคุกคามด้านชีวิตเพราะหลบหนีจากการจับกุมและกระสุนปืนของตำรวจ ในขณะที่เดียวกันต้องพวงหอบหิ้วเอาลูกน้อยตามติดไปด้วยเพื่อหลบหนีการถูกจับหรือถูกวิสามัญฆาตกรรมจากตำรวจ ซึ่งก็นับได้ว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตที่บีบคั้นจิตใจของผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นอย่างมาก

“เคยมีโดนแบบมาถีบประตูบ้านแล้วโดดไม่ทัน คือครั้งแรกที่กระโดดไปมีที่นอนรองรับเพราะแป้วเอาที่นอนที่พังแล้วไม่ใช่เอาไว้ตรงนั้น เพราะส่วนมากจะกระโดดออกทางหน้าต่างบ่อย แต่รอบสุดท้ายเนี่ยคือกระโดดไม่ทันคือหัวแป้วก็ห้อยอยู่ตรงนั้น ก็เลยโดนจับ” (แป้ว)

“แล้วตอนนั้นเพิ่งคลอดลูกได้ไม่ถึงเดือนตำรวจก็ลงเข้าบ้านหนู หนูก็ต้องหอบลูกที่ไม่ถึงเดือนนะคะไปอยู่ที่พญา...ก็คือว่านี่ตำรวจด้วยอะไรด้วย คือว่าบ้านหนูเองก็อยู่ไม่ได้แล้วหนูก็แบบหอบลูกไปอยู่ในที่ๆไม่ไปมาก่อนเลย” (ชิน)

“ตัวอ่อมเองไม่เคยโดนตำรวจซ้อม เพราะว่า ส่วนใหญ่จะสู้ จะมีปีนกันอยู่แล้ว ตัวอ่อมไม่ได้ยิงสวน แต่แฟนอ่อมจะยิง อ่อมจะคอยห้ามแฟนเพราะอ่อมกลัวแฟนโดนวิสามัญ เพราะแฟนอ่อมมันผล็อกอ่อมออกจากห้อง (อ่อม)

“คือเราไม่ได้ไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับอะไร แต่ที่นี้ถ้าเกิดแฟนโดนหมายหัวเหมือนกัน เราเองก็อยู่บ้านไม่ได้เหมือนกัน แฟนไปไหนเราก็ติดตามตามแฟนของเราไปตลอด เคยมีที่บุกบ้านมาเหมือนกัน ตอนนั้นหนูกำลังนอนอยู่ หลับอยู่ แฟนทำรถอยู่หน้าบ้าน ตำรวจมาถึงก็เอาปืนจ่อหัวเลยไปไหนไม่ได้เลย คือแฟนก็รับหมดเหมือนกัน ตำรวจเอาปืนจ่อหัวแฟน” (นิว)

4. การต้องออกจากโรงเรียนหรืองานโดยไม่ได้ตั้งใจ

การใช้ยาเสพติด ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงใช้เวลาในแต่ละวันอยู่กับการแสวงหาเสพติดและฟื้นตัวจากอาการถอนของการใช้ยาเสพติดค่อนข้างมาก ทำให้ต้องสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตไปไม่ว่าจะเป็น การเรียน การอ่านหนังสือ การทำงานตามเวลาที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ หรือถูกจับกุมจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ จนเป็นเหตุให้ต้องออกจากโรงเรียนหรือออกจากงานกลางคัน

“ช่วงที่มันต้องประเมินบรรจุเป็นพนักงานบริษัท คำก็ขอผลตรวจเี่ยว แต่เราไม่ผ่าน คำก็เลยให้ออก...อย่างเช่นช่วงทำงานโรงงาน พอเล่นเยะๆแล้วมันไม่สามารถไปทำงานโรงงานได้ เพราะว่าเราไม่ได้นอนหลายๆคืน พอหลับไปที่ สามวัน คำก็เลยบอกว่า ถ้าช่วงนี้แบบทำงานไม่ไหวก็หยุดไปพักที่บ้านก่อนมัย...แล้วก็ไอ้ตอนที่โดนไล่ออกจากโรงเรียนก็เพราะตอนที่เล่นยานี้แหละ ก็ไม่ไปโรงเรียน ช่วงนั้นก็ติดยาพอดีเลย” (นุ้ย)

“จนติดยาใช้ยา พอพอรู้พ้อก็ห้ามอะไรอย่างเงี๊ยนเราโดนไล่ออกจากที่ทำงาน” (วันเส้น)

“แต่หนูออกจากงาน เพราะโดนจับคะ โดนจับก็เลยต้องออกงาน” (แก้ว)

5. การต้องพรางจากคนรัก

ในช่วงชีวิตของการใช้ยาเสพติด ผู้หญิงที่ติดยาเสพติด อาจต้องมีโอกาสต้องพรางจากบุคคลอันเป็นที่รักอันได้แก่สามีและลูก จากเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น ผู้ติดยาเสพติดหญิงถูกจับกุมจากตำรวจ ทำให้ต้องติดในเรือนจำ ต้องห่างจากลูกน้อยที่เพิ่งคลอด หรือว่าต้องห่างจากสามีเนื่องจากสามีเองก็ถูกจับจากตำรวจเพราะใช้ยาเสพติด ทำให้ต้องเรียนรู้ในการเผชิญชีวิตตามลำพังโดยขาดที่พึ่งหรือต้องไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่เช่น เรือนจำหรือสถานบำบัดยาเสพติดโดยจำยอม และขาดการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากบุคคลอันเป็นที่รักได้แก่ ครอบครัว เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ขาดที่พึ่งหรือหมดพลังใจในการที่จะสู้ชีวิตต่อ

“ก็คือว่าหนูเห็นว่าเออแฟนโดนมาแล้วตั้งหลายรอบอะ คือแบบโดนอยู่ข้างในตลอด ชีวิตเค้าอะ ก็บอกว่าครั้งชีวิตเค้าเค้าใช้ไปในคุกหมดแล้ว ก็กะว่าตั้งแต่มาคบกัน ก็กะจะลืมหืมตาอ้าปาก ได้แล้ว ก็มาโดนจับแบบนี้อีก ชายก็แทบจะไม่ได้ขายส่วนมากก็แบบซื้อมาเสพเอง...ก็ไม่เหลืออะไร ก็ส่งสารเค้าอะ ที่ช่วยอะไรเค้าไม่ได้เลย (น้ำตาคลอ)” (ชิน)

“พอเกิดปัญหาอะไรปั๊บแฟนไม่อยู่ก็จะทิ้งเรา ให้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว แฟนโดนจับอะไรก็ไม่อยากที่จะไปบอกแม่ พอแฟนติดคุก เราก็ก็นั่งใช้ชีวิตอยู่ภูเกิด เราก็ก็นั่งใช้ชีวิตอยู่คนเดียว ตลอด” (นิว)

“ตอนนั้นก็มึนๆ แฟนก็โดนจับไป ก็เลี้ยงลูกคนเดียว ไม่กล้าเข้าบ้านเพราะว่า หนึ่งเรา ไม่ใช่ลูกเขา แล้วเราก็ก็นั่งออกมาจากบ้านอีก” (กิฟ)

6. การถูกทารุณกรรมทางกาย

ผู้ติดยาเสพติดหญิงมักมีประสบการณ์ของถูกทำร้ายจากครอบครัว คนรักที่ใช้จ่ายเสพติดด้วยกัน เพื่อบังคับให้หาเงินไปซื้อยาเสพติดบ้าง ยอมขายบริการเพื่อแลกยาเสพติดบ้างหรือถูกทำร้ายเนื่องจากคนรักกำลังอยู่ในช่วงใช้ยาเสพติดและหักห้ามอารมณ์ฉุนเฉียวของตนไม่ได้จากฤทธิ์ของยาจนกระทั่งมีการทำร้ายร่างกายกันเกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังพบประสบการณ์ของการถูกทำร้ายจากเจ้าหน้าที่ตำรวจขณะถูกจับกุม ประหนึ่งตนเองก่ออาชญากรรมร้ายแรง และเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่ได้มองถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ของตน ซึ่งเป็นบาดแผลฝังใจร้ายแรงหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงจำเป็นต้องใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องเพื่อเยียวยาบาดแผลทางหัวใจนี้

“ตำรวจก็พุ่งมาชน เขี่ยบกลาง 4 แยกอะ บีบคอหนู เอาปืนจ่อหัวหนู บอกมึงหยุดนะๆ พอลุกขึ้นมาก็ตบมิดหมดเลยหน้านี้...เค้าบีบคอเอาปืนจ่อหัว คนมองเยอะเยอะทำไมเขายังทำ พอลุกขึ้นมาได้เค้าตบขากรรไกรหนูมิดไปหมด ซอตไปหมด” (ชิน)

“คือแป้วโดนตำรวจทำร้าย แต่มันก็ไม่ได้ถึงกับหนักอะ แต่ก็คือ ล้มอะ เตะล้มทั้งยืน เตะตามข้อพับ เตะแรงเลย ก็จากที่แป้วยืนอยู่ล้มอะ เข้าต้นขา...โดนตบไปสองทีด้วยด้ามปืน ก็หน้าบวม แล้วก็ไหลเขียวช้ำเป็นรอยร่องเท้าคอมแบค ก็เจ็บอยู่เหมือนกันจนแป้วสารภาพแล้วก็คือบอกว่าอันนี้ (ยาเสพติด) มันเป็นของแป้ว” (แป้ว)

“ก็คือเขาไม่ยอมถามเหตุผลว่าเออมีปัญหาก็จริงรีเปล่า เออแต่เป็นพี่ชายแฟนทำนะ ทางแม่แฟนอะไรก็ไม่รวม เออไม่ถามเรา คือเข้ามาตีมาทุบเราอย่างนี้ คือแบบทำร้ายเราจนเราทนไม่ได้ คือนิ่งแล้วชกพักเค้าก็จะโถมมาละ บอกว่าเออตามเจอแล้วนะ คือฝั่งนู้นเอาช้อน เค้าก็จะบอก ไม่ตายก็บุญแล้วช่างมัน” (เล็ก)

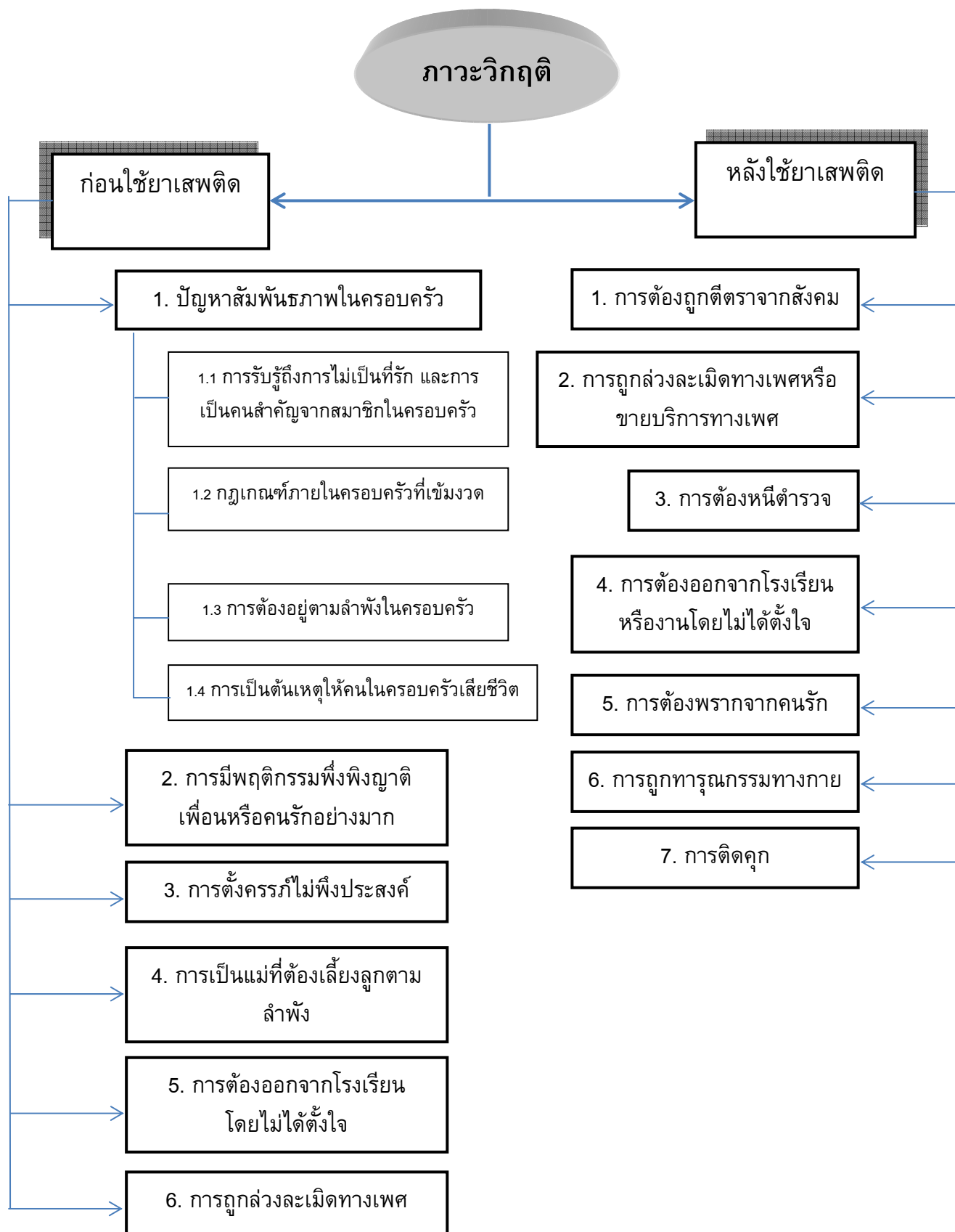
“ช่วงหลังเค้าเริ่มทำร้ายร่างกายหนู (หมายถึงแฟนคนที่สอง) ตอนนั้นหนูคิดว่าสุดๆ” (ชิน)

7. การติดคุก

การต้องติดคุกหรืออยู่ในเรือนจำเนื่องจากการใช้ยาเสพติด เป็นการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในชีวิตที่ต้องถูกบังคับให้อยู่ในกฎเกณฑ์ ขาดอิสระ ขาดการสนับสนุนทางจิตใจจากคนรักในครอบครัว ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีภาวะเคร่งเครียดและกดดัน นำไปสู่ความรู้สึกเห็นคุณค่าภายในที่ลดน้อยลง เกิดบาดแผลทางใจเนื่องจากมีอุปสรรค เป็นตราประทับกับการที่ต้องเปลี่ยนสภาพเป็นนักโทษหญิง

“เคยหนี แต่หนีไม่ได้ เคยหนีแล้วก็เคยโดนจับขังแยก ขังชอย ใส่โซ่คล้องมือคล้องขาอยู่ตลอด แล้วแม่ก็ไปเยี่ยมก็เดินออกมาอย่างนั้น วันแรกที่แม่เห็นเดินออกมาแม่ถามว่าเป็นอะไรอย่างไรนะ ก็เล่าให้ฟังว่าอยู่ไม่ได้ คือร้องไห้ทุกวันประมาณสองถึงสามเดือนได้ ทั่วๆที่มีป่าอยู่ในนั้น” (แป้ว)

จากประเด็นที่ 1 ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง สามารถสรุปออกมาเป็นแผนภาพได้ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง

ประเด็นที่ 2 เงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต

“แม่หนึ่งลงคุกเข้าแล้วก็ยกมือไหว้ให้หนูเล็กยา มันทำให้หนูคิดได้ (เสียงสั่นเครือ)” (แป้ว).

“ทำตัวให้เข้มแข็ง ก็คือเหมือน พระอาทิตย์ เหมือนมันจะตกไปยังไงพຽ່งนี้มันก็ต้องขึ้นมาใหม่ได้” (แก้ว)

“เมื่อยากให้เราเรียนให้สูงที่สุด เพราะว่าเพื่อที่เราจะได้มีงานดีๆทำแล้วก็ ไม่ทำให้เราหวนกลับไปใช้ยาเสพติดได้ เพราะมันจะอยู่ในวงจรเก่าๆทำงานกลางคืนที่จะต้องพึ่งยาเสพติด” (นิว)

ตัวอย่างประสบการณ์ข้างต้นแสดงถึงเงื่อนไขหรือปัจจัยที่มีส่วนในการช่วยคลี่คลายบาดแผลทางจิตใจจากประสบการณ์ในอดีต ซึ่งร้อยเรียงผ่านมุมมองของสมาชิกกลุ่มที่แลกเปลี่ยนแบ่งปันกระตุ้นให้เกิดการขยายความคิดต่อยอดจากเรื่องเล่าของเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจากพลวัตของกลุ่มล้วนมีส่วนช่วยให้การสนทนาแลกเปลี่ยนให้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและแตกแขนงได้กว้างขวางถึงปัจจัยต่างๆที่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้เป็นอย่างดี ผ่านบรรยากาศของกลุ่มที่ประคับประคองยอมรับและไม่ตัดสิน ซึ่งการได้เอื้อนเอ่ยถึงเงื่อนไขเหล่านี้ยังสามารถเสริมพลังให้ ผู้ติดยาเสพติดหญิงได้มีความมุ่งมั่นที่จะกระทำตามสิ่งที่ตนได้วางแผนหรือมุ่งมาดปรารถนาเพื่อเยียวยาหัวใจตนเองได้ในทั้งในปัจจุบันและอนาคต ประเด็นที่ 2 นี้ให้ความสำคัญถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง อันหมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่ทำให้พวกเขาสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้ ประเด็นดังกล่าวแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย (Sub-theme) ตามเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต โดยแต่ละประเด็นย่อยก็แตกออกได้เป็นหัวข้อหลัก (Categories) และหัวข้อย่อย (Sub-categories) ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้ความหมายในแต่ละหัวข้อหลักและหัวข้อย่อยมาประกอบซึ่งนำไปสู่การออกแบบนิยามปฏิบัติการเพื่อสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตได้ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual factor)

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลอันได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ สามารถแบ่งได้ทั้งหมด 7 หัวข้อหลัก (Categories) เรียงตามลำดับจากความเห็นพ้องตรงกันของสมาชิกกลุ่มถึงเงื่อนไขที่พบได้มากและส่งผลให้เกิดการเยียวยาชีวิตจิตใจของผู้ติดยาเสพติดหญิงได้สูงเมื่อพิจารณาจากพลวัตของกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. การตระหนักว่าทุกคนต่างก็เผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตน หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักว่าตนมิได้เป็นเพียงบุคคลเดียวที่ต้องประสบกับความทุกข์ ยังมีบุคคลอื่นๆที่ต้องประสบกับความทุกข์เช่นเดียวกันตนหรือมากกว่า

“มันมีความสุขกับการที่ ที่ได้เห็นคนอื่นที่เค้าแย่กว่าเรา เค้ายังสามารถที่จะลุกขึ้นสู้กับชีวิตเค้า แล้วเรามันก็ไม่ใช่ว่ามีปัญหาเยอะแยะเหมือนกับสำหรับคนอื่นซักเท่าไรแต่ทำไมเราจะไม่ลุกขึ้นสู้ มันก็ทำให้เรารู้สึก เหมือนเป็นแรงผลักดันอีกอย่างนึงนะให้เราจะต่อสู้ไปให้เจออนาคตที่ดี” (แป้ว)

“แต่ก็มองว่าเค้ายิ่งกว่าเราอะ เขายังไม่อายุเขายังทำเพื่อลูกได้ ยิ่งฟังแบบนี้ ตอนแรกคิดว่าจะมีน้ำตา ฟังของเขาแล้วหมดแล้วน้ำตาเลย ของเรามันเล็กน้อยสำหรับเขาแล้วละ ของเขาผ่านมายิ่งกว่าเราอีก เราอยู่ปานนี้เล็กน้อยเลยนะของเรา เขาผ่านมาเยอะ ผ่านเยอะยิ่งกว่าเรา ประสบการณ์สูง ปัญหาที่เราคิดว่าเราใหญ่แล้วนะ เรายังน้อยกว่าเค้าเยอะเลย” (แก้ม)

“อย่างพี่ๆมาวันนี้ก็เป็นโอกาสที่ดีมากสำหรับพวกหนูด้วย ทำให้หนูรู้ได้ว่าอย่างน้อยๆเลยปัญหาของเราอาจจะไม่ใช่ปัญหาที่เล็ก ๆ ที่สุด หรืออาจจะไม่ใช่ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดเมื่อได้มีการเปรียบเทียบปัญหากับเพื่อน แล้วก็ทำให้เรามีมุมมองอื่นๆตามเข้ามาด้วย อย่างน้อยถ้าเกิดว่าวิธีการแก้ปัญหามา มันไม่โอเคเนี่ย อย่างน้อยก็ใช้วิธีการของเพื่อนมาช่วยแก้ปัญหามา มันก็จะโอเคกว่า มันก็ไม่ใช่ตัวพี่คนเดียวที่ได้อะไรจากตรงนี้ ตัวพวกหนูก็ได้ด้วยเหมือนกัน” (ออม)

“ก็คือคิดว่าอย่างน้อยก็ไม่ได้มีเราที่แยคนเดียว” (ปลา)

“คิดว่าคนที่แยกว่าเรายังอยู่ได้อะไรได้ แล้วเราปัญหาแค่นี้ แล้วเราจะสู้เพื่อคนที่เรารักไม่ได้เหรอ” (วันเส้น)

“อยากให้มองโลกให้กว้างออกไปละ ยังมีคนที่แยกว่าเราอีก” (แอน)

2. การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงความดีงามและภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ชีวิตที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดรวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือและเป็นที่ยกย่องกับผู้อื่นได้

“มันดูตัวเองมีคุณค่ามากขึ้นว่าเราเป็นคนที่เคยเคยถูกมองในแง่ลบมาตลอดแต่วันหนึ่งเราสามารถเปลี่ยนตัวเราเองให้ดีขึ้นได้แล้วยังเปลี่ยนคนอื่นอีกหลายคนให้ดีขึ้นมาได้เหมือนกับเรา มันยิ่งภูมิใจ ภูมิใจมาก ๆ” (ออม)

“รู้สึกดีค่ะที่ว่า เหมือนตัวเองมีคุณค่า วันนี้มีคนรับฟังเราแล้ว...ช่วยเยียวยา คือ ทำให้ก็มีคุณค่า แล้วพอมันรับฟังปุ๊บมันเหมือนมีคนแก้ปัญหามา ช่วยเราแก้ปัญหามาในตัว นี่ก็คือเยียวยาให้แบบว่า อย่าได้เครียดอะไรแบบนี้” (กิฟ)

“การที่หนูทำให้แม่มีความสุขได้ หนูก็คิดว่าตัวหนูเองมีคุณค่าแล้ว...การที่ทำให้พวกเค้าที่หวังไว้กับหนู หนูทำให้เขาเห็นได้โดยการพัฒนาตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้นให้เค้าเห็น แล้วเขามีความภาคภูมิใจในตัวเองได้แค่นี้ละค่ะคือหนูก็คิดว่าตัวเองมีคุณค่าแล้ว” (นิว)

“คุณค่าในชีวิตของหนูก็คือ เห็นคุณค่าตัวเองว่าเรายังสำคัญอยู่ ขนาดเราโดนตำรวจจับแม่พูดกับเราอย่างนั้นแม่ยังมาประกันตัวเราออกไปเลยอ่าค่ะ” (ฝน)

“แต่สำหรับสิ่งที่สำคัญที่สุดของแป้วคืออย่างน้อยๆคือคนที่คนไม่เคยรู้จักกันเลยมาให้ความสุขกับเรามาสอนเรามาให้ชีวิตใหม่กับเรา แป้วว่าตรงนั้นมันมีคุณค่ามากกว่าการที่แป้วจะได้ความสุขจากครอบครัวอย่างพื่อมอย่างนิว อย่างเพื่อน ๆ ที่มีอยู่ เค้าพร้อมที่จะให้คำปรึกษาเราพร้อมที่จะสอนเราพร้อมที่จะดึงเราไปในทางที่ดีแป้วคิดว่าพวกนั้นสำคัญมากกว่าคนในครอบครัว” (แป้ว)

3. การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต หมายถึง ความสามารถในการตั้งจุดหมายของชีวิตใหม่รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อที่จะสามารถมีชีวิตใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติดอีก

“ทุกวันนี้ชีวิตนะคือเราก็คึกษาไปเรื่อย ๆ มีวิทยากรมาบรรยาย แล้วเราก็กวางแผนชีวิตไปเรื่อย ๆ ว่าเออเราพร้อมหรือยัง อาจเป็นเรื่องที่เวลาที่เป็นเจ้าหน้าที่ เราก็คงสามารถไปใช้ชีวิตข้างนอกได้ โดยที่เราไม่ใช้ยาเหมือนพวกพี่ๆเค้า...คิดว่า เราจะไปอยู่ข้างนอกยังไงโดยที่เราไม่ใช้ยาแล้วเราอยู่ในสังคมแบบมีความสุข เหมือนที่เราอยู่อย่างนี้ เราจะไปทำอะไร” (นุ้ย)

“จะเลิกยา จะเป็นคนใหม่ เพราะว่าหนูไม่เอาแล้วค่ะ ชีวิตแบบนี้ ที่ไปร่ำเร่ร่ำร้อนอยู่ข้างนอกอะไรอย่างนี้ บ้านก็มีอยู่ทำไมไม่อยู่” (ปลา)

“ตอนนี้ออมคิดได้แค่ว่าต้องตั้งหลักได้แล้ว ยี่สิบเจ็ดแล้ว ไหนจะลูกอีก คือพอมันอยู่ข้างนอกเงินมันหาง่าย แต่ไม่เคยมามองปัญหาในระยะยาว ไม่เคยมามองว่าชีวิตจะวนเวียนกับการเข้าออกหลบๆช้อนๆอย่างนี้ไปอีกนานแค่ไหน” (ออม)

4. การทบทวนย้อนมองชีวิต หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีโอกาสได้ใช้เวลาในการย้อนกลับมาคิดทบทวนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตของตนที่ผ่านมาโดยเฉพาะเส้นทางชีวิตที่ผิดพลาดเพื่อที่จะเลือกทางเดินใหม่ของชีวิตที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งมีการใคร่ครวญถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตและแนวทางการแก้ปัญหา

“หนูคิดว่า ได้มาอยู่ที่นี้มันก็ดี ทำให้เราได้คิดย้อนกลับไปเยอะเยอะเลย...ก็ตั้งแต่วันที่โดนจะจับเลยหนูก็คิดกลับไปนะว่า เออได้โดนจับแบบนี้มันก็ดี ทำให้เรามีเวลาย้อนคิดกลับไปว่า เออที่ผ่านมาเราผิดอะไรตรงไหนยังงี้” (ชิน)

“แต่ถ้าถึงขีดสุดจริง ๆ หนูก็จะเดินออกไป ไปนั่งรถเมล์เล่น ไปนั่งสะพานพุทธอย่างนี้ แล้วก็นั่งรถกลับพอสบายใจ กลับมาสักประมาณห้าทุ่มเที่ยงคืนหนูก็นั่งรถกลับมาแล้วก็เข้าบ้านนอน คิดแบบว่า เออ ทำไมมันเค้าดำเรา เค้าว่าเรา เราผิดตรงไหน ยังงี้ พอกลับไปก็ใจเย็นลง ยิ่งไปนั่งตรงสะพานพระรามแปด สบายใจขึ้น” (ชิน)

“อยู่กับตัวเอง...ก็ คิดทบทวนอะไรหลาย ๆ อย่างคะมันมองคนได้ทะลุเลย อย่างเช่นเรื่องเพื่อนอะไรอย่างนี้ พอลงไปแกรมไปหลาย ๆ วันอย่างนี้ หนูก็นั่งคิดทบทวนเหตุการณ์อะ ว่าทำไมเขาเอาชัตดาวนั้นก็เพราะว่า เพื่อนเราเดินไปเข้าห้องน้ำ ก็น่าจะรอให้เขามาหยิบให้ไม่น่าจะไปหยิบเอง เพราะว่ามันคิดอะไรได้หลาย ๆ อย่าง เพราะว่ามันอยู่กับตัวเองเยอะ” (ปลา)

“ก็มานั่งนึกย้อนหลังเวลาทุกวันนี้เป็นคนดีขึ้นมาได้ยังไงเราจะไม่เล่นยา... เพราะฉะนั้นเราต้องย่ำตัวเองอยู่เสมอว่าเราเป็นคนติดยา” (นุ้ย)

5. ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง หมายถึง การตั้งความปรารถนาอย่างแรงกล้าของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ต้องการพิสูจน์ตนเองต่อคำสบประมาทของบุคคลรอบข้างที่ปรามาสตนเองไว้ในอดีต โดยเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะสร้างอนาคตใหม่ที่ดีกว่าเดิมได้

“สำหรับหนูนะคะตอนนี้ก็คิดอย่างเดียวเลยว่าอย่าให้ใครมาว่าแม่เราว่าเลี้ยงเราให้เรารู้ไม่ได้ คือคำเดียวเลยที่คอยเตือนหนู” (นิว)

“ก็สำหรับหนูสิ่งเดียวที่มันเปลี่ยนความคิดของหนูได้ก็คือไม่อยากให้คนอื่นมาพูดว่า ลูกก็ไม่ใช่หลานก็ไม่ใช่เอามาเลี้ยงแล้วทำไมยังทำดีไม่ได้ จากคนในครอบครัว จากญาติพี่น้อง ลูกพี่ลูกน้องกัน...ก็เลยจะทำให้เห็นว่าคนที่มันไม่ใช่ลูกแท้ๆ (เน้นเสียง) ที่แม่ให้ทุกอย่างก็สามารถจะทำดีกับหน้ากูด้าให้แม่คืนได้ กับคำที่คนอื่นเค้าดูถูกแม่” (แป้ว)

“ตอนนี้หนูก็พิสูจน์อยู่เพราะว่า หนูก็สามารถ ซ้อรถ คือรถมอเตอร์ไซด์หนู ตอนนี้ก็ไปอยู่ที่บ้านแล้วคันหนึ่ง และก็คือตอนนี้หนูก็ต้องไปเลี้ยงลูก ก็คือลูกหนูอยู่โน้น ก็คือออกไปอะไรยังนี้ ลูกหนูต้องมีทุกอย่างจะไม่ให้น้อยหน้าคนอื่น” (แก้ว)

“ก็คล้ายๆหนูพิสูจน์ตัวเองก็อยากไม่ให้ใครเค้ามาดูถูก ก็คือพยายามที่จะสร้างครอบครัวตัวเอง” (วันเสาร์)

“มันก็เลยเป็นจุดฝันที่ทำให้หนูออกมาทำงานด้วยตัวเอง ในเมื่อเป็นอย่างนี้ เราก็ไม่อยู่สร้างความสะดวกร้อนให้เขาก็ได้” (ก๊อฟ)

“จนครั้งที่สามจนโดนส่งมาเนี่ยอะคะ ออมถึงตัดสินใจอยู่ต่อว่าตรงเนี่ยจะมาสามารถเป็นเครื่องพิสูจน์ได้ว่าให้เค้าเห็นว่าครั้งเนี่ยคำพูดของเราครั้งเนี่ยเราจะทำให้ได้” (ออม)

“ของออมก็แบบก็จะนึกถึงสิ่งที่เคยผิดคำพูดกับพ่อแม่ไว้ เหมือนเป็นบทพิสูจน์ว่า ครั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้ายแล้วที่หนูจะสัญญากับเขา ซึ่งตอนแรกรับปากกับเค้าแล้วไม่เคยทำได้เลย ก็โกหกเค้ามาตลอดอย่างที่เล่าให้ฟัง แต่ครั้งนี้จะเอาเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าถึงจะอึดอัดยังไงก็ต้องอยู่ที่นี้” (ออม)

6. ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง การรับรู้ถึงบุคลิกลักษณะภายในตนของผู้ติดยาเสพติดว่าสามารถยอมรับ เผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติ จนสามารถพัฒนาสู่การมีจิตใจที่แข็งแกร่ง และสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติได้

“ความเข้มแข็ง ก็คือเหมือน พระอาทิตย์เนี่ย เหมือนมันจะตกไปยังไงฟรุ้งนี่มันก็ต้องขึ้นมาใหม่ได้” (แก้ว)

“เราต้องเข้มแข็ง เพื่อจะออกสู่โลกภายนอก” (แอน)

“พอเราได้ไปเผชิญปัญหาตรงนั้นตามลำพังเนี่ย เราก็ได้เรียนรู้กับปัญหาตรงนั้นด้วยตัวของเราเองมันก็สามารถทำให้เราคิดได้เองว่าจริงๆแล้วเราควรเลือกทำหรือว่าเลือกเปลี่ยนแปลงตัวเองไปแบบไหนนะคะ ก็ทำให้เรามีความแข็งแกร่งในตัวเอง มีการแก้ปัญหาที่ดี มีการแก้ปัญหาต่างๆได้ด้วยตัวเอง ทำให้เรามีความเข้มแข็งขึ้น” (ออม)

“เราจะต้องอยู่จนกว่าเราจะเข้มแข็ง เราจะต้องพร้อมเพราะเราไม่สามารถหนี จากสิ่งแวดล้อมเดิมๆได้ เราต้องกลับไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมเดิมๆ แต่ อะไรที่จะทำให้เราเข้มแข็งขึ้นมาได้ มันขึ้นอยู่กับตัวเราทุกอย่าง ว่าเราจะกลับไปไร่เปล่า มันไม่ได้อยู่ที่กลุ่มเพื่อนเดิมหรือครอบครัว” (ออม)

7. การมีศรัทธา หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในรูปแบบของสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือจิตวิญญาณที่ศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติได้

“ก่อนนอนเราก็ขอบคุณพระเจ้า ว่าวันนี้เราไม่ช้ำยา พรุ่งนี้เราก็คิดอย่างนี้อีกว่าวันนี้เราก็จะไม่ช้ำยา ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตัวเรา เราก็คิดอย่างนี้ไปทุกวัน แล้วเค้าก็อยู่มาได้จนตอนนี้ 20 กว่าปีละ...ไม่จำเป็นต้องเป็นพระเจ้าแต่ว่าเป็นอะไรก็ได้ที่คุณศรัทธา ใช้ ถ้าเป็นคนไทยเราก็อาจจะก่อนนอนก็สวดมนต์ ไหว้พระ แล้วก็ขอบคุณสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่วันนี้คุ้มครองเราเพื่อให้เราไม่ต้องช้ำยา” (นุ้ย)

“แป่วรับชั้นรับมาบูชารับร่างเค้ามาทุกวันนี้ก็แค่ต้องการให้ตัวเองดีขึ้นต้องการให้พ้นจากตรงนั้นแค่นั้นเอง...พอสมมติว่าเราเคยตกต่ำที่สุดในชีวิต แต่พอเรารับเค้ามาแล้วเรารู้สึกว่ามันทำให้เราคิดได้สงบสุขมากขึ้น ก็เลยรับเค้ามา มันเหมือนกับว่ามันมีความรู้สึก สัมผัสถึงตรงนั้นรีเปลาไม่รู้หรือว่าเค้าต้องการที่จะปกป้องดูแลเรารีเปลาเราไม่รู้” (แป่ว)

ปัจจัยครอบครัว (Family factor)

ปัจจัยครอบครัว หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากการรับรู้การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว อันส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ แบ่งออกได้เป็น 2 หัวข้อหลัก (Categories) เรียงตามลำดับจากความเห็นพ้องตรงกันของสมาชิกกลุ่มถึงเงื่อนไขที่พบได้มากและส่งผลให้เกิดการเยียวยาชีวิตจิตใจของผู้ติดยาเสพติดหญิงได้สูงเมื่อพิจารณาจากพลวัตของกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัยต่อความผิดพลาดในอดีต หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าตนเองได้รับการดูแลทางจิตใจจากครอบครัว การมีที่ปรึกษา การรับรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมาย เป็นที่รักและได้รับการให้อภัยจากครอบครัวอันได้แก่ พ่อแม่ ญาติและลูกแม้ว่าตนจะมีพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวต้องเสียใจและเจ็บปวด รวมทั้งการสร้างความมุ่งมั่นตั้งใจภายในตนเอง โดยมีแรงจูงใจจากครอบครัวและลูก

“เค้าก็มาเยี่ยม เราก็รู้สึกเออ เค้าก็ไม่ทิ้งนะ (เสียงสั่น) ก็แบบมีกำลังใจขึ้นหน่อย” (วันเส็น)

“ทุกครั้งที่เวลามีปัญหาอะไรก็แล้วแต่ก็คือแต่คนแรกเลยที่จะเข้ามาลอบโยนแล้วก็ช่วยแก้ปัญหาไม่เคยทิ้งเรา อยู่เคียงข้างเราตลอด ก็คือครอบครัวพร้อมที่จะให้อภัยในทุกเรื่อง ก็ไม่เคยจะทอดทิ้งหรือไม่สนใจ ขนาดถึงขั้นไปเยี่ยมเรือนจำ ทั้งๆที่แม่อายุขณะที่เยี่ยมเรือนจำ หนูดูออกคะ แม่เป็นข้าราชการ เวลาจะลาแต่ละที่ที่โรงเรียนก็จะถามว่าจะไปไหนเค้าก็ต้องตอบบายเบี่ยงไป” (ออม)

“คนกลางเค้ารักมาก รักแบบ มีอยู่วันครั้งหนึ่งไม่ฟังเค้าอะ เค้าไปกระที่บถึงห้องเช่าเพื่อนเลย... ก็คือให้น้ำเกลือเลย เพราะเค้าพูดบอกว่า ถ้าไม่รักจะไม่ทำเลย จะไม่ทำอย่างนี้เลย เค้าจะปล่อย เออรัก คงรักจริง อะไอย่างนี้มากกว่า...เค้าพูดแล้วร้องไห้ด้วยใจ เค้าพูดแล้วน้ำตาเค้าก็ไหล คงเป็นห่วงมาก เป็นน้องคนเล็กด้วยแหละ มีพี่ชายสองคน แล้วหนูเป็นน้องคนเล็ก” (วันเส็น)

“แต่ว่าตาเค้าจะเป็นคนดูแลเราตลอด เค้าบอกว่าเค้าเข้าใจว่าการที่ติดยาเราเล็กไม่ได้ในทีเดียว แต่เราต้องค่อยๆลดลงจ้ แล้วเราถ้าเกิดบางที่เราไม่ไหวจ้เราก็สามารถคุยกับเค้าได้” (นุ้ย)

“คือว่าหนู คิดได้แล้ว จะหยุดอยู่กับแม่กับลูกมากกว่า เพราะไม่มีใครมาเยี่ยมหนู นอกจากแม่กับลูก...ตรงนี้ทำให้หนูคิดได้เลยว่า ไม่มีใครรักหนูจริงเท่ากับแม่ แล้วไหนจะหอบของอีกอะไรอีก หนูก็สงสารแม่ค่ะ” (ปลา)

“หนูไม่ได้ผิดแค่ครั้งหรือสองครั้งเหมือนพี่เค้า แต่หนูผิดซ้ำ ผิดซ้ำๆ แต่ก็มีแต่แม่พอหนูถูกจับอ่าพี่ พออาทิตย์หนึ่งแม่หนูก็ตามมาติดๆเลย...เค้าไม่เคยโกรธเลย หนูดูเหมือนว่าเค้าไม่เคยโกรธหนูเลย...หนูไม่ได้ผิดแค่ครั้งสองครั้งแต่หนูผิดมาโดย แบบหนูผิดซ้ำๆซ้ำๆ แม่ให้ออกโอกาสแก้ตัวก็ครั้ง ก็ครั้งก็ทำผิดอีก ไม่ได้สักที” (ปลา)

“ก็แบบว่า แม่เค้าไปได้ทุกที ต่อให้อยู่ไกลแค่ไหนก็ตามแม่ก็ตามไปให้อภัยเสมอ (เสียงสะอื้น)” (ชิน)

“แล้วเค้าก็ไม่เคยทิ้งเลยซักครั้งแม่จะโดนจับต่อให้ประกันเท่าไรก็ไม่เคยทิ้งหลักล้านก็ไปประกันลูก” (แป้ว)

“ครอบครัว หนูว่ามันก็มีส่วนทำให้เราดีขึ้นนะ เพราะว่า 1 กำลังใจ อย่างครอบครัวที่หนูเติบโตขึ้นมา เขาจะเป็นประเภทแบบว่า พ่อর্মจัดอะ คือไม่ค่อยพูดไม่ค่อยแสดงความรู้สึกออกมา คือเขารักแหละ ทุกวันนี้ที่คิดได้คือเขาดูแลลูกเรา” (กิฟ)

“คือเขาเลี้ยงผิดกับตอนที่เลี้ยงหนูมาเลย (หมายถึงลูกของกิฟ) ตอนนั้นก็กลายเป็นหัวแก้วหัวแหวนในบ้านไปเลย คือสิ่งที่พิสูจน์ที่ทำให้หนูคิดได้ว่าถ้าเค้าไม่รักเราเค้าคงไม่เลี้ยงให้เรา นี่ก็คือสิ่งที่ทำให้หนูยืนหยัดขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง ที่จะทำให้หนูไม่กลับไปยุ่งกับตรงนั้นอีก จะทำตัวอย่างให้ลูก ไม่ให้ลูกมีปมด้อยเหมือนเรา” (กิฟ)

“คือเค้าบอกกับเราว่าเค้าจะไม่เอาเราแล้ว แต่เค้ากลับมาป้อนข้าวเรา ดูแลเรา ไม่ไปทำงานเลย 3 4 วันที่เรานอนอยู่ตรงนั้น ทั้งรู้สึกแยแล้วก็รู้สึกดีด้วยที่เค้าดูแลเรา รู้สึกเหมือนละลายใจอะ...เค้าก็ตื่นมาตอนเที่ยงเค้าก็ไม่ได้ไปไหนเฝ้าเราคอยป้อนข้าวป้อนน้ำเราตลอด ก็รู้สึกดี ดูแลเราจนเรารู้สึกมาอาบน้ำได้ตอนนั้นคือหลับอย่างเดียว หลับตื่นมากินๆ แม่ก็ป้อนนมมือ” (นิว)

“ก็รู้สึกดี บางครั้งพ่อก็มาเยี่ยมคนเดียวแม่ไม่ได้มาด้วยก็คือ ก็รู้สึกดี มาคุยกับเรา...คิดว่าเค้ารักเรา แต่พอเราโดนจับแม่ก็ไปปรับตัวออกมา ไปประกันตัวมา...คะของหนูก็คือคิดว่าเค้าไม่รัก แต่เค้าก็มาเยี่ยมหนู ยังซื้อของมาให้ บอกรักหนูทุกครั้งที่เค้ามาเยี่ยม เค้าพูดว่าอยากให้หนูกลับไปเป็นเด็กดีของเค้าเหมือนเดิม คือรู้เลยว่าเค้ารัก เค้ามาเยี่ยมทุกอาทิตย์” (ฝน)

2. การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญู หมายถึง การเกิดความรู้สึกผิดกับพ่อแม่และครอบครัวต่อการกระทำของตนในอดีตเนื่องจากรับรู้ได้ถึงพระคุณของบุคคลเหล่านั้นที่เลี้ยงดูอบรมสั่งสอนตนเองเป็นอย่างดีรวมทั้งเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตอบแทนพระคุณบุคคลเหล่านั้น

“สำหรับหนู ก็คือแม่หนึ่งลงคุกเขาแล้วก็ยกมือไหว้...คือไม่คิดว่าคนที่เขาเลี้ยงดูมาว่า เราจะต้องมาทำให้เขาคุกเขาแล้วก็ยกมือไหว้คนที่เขาลูกเขา จำได้ถึงทุกวันนี้คือการที่แม่หนึ่งคุกเขา แล้วก็ยกมือไหว้บอกว่า ลูกแม่ขอเงินคืนเถอะ ถ้าหนูเอาไปซื้อยา แม่จะเอาเงินจากไหน...ถึงแม้เขาจะไม่ใช่แม่แท้ๆ หรือว่าไปได้มาจากที่ไหน ทุกวันนี้ก็คือพร้อมยินดีที่จะตอบแทนบุญคุณเขา จะไม่หันหลังเข้าไปหาสิ่งเดิม (เสียงสั่นเครือ)” (แป้ว)

“ถ้าเชื่อฟังพ่อก็คงไม่มีวันนี้ เพราะเราเข้าใจเอง คิดเองเออเองว่าเค้ากดดัน ที่เค้าพูดที่เค้าว่าคืออยากให้เราได้ดี ไม่อยากให้เรากลับไปใช้ยา” (วันเส้น)

“พอตอนนี้เราคิดได้แล้ว ตอนที่เราทิ้งแม่ไปทำไมเราถึงไม่คิด ทำไมตอนนี้เราถึงเพิ่งมาคิดได้” (ฝน)

“แต่ตอนที่ไม่ได้ติดคุกเนี่ย เถียงพ่อตลอด แล้วก็พอดิตติดคุก มันก็ทำให้เรารู้ว่า ก็คงไม่มีใครแล้ว ถึงจะเป็นวินาทีสุดท้ายที่พ่อไปเยี่ยมอย่างนี้ มันก็ยังรู้ว่า วันที่แก้วออกจากคุก พ่อไปรับ (หัวเราะ) เค้ากลัวลูกกลับบ้านไม่ถูกยังไงไม่รู้ พ่อตั้งแต่หนูออกมาเนะ หนูก็จากที่ไม่เคยหอม ไม่เคยกอด ไม่เคยอะไรพ่ออย่างนั้นนะ ก็เดี๋ยวนี้เนะหอมแก้มสองข้าง หอมหน้าผาก อะไรอย่างนั้นนะ” (แก้ว)

“คือเค้าบอกกับเราว่าเค้าจะไม่เอาเราแล้ว แต่เค้ากลับมาป้อนข้าวเรา ดูแลเรา ไม่ไปทำงานเลย 3 4 วันที่เราน้อยตรงนั้น ทั้งรู้สึกแยแล้วก็รู้สึกดีด้วยที่เค้าดูแลเรา รู้สึกเหมือนละลายใจอะ” (นิว)

“คือจะมีคนรู้ว่าอ้อมโดนจับไม่ก็ตนเอง แสดงความปกป้องทุกอย่างที่จะไม่ให้เราเข้าไปไม่ให้อ้อมเสียหายหรือว่าคนอื่นมองอ้อมในแง่ลบได้เลย เป็นความลับที่แบบรู้สึกดีที่เป็นแรงกระตุ้นให้เราพร้อมที่จะตอบแทนเค้าคืนด้วย” (อ้อม)

ปัจจัยชุมชน (Community factor)

ปัจจัยชุมชน หมายถึง ปัจจัยจากสังคมและชุมชนอันได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดซึ่งรวมทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดและกระบวนการบำบัดต่างๆที่ได้รับ ญาติมิตร โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อนนอกสถานบำบัด สามีหรือคนรักที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ แบ่งออกได้เป็น 4 หัวข้อหลัก (Categories) เรียงตามลำดับจากความเห็นพ้องตรงกันของสมาชิกกลุ่มถึงเงื่อนไขที่พบได้มาก และส่งผลให้เกิดการเยียวยาชีวิตจิตใจของผู้ติดยาเสพติดหญิงได้สูงเมื่อพิจารณาจากพลวัตของกลุ่มดังต่อไปนี้

1. การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าการบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดไม่ว่าจากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดงานบำบัด หรือการสนับสนุนระดับประคองทางอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกและการมีโอกาสให้การดูแลระดับประคองทางอารมณ์ให้กับผู้อื่นด้วย ว่ามีส่วนช่วยให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ โดยแบ่งเป็นหัวข้อย่อย 3 หัวข้อย่อย (Sub-categories) ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัด ความจริงใจและกำลังใจจากเพื่อน และการมีโอกาสได้ดูแลคนอื่นที่ประสบชะตากรรมเดียวกับตน

1.1 การเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัด หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ผ่านกระบวนการบำบัดในรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ไม่ว่าจะเป็น งานบำบัด การบำบัดแบบรายบุคคลและกลุ่มโดยมีการช่วยเหลือทางจิตใจซึ่งกันและกันโดยเฉพาะจากบุคลากรในสถานบำบัด ดังตัวอย่างข้อความ

“กลุ่มจิตเนี่ยก็คือเรากี่ได้ระบายความรู้สึกของเรา ให้พี่พยาบาลได้รู้ได้พูดในสิ่งที่เราอยากพูดที่เราพูดที่ไหนไม่ได้ แล้วก็ กลุ่มปรับเค้าก็จะ คือมันเป็นการระบายออกอย่างหนึ่งคือ อย่างน้อยๆมันก็มีวิธีที่ไม่ต้องโวยวายใส่ใคร กับที่ข้างนอกมันไม่มีที่ให้ระบายแบบนี้ พอเรารู้สึกไม่ดีกับใครเราไม่สามารถที่จะแสดงออกมากับเค้าได้ คือมันก็ฝึกอารมณ์ของเราไปในตัว ความอดทน” (กิฟ)

“ทุกวันพอหีส นุ้ยก็จะไปเรียนกลุ่ม NA ในกลุ่มก็จะมาแชร์ประสบการณ์กัน สิ่งที่เราเล่ามันอาจจะเป็นอุทาหรณ์ให้คนว่า ฉันเคยผ่านตรงนี้มานะ แล้วฉันผ่านมันไปได้ยังไง เหมือนกับเป็นคนที่เคยติดยาเสพติดมาก่อน แล้วก็ดูแอลีกคน อย่างบางทีถ้าเรา เออถ้าเราอยู่ข้างนอกแล้วอยากใช้ยา เราก็อโหไปหารุ่นพี่ตอนนั้นว่าเคยติดยาแล้วเราอยากใช้ยามากจะทำยังไง แล้วเราก็ลองเอามาใช้กับตัวเรา” (นุ้ย)

“ก็ชอบนะเหมือนได้ระบายก็เรื่องมันก็จบ เวลาสมมติเรามีปัญหากับเจ้าหน้าที่คนไหนเรากี่ได้ระบาย (หมายถึงการเข้ากลุ่มจิตบำบัด)” (ปลา)

“เวลาเข้ากลุ่มจิตอะไรอย่างนี้เค้าจะแนะนำเค้าจะให้กำลังใจ เพราะเราเข้ากลุ่มจิตเราจะคุยกับเค้าได้ทุกเรื่อง” (ปลา)

“มีความรับผิดชอบมากขึ้น เอาใจใส่...รู้ว่าตัวเองมีค่ามากขึ้น...ได้เรียนรู้เพื่อน ๆ สมาชิกหลายๆคนค่ะ ประสบการณ์เรากี่ยังน้อยกว่าของเพื่อน ๆ อย่างนี้ ตรงนี้มันผ่านมาได้เลยคะ” (แอน)

“เค้าจะรับฟังไม่ว่าเรื่องจิปาตะ ร้อยแปดพันเก้า เรื่องอะไรก็แล้วแต่เค้าจะฟังเราหมด แล้วเค้าจะให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ...ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรก็แล้วแต่มันจะจบในกลุ่มทุกกลุ่ม ถึงเค้าจะไม่รับฟัง เค้าก็ต้องฟังเรา แล้วเค้าก็ต้องให้คำปรึกษาเรา ถึงเค้าจะไม่เต็มใจเค้าก็ต้องเต็มใจ (หัวเราะ)” (นุ้ย)

“ที่นี้พี่หลายคน รวมทั้งพี่ผู้ช่วยเหลือ พี่พยาบาลเค้าก็พร้อมที่จะให้ความสุขเหมือนกัน เป็นแม่ของเราอีกคนนึง แป๋วก็เลยเลือกที่จะอยู่ตรงนี้ต่อ” (แป๋ว)

“แต่มาอยู่ตรงนี้มีกลุ่มต่างๆที่ขัดเกลาความคิด เราสามารถได้พูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เราเหมือนแชร์กัน ว่างใจกัน” (ออม)

“คือการมาอยู่ที่นี้ทำให้เราคิดอะไรหลายอย่าง ปัญหาเรื่องการพลัดพราก ปัญหาเรื่องการที่จะต้องแยกมา แยกจากทางบ้านมา มันทำให้เราเห็นครอบครัวเรามีค่า” (ออม)

1.2 มิตรภาพและกำลังใจจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้ถึงการสนับสนุน ประคับประคองทางอารมณ์จากเพื่อนสมาชิกในสถานบำบัดที่มีส่วนทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติได้

“อยู่ที่นี้แป๊วได้รับความสุขจากเพื่อน...คืออย่างน้อยๆเพื่อนที่นี้ก็ได้เล่นยา แล้วความจริงใจ (เน้นเสียง) มันจะมองออกว่าคนไหนจริงใจกับเรา คนไหนไม่จริงใจ อย่างเพื่อนข้างนอกคือเต็มที่มาหาเล่นเสริจก็ไป มันมีความสุขชั่วคราว มีก็ดี ไม่มีก็ดี แต่อยู่ในนี้คือเราได้ว่า เวลาเราเครียดหรือเราท้อเราไม่มีมาเข้ามาเลย แต่เราจะความสุข ได้กำลังใจจากคนในนี้” (แป๊ว)

“แต่สำหรับคนๆนี้คือ เป็นทั้งพี่เป็นทั้งแม่ เป็นทั้งเพื่อนอยู่ในจุดๆเดียว ไม่ถูกคือว่า ถ้าถูกคือชม ถ้าเครียดคือปรึกษา เป็นคนๆเดียวที่แป๊วมีกำลังใจเป็นส่วนเยอะเลยที่อยู่ที่นี่ได้... รู้สึกดี แล้วก็ รักมากกับคนๆนี้พร้อมที่จะเชื่อฟังแล้วก็พยายามเปลี่ยนให้ดีที่สุด (เสียงสั่นเครือ) สำหรับเค้า” (แป๊ว)

“ตรงนั้นมันเหมือนกับว่าต่างที่มาไม่ได้รู้จักกันก็จริง ไม่ได้มาวันเดียวกันก็จริงแต่พอมันด้วยระยะเวลามันอยู่ด้วยกันหลายเดือนมันอาจจะเป็นความรักผูกพัน ทำให้เรารู้ได้ว่าจริง ๆ แล้วที่เค้ามาแสดงออกกับเราแต่ละคนเนี่ย จริงๆแล้วเค้ารู้สึกยังงั้น เราก็ไม่ทราบได้จากตรงนั้น แต่มันก็ยังดีกว่าตรงที่ว่าอย่างน้อยๆเลย ก็ยังเห็นว่ามีให้กำลังใจกันและกันได้เวลาที่มันมีปัญหา” (ออม)

“เวลาที่เรทำอะไรผิดอย่างเนี่ยอะคะ ก็จะมีคนมาคอยบอก เค้ามาสอนเราให้เรารู้ว่าเออตรงนี้เราผิดอะไรอยู่ตรงเนี่ยะ เหมือนที่ไม่ใช่คนอื่นไกลอย่างเนี่ยอะคะ...ก็ เหมือนกับว่าเค้าเนี่ยคอยสนใจใส่ในตัวเราอยู่ว่าเมื่อก่อนเราไม่มีใครมาคอยสนใจ แต่มาอยู่ที่นี่คือจะมีพี่ที่คอยให้คำปรึกษาแนะนำเราไปในทางที่ดีตลอดคะ” (ฝน)

“เพื่อนที่นี้ก็ ก็ช่วยได้เยอะคะก็เนื่องจากว่า เราอยู่ในนี้กันด้วย เราไม่ได้ใช้ ไม่มีใครใช้ยาเสพติดกันด้วย ก็คอยเป็นห่วงเป็นใยกัน คอยถามคอยไต่กันเวลากินข้าวก็นั่งกินด้วยกันอะไอย่างเงี้ยคะ” (นิว)

1.3 การมีโอกาสได้ดูแลคนอื่นที่ประสบชะตากรรมเดียวกับตน หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีโอกาสได้แบ่งปัน ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงด้วยกันเองและทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

“หนูเองก็อาจจะได้แค่ช่วยพูดและก็นำเค้า ทำให้ตัวเรามีค่ามากขึ้น แต่ยิ่งถ้าเกิดว่าเราดูแลเค้าไม่ใช่ดูแลแค่บอกแต่เราจะพาเค้าไปกับเรา แล้วน้องก็พร้อมที่จะไปกับเรา เหมือนพาเดินไปด้วยกันมันก็จะยิ่งมีกำลังใจมากยิ่งขึ้นที่ว่า มันดูตัวเองมีคุณค่ามากขึ้นว่า เรา เป็นคนที่ เคยมอง เคยถูกมองในแง่ลบมาตลอดแต่วันนี้เราสามารถเปลี่ยนตัวเราเองให้ดีขึ้นได้แล้วยังเปลี่ยนคนอื่นอีกหลายๆคนให้ดีขึ้นมาได้เหมือนกับเรา มันยิ่งภูมิใจ ภูมิใจมาก” (อม)

2. การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงการมอบโอกาส การสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจและการตระหนักถึงศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์จากบุคคลรอบข้างในสังคมนอกเหนือจากคนในครอบครัวและจากเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัด

“อยากให้สังคมคิดว่าบางทีคนใช้ยาอาจจะมียุติภาพมากกว่าคนที่ไม่ใช่ยาเสพติดก็เป็นได้...ให้สังคมเปิดโอกาส...ก็อย่างสมมติแบบว่าไปสมัครงานนี่ละ เขามาเช็คประวัติเราว่าเราเคยติดคุกติดตารางมาอย่างนี้จะไม่เปิดโอกาสให้จะไม่รับ” (แก้ว)

“คนข้างบ้านอ่าคะ คำว่า ก็อย่างที่นุ้ยพูดอ่าคะ คำถามว่าไปไหนมาไปอยู่ไหนมา ถ้าเราบอกว่าไปติดคุกมาหรือว่า เราไปอยู่สถานบำบัดมา ส่วนมากก็จะพากันดูถูกอ่าคน ก็อยากให้สังคมเปิดกว้างให้ เปิดให้ แบบว่าให้มีโอกาสให้ ให้มีทางเลือกให้สำหรับคนที่ติดยา” (ปลา)

“คือ ว่า ต้องลด ลด ในการใช้ความรุนแรงให้น้อยลง (หมายถึงตำรวจ) เพราะจริงๆ เราก็คนขายยามันก็ไม่ได้ คือมันอาจจะเป็น มันอาจจะบ่อนทำลายประเทศชาติอยู่เหมือนกัน แต่ยาพวกนี้มันไม่ใช่สิ่งที่ดี แต่ว่าเราก็ไม่ได้ไปทำร้ายใครหรือว่าไปอะไรแบบนี้ แบบว่ามันไม่ใช่พวกไปทำร้ายร่างกาย ที่ฆ่าข่มขืนอะไรอย่างนี้” (นุ้ย)

“แต่ถ้าเกิดว่าคนในสังคมที่เราอยู่ด้วยในตอนนั้นเนี่ย เคยยอมรับเค้าเปิดโอกาสให้กับเรา เค้าไม่มารังเกียจเราในส่วนที่เราเคยทำผิดไปเค้าพร้อมที่จะให้โอกาสเรา มันก็เป็นเรื่องที่ดี” (แป้ว)

“พีๆ (หมายถึงทีมผู้วิจัย) ที่เข้ามาในช่วงแปปหนึ่งในชีวิตของพวกเขาหนูก็จริงอะแต่ว่าเวลาอย่างน้อยเลย พวกพีก็ไม่ได้มารังเกียจอดีตของพวกเขาหนุ แถมยังมองว่าอดีตของพวกเขาหนุเนี่ยสามารถช่วยใครอีกหลายคนได้ด้วยซ้ำ มันทำให้พวกเขาหนุคิดว่าตัวพวกเขาหนุเองยังมีค่า อดีตที่มันแย่มากสำหรับพวกเขาหนุนะ มันไม่ได้แย่ไปซะหมด” (ออม)

“ได้ออกไปเล่าประสบการณ์ให้พวกพีๆที่มาดูงานบ้าง แล้วก็ที่ตอนเมืองบ้าง พี่ทหารบ้าง คือออกไปเล่าประสบการณ์ตรงนั้น มันทำให้เรารู้สึกเหมือนเป็นคนที่มีประสบการณ์คนหนึ่งแล้วประสบการณ์ที่เราว่าเลวร้ายเนี่ยสามารถเป็นอะไรที่มีประโยชน์ ใช่ว่ารู้สึกดีขึ้นมาเลยจากที่แยตรงนั้น” (ออม)

“ก็กลับไปแล้วก็เล่าให้แม่ฟังว่า อ่า ได้คุยกับพี นักศึกษาปริญญาเอก คำมาพูดคุยกันเงี่ยะ ว่าปัญหามันเป็นไงมั่ง หนุก็ว่า หนุก็รู้สึกดีกับการที่ได้มา พูดคุย แล้วก็ เล่าประสบการณ์ของตนเอง ของตัวเอง ของตัวหนุเนี่ยให้ผู้ใหญ่ฟัง อ้อ แม่คำก็ถามว่าจะเอาไปทำอะไร ประมาณนี้ใช้มัยคะ คือก็เลยบอกไปบอกว่า ก็เอาไปเพื่อที่จะ ให้เป็นการเรียนรู้อ” (ออม)

“มีความสุข ก็ได้คุยกับแม่ว่าได้คุยหนุ่นได้คุยนี้ มีพีเค้ามาทำเหมือนแนะนำก็มีอะไรอย่างเนี่ยะก็ได้ระบาย ได้รู้ด้วยว่าเรื่องต่างๆของเราเป็นอย่างไร ก็เล่าให้เค้าฟัง” (ฝน)

“ก็อย่างน้อยๆก็ในการที่แบบว่า ถ้าสมมติว่าเราเจออย่างตำรวจแบบนี้ ถ้าเรากล้าที่จะเสาะให้สื่อมวลชนฟัง แล้วให้เค้าร้องเรียนแทนเราอย่างนี้ มันก็ได้นะในความเป็นจริงมันก็มีเปอร์เซ็นต์ที่น้อยๆว่าพอเราโดนจับแล้วเราก็คงอยู่ในคุก(หัวเราะ)...อยากให้ทุกคนเปิดโอกาสให้กับตัวเรา อย่าไปซ้ำเติม จะได้มีกำลังใจ” (แก้ว)

3. การได้รับโอกาสด้านการศึกษาต่อที่สูงขึ้นและการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักถึงประโยชน์ของการศึกษาต่อ การมีโอกาสประกอบอาชีพสุจริตและการรับรู้ถึงศักยภาพแห่งตนด้านการศึกษาและการทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดซึ่งจะช่วยให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้

“คิดว่ามันก็สำคัญอะคะ เพราะว่าตอนนี้นะขนาดทำงานโรงงาน อย่างน้อยก็ต้องม.สาม ถึงเค้าจะเข้า...ความจริงหนูก็คิดเหมือนพี่นุ้ยอะคะ เพราะว่า ยิ่งวุฒิสูงเท่าไร เงินมันก็ยังเยอะอะคะ ถ้าเกิด เตี้ยวันวุฒิต่ำๆมันก็หางานทำก็ไม่ค่อยได้คะ” (ปลา)

“ที่หนูไปสมัครงานสหกรณ์ไฟฟ้า ก็แค่เป็นพนักงานเดินเอกสารภายในตึกของสหกรณ์ไฟฟ้าของเค้า ก็พอเค้าบอกว่าถ้าอยากเป็นพนักงานของการไฟฟ้าเลยต้องไปเรียนต่อให้จบปริญญาตรีถึงเค้าจะ เต็มที่ก็มอหก เค้าถึงจะบรรจุเราเป็นพนักงานของสหกรณ์ พอได้วุฒิม.หกปีบุเราไปเรียนต่อปริญญาก็ได้เป็นข้าราชการไฟฟ้าไปเลย” (วันเส้น)

“ถ้าเกิดหนูจบม.หกเนี่ย แล้ววันหนึ่งหนูพร้อมกับการที่จะออกไปใช้ชีวิตอยู่ข้างนอกมันก็มีวุฒิที่สูงขึ้นกับการไปสมัครงาน โดยที่ไม่จำเป็นที่จะต้องให้พ่อแม่ฝาก อาจจะเป็นเลือกสายอาชีพที่เราถนัดก็ได้...แต่เราก็ไม่สามารถที่จะให้พ่อแม่มาเลี้ยงดูเราต่อได้เค้าต้องตายก่อนเราไม่ใช่เราตายก่อนเค้าตรงนี้ แล้วถ้าวันใดวันหนึ่งมันไม่พอ มันก็ต้องกลับไปในวงจรเดิม มันไม่ต้องเหนื่อย มันโอเค สบายๆ” (ออม)

“ตอนนี้ชีวิตแป้วคือขอแค่มัธยม.หกใบเดียว มัน มันสามารถรองรับได้อยู่แล้วกับโรงงานที่แม่ขายของอยู่...ถ้าเราทำงานโรงงานอย่างเนี่ยะมันต้องมีกะให้เราทำอยู่แล้ว ในสาย ในมุมมองของแป้ว แป้วคิดว่ามัน (การศึกษา) มีส่วน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เราไม่กลับไปเล่นยาแน่นอน” (แป้ว)

“รู้สึกภูมิใจมากกก ก็เลยกลับไป เค้าเรียกใบคาร์บอนนะ ใบเงินเดือนนะ ใบแรกนะ ยังเก็บไว้ทุกวันนี้ ก็คือเก็บ ๑หมัดเลยที่เค้าให้มา ใบคาร์บอนนะ ใบเงินเดือนนะ เก็บหมัดเลย เก็บทุกใบเลย” (แก้ว)

“วันใดวันหนึ่งที่แม่จากเราไปอย่างเนี่ยะ ก็จะต้องเหลือแต่เราแล้วที่จะต้องหาเลี้ยงตัวเองด้วยอาชีพที่สุจริต แม่อยากให้เราเรียนให้สูงที่สุด เพราะว่าเพื่อที่เราจะได้มีงานดีๆทำแล้ว ก็อาจจะส่งผลให้งานดี ๆของเราเนี่ยะ ไม่ทำให้เราหวนกลับไปใช้ยาเสพติดได้ เพราะมันจะอยู่ในวงจรเก่าๆไม่เหมือนคนปกติ เพราะทำงานกลางคืนที่จะต้องพึ่งยาเสพติด” (นิว)

“ก็คิดว่าออกไปคิดว่ามีงานทำที่สุจริตก็มันก็เป็นผลดีอย่างที่ว่าเมื่อก่อนไม่เคยได้ทำงานตกเย็นมากก็ไปรวมกลุ่มกับเพื่อนก็ไม่พ่นกับเรื่องยาเรื่องอะไรพวกนี้ แต่ถ้าได้ทำงานแล้วก็อย่างที่พี่แสบบอกก็คือ อย่างน้อยๆก็ได้ทำงาน มีกะ เราก็ได้ทำกะไป ก็ไม่ค่อยมีเวลาที่จะมานั่งถึงยานั่งถึงอะไรพวกนี้ มันก็อาจจะทำให้ชีวิตดีขึ้นนะ” (กิฟ)

“มันก็ทำให้เราไปหางานทำได้ อย่างน้อยเค้าก็คิดว่าเป็นวุฒิ เพราะว่าไปสมัครงานที่ไหนก็ต้องใช้วุฒิ ไปยื่นยันว่าเราอ่านออกเขียนได้...แต่เดี๋ยวนี หนูได้ยื่นข่าวมาแว่วๆว่า ทางกรมคุมประพฤติเค้ามีโครงการมีเงินทุนในการประกอบอาชีพหรือการศึกษาให้กับคนที่เค้าไม่มี มันก็น่าสนใจดี แต่มันเป็นโอกาสสำหรับคนที่ออกไปแล้วคิดจะเลิกจริงๆแล้วแบบ สามารถมีเงินทุนไปประกอบอาชีพอื่น โดยที่เราออกไปเราไม่ต้องไปขายยา” (นุ้ย)

4. การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการที่ต้องปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงกลุ่มเพื่อนเดิมหรือคนรักที่เคยใช้ยาเสพติดเพื่อที่จะก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตของตนได้

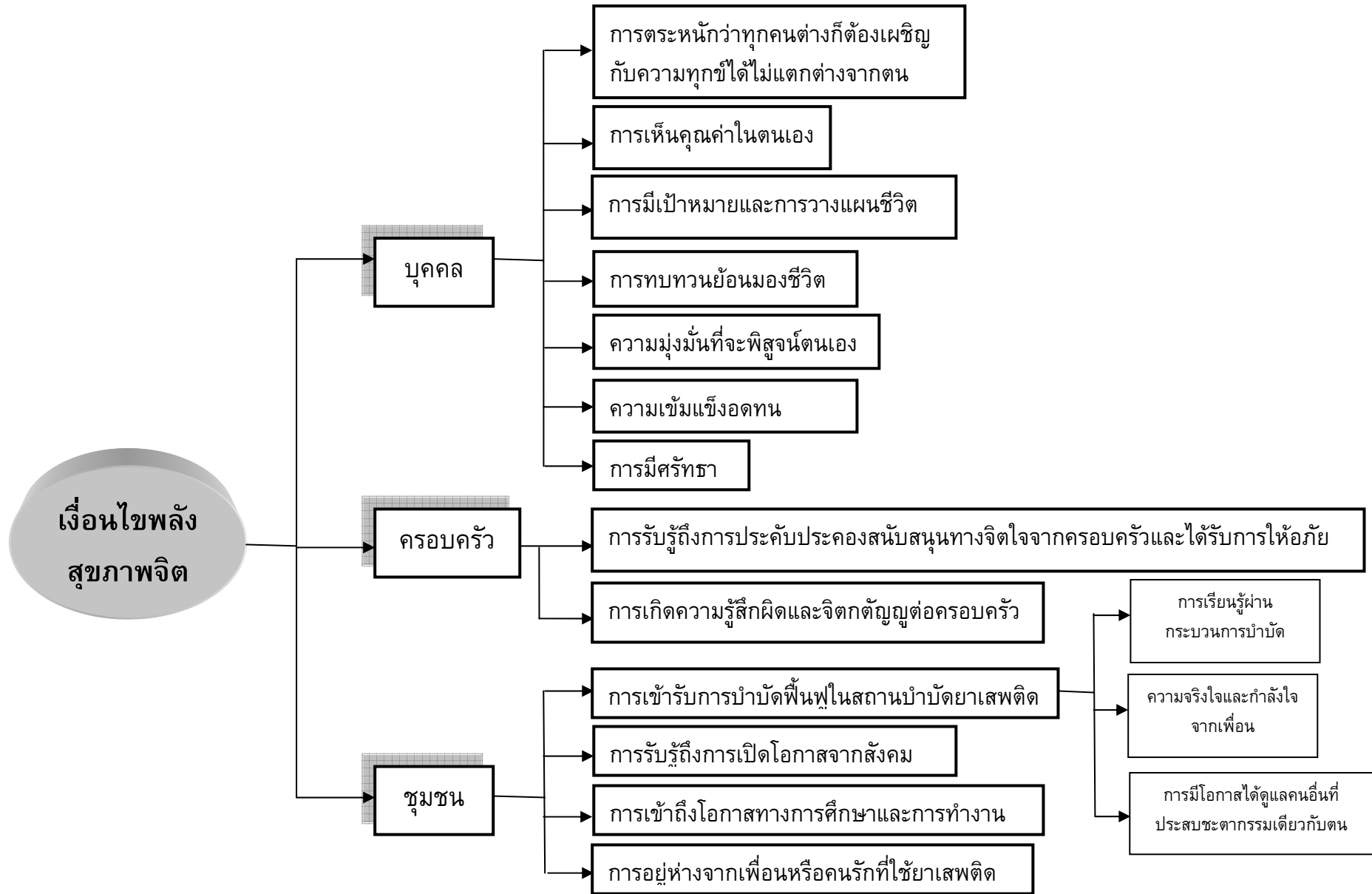
“แค่ช่วงลากลับไปเยี่ยมบ้าน ไม่เคยออกไปไหนคนเดียว ออมออกไปแล้วจะต้องไปเจอกับเพื่อนกลุ่มเดิมๆ ในเรื่องของการขายด้วยซ้ำเพราะว่าออมยังมีเบอร์ติดต่อกับพวกที่อยู่ในเรือนจำอยู่ ทุกคนพวกเพื่อนก็ยังรอที่ออมจะกลับไปอยู่ ไม่ใช่ว่าออมไม่รู้ แต่ออมเลือกที่จะไม่ออกไปไหนคนเดียว...ถ้าไปเดินตลาดแถวบ้านออมปฏิเสธตลอด ออมไม่ไป ยังไงก็ไม่ไป ไม่อยากให้ใครรู้ว่าลาเยี่ยมบ้าน” (ออม)

“หนูก็ไม่มั่นใจอะ ถ้ากลับไปอยู่ที่เดิมก็ไม่พ่นเรื่องเดิม สิ่งที่หนูคิดไว้ว่าถ้าหนูกลับไปอยู่กับแม่เหมือนเดิมเนี่ย หนูก็จะอยู่รอดจากตรงนี้ได้ 100 % ไปอยู่ตรงนั้นมันไม่มี แต่สิ่งที่หนูเติบโตเองออกมาอยู่ข้างนอกเนี่ยมันมีรอบตัวสี่ด้านเลย...ใช่ค่ะ คือเหมือนกับว่าพร้อมที่จะดึงเราเข้าไปตลอดเวลาอยู่แล้ว ถ้าเรากลับไปอยู่สภาพแวดล้อมเดิมๆก็ไม่รอด” (กิฟ)

“มันเป็นตัวกระตุ้นอย่างหนึ่งนะ การคบเพื่อนเนี่ย อย่างที่พี่ พี่เค้าบอกมา หนูถึงบอกว่ามันก็มีส่วนสำคัญ แต่ว่าทั้งนี้ทั้งนั้นมันก็อยู่ที่ตัวเราด้วย แต่เค้าบอกว่าการที่เราใช้ยาเสพติดเนี่ย ถ้าเราคิดจะเลิกเราอย่าไปประมาทว่าเราจะเอาอยู่ เพราะว่า แบบเดียวเอง แค่แบบว่า แค่เราหยิบมันขึ้นมาแบบนี้ พอต่อไปเรารู้ตัวอีกทีเราก็ไม่สามารถเลิกมันได้แล้วแหละ” (นุ้ย)

“ยังไงสักวันเราก็ต้องเห็นถ้าแฟนเราดูอ่า แล้วเราก็ต้องกลับไปเหมือนเดิม เพราะว่า มันเป็นสิ่งแวดล้อม เราเห็น เราก็ต้อง แล้วคนเรา บางคนเคยโดน อ่า เคยดูต (เสียงหัวเราะ) คนมันเคยดูตอ่าพี่มันเห็นมันจะอดไม่ได้ แต่ถ้าเกิดเราไม่เห็นเราแบบ มีโน้มน้าเนี่ยทำอะไรอย่างเนี่ยเราก็จะไม่คิด” (ปลา)

จากประเด็นที่ 2 เงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต สามารถสรุปออกมาเป็นแผนภาพได้ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 เงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดพลังสุขภาพจิต

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพลังสุขภาพจิต แบ่งเนื้อหาการนำเสนอเป็นทั้งหมด 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และการแปลผล 2) การสังเคราะห์นิยามปฏิบัติการและพัฒนาข้อคำถาม 3) การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดเบื้องต้น 4) การตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบลู่เข้าและความเที่ยงตรงเชิงจำแนกและ 5) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และการแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันของการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 7

ตาราง 7 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	แทน
n	จำนวนตัวอย่าง
M	ค่าเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
χ^2	ค่าสถิติไคแอสควร์
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
GFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี
AGFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว
CFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ
Standardized RMR	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน
RMSEA	ดัชนีความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย
NNFI	ดัชนี Non-Nomed Fit Index
PNFI	ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงประหัต
CAIC	ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงประหัตสำหรับโมเดลตั้งต้นและโมเดลอิมตัว
R^2	ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์
λ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ตาราง 7 (ต่อ)

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	แทน
t	ค่าสถิติที
res	พลังสุขภาพจิต
Ind	ปัจจัยส่วนบุคคล
Fam	ปัจจัยครอบครัว
Com	ปัจจัยชุมชน
Uni	การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจาก ตน
Est	การเห็นคุณค่าในตนเอง
Goal	การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต
Rev	การทบทวนย้อนมองชีวิต
Pro	ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง
End	ความเข้มแข็งอดทน
Fai	การมีศรัทธา
Fasu	การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและ ได้รับการให้อภัย
Guil	การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญูต่อครอบครัว
Reha	การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด
Open	การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม
Educ	การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน
Fri	การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด

การสังเคราะห์นियามปฏิบัติการและพัฒนาข้อคำถาม

ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์นियามปฏิบัติการโดยพิจารณาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพและสร้างข้อคำถามจากนियามปฏิบัติการ โดยผลานกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตที่พบว่ามีทั้งหมด 3 องค์ประกอบหลัก (อิงคญา โคตรนารา. 2553; Blissonette. 1998: Online; Grotberg. 1995; Stajduhar; et al. 2009) และ 13 องค์ประกอบย่อย โดยในขั้นเริ่มต้นสร้างข้อคำถามมาได้จำนวน 100 ข้อ เป็นแบบมาตรลิเคิร์ตเลือกตอบ 5 มาตรฐานตั้งแต่ ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างจริงและจริงที่สุด การให้คะแนน ให้ 1 คะแนนสำหรับผู้ตอบไม่จริงเลย จนกระทั่งถึง 5 คะแนนสำหรับผู้ตอบจริงที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบโดยข้อคำถามทางลบ การให้คะแนนจะให้ในทิศทางตรงกันข้าม รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของแบบวัดพลังสุขภาพจิต

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	จำนวนข้อ
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	1.1 การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ ที่ไม่แตกต่างจากตน	7
	1.2 การทบทวนย้อนมองชีวิต	6
	1.3 ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง	6
	1.4 ความเข้มแข็งอดทน	6
	1.5 การเห็นคุณค่าในตนเอง	6
	1.6 การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต	6
	1.7 การมีศรัทธา	3
	1.8 การมองโลกในแง่ดี	3
	รวมข้อคำถามองค์ประกอบปัจจัยส่วนบุคคล	43
2. ปัจจัยครอบครัว	2.1 การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจ จากครอบครัวและได้รับการให้อภัย	14
	2.2 การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญู	7
	รวมข้อคำถามองค์ประกอบปัจจัยครอบครัว	21
3. ปัจจัยชุมชน	3.1 การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด	14
	3.2 การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม	12
	3.3 การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน	5
	3.4 การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด	5
	รวมข้อคำถามองค์ประกอบปัจจัยชุมชน	36
รวมข้อคำถามทั้งหมด		100

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบ ภายหลังจากการปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาหรือพฤติกรรมศาสตร์ และการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 5 คนตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ (Item-operational definition congruence: IOC) พิจารณาคัดข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป พบว่ามีจำนวน 90 ข้อ ที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 -1 (รายละเอียดดังภาพผนวก) จากนั้นนำข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกแล้วไปทดลองใช้กับตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดเบื้องต้น

ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงชนิดแอมเฟตามีนจำนวน 252 คนที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานบำบัดยาเสพติดทั้งหมด 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 161 คน โรงพยาบาลรัฐญารักษ์เชียงใหม่ 26 คน โรงพยาบาลขอนแก่น 32 คนและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี 29 คนพบผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดเบื้องต้นดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ข้อคำถามกับคะแนนรวม (Item-total correlation) โดยใช้เกณฑ์ ได้แก่ มีค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ .20 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ามีข้อที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 84 ข้อ จากนั้นเพื่อให้แบบวัดมีความกระชับ ลดปัญหาผู้ตอบแบบวัดมีความเหนื่อยล้าและนำไปสู่การไม่ตั้งใจตอบ ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้ง 84 ข้อมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-item correlation) แล้วพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันสูงเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามในแบบวัดโดยพิจารณาความคลอบคลุมของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการร่วมด้วย พบว่าเหลือข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 71 ข้อ

ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริงทั้ง 71 ข้อไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .93 ความเชื่อมั่นตามองค์ประกอบหลักได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลเท่า .84 ปัจจัยครอบครัวเท่ากับ .87 และปัจจัยชุมชนเท่ากับ .86 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตทั้งฉบับและรายองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง รายละเอียดค่าความเชื่อมั่นและจำนวนข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกแล้วเป็นดังตาราง 9

ตาราง 9 รายละเอียดค่าความเชื่อมั่นและข้อคำถามของแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริง

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	30	.84
1.1 การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตน	5	
1.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง	5	
1.3 การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต	5	
1.4 การทบทวนย้อนมองชีวิต	4	
1.5 ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง	4	
1.6 ความเข้มแข็งอดทน	4	
1.7 การมีศรัทธา	3	

ตาราง 9 (ต่อ)

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค
2. ปัจจัยครอบครัว	17	.87
2.1 การรับรู้ถึงการประทับประคองสนับสนุนทางจิตใจ จากครอบครัวและได้รับการให้อภัย	12	
2.2 การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญูต่อครอบครัว	5	
3. ปัจจัยชุมชน	24	.86
3.1 การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด	10	
3.2 การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม	7	
3.3 การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน	5	
3.4 การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด	2	
ทั้งหมด	71	.93

การตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบลู่เข้าและความเที่ยงตรงเชิงจำแนก

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบลู่เข้า (Convergent validity) และความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ในตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 74 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับปานกลาง ($r = .64$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับปานกลาง ($r = .58$) เช่นกัน ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการอ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบความสัมพันธ์ที่ต่ำ ($r = .04$) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตมีความเที่ยงตรงแบบลู่เข้าเพราะมีความสัมพันธ์กับแบบวัดที่มีโครงสร้างทางทฤษฎีที่คล้ายคลึงกันได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาและสุขภาวะทางจิต และมีความเที่ยงตรงเชิงจำแนกเพราะไม่มีความสัมพันธ์กับแบบวัดที่มีโครงสร้างทางทฤษฎีที่แตกต่างกัน ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อการอ่าน

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิตด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตตามสมมติฐานทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ด้วยโปรแกรม Lisrel 8.72 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยและคะแนนองค์ประกอบ (Factor score regression) และกำหนดน้ำหนักความสำคัญของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบย่อยจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คนด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second order confirmatory factor analysis: second order CFA) จากนั้นนำคะแนนองค์ประกอบ (Factor score) มาใช้เป็นคะแนนสังเกตในองค์ประกอบย่อยทั้ง 13 องค์ประกอบและทำการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรสังเกตทั้ง 13 ตัวรวม 78 คู่ รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรสังเกตขององค์ประกอบพลังสุขภาพจิต (n = 252)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์												
	Uni	Est	Goal	Rev	Pro	End	Fai	Fasu	Guil	Reha	Open	Educ	Fri
Uni	1												
Est	.40*	1											
Goal	.43*	.53*	1										
Rev	.28*	.32*	.36*	1									
Pro	.42*	.44*	.46*	.32*	1								
End	.28*	.31*	.32*	.23*	.38*	1							
Fai	.25*	.34*	.33*	.22*	.20*	.14*	1						
Fasu	.36*	.35*	.38*	.13*	.22*	.16*	.31*	1					
Guil	.23*	.31*	.38*	.33*	.30*	.18*	.28*	.29*	1				
Reha	.29*	.31*	.42*	.29*	.25*	.31*	.36*	.36*	.41*	1			
Open	.34*	.40*	.37*	.17*	.36*	.26*	.18*	.27*	.24*	.33*	1		
Educ	.30*	.40*	.41*	.36*	.36*	.24*	.35*	.33*	.34*	.39*	.32*	1	
Fri	.26*	.39*	.44*	.31*	.32*	.28*	.25*	.20*	.33*	.31*	.29*	.46*	1

*P < .05

ตัวแปรสังเกตทั้ง 13 ตัว อยู่ใน 3 องค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชน อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล (Ind) ประกอบด้วย 7 ตัวแปรสังเกตได้แก่ การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตน (Uni) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Est) การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต (Goal) การทบทวนย้อนมองชีวิต (Rev) ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง (Pro) ความเข้มแข็งอดทน (End) และการมีศรัทธา (Fai) ปัจจัยครอบครัว

(Fam) ประกอบด้วย 2 ตัวแปรสังเกตได้แก่ การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัย (Fasu) และการเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญูต่อครอบครัว (Guil) ปัจจัยชุมชน (Com) ประกอบด้วย 4 ตัวแปรสังเกตได้แก่ การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด (Reha) การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม (Open) การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน (Educ) และการอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด (Fri) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรสังเกต 13 ตัวรวม 78 คู่ พบว่าอยู่ในระหว่าง .13 - .53 ทุกคู่มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตทุกคู่ มีค่าไม่เกิน .85 ซึ่งแสดงว่าไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) (Kline. 2005) เมื่อพิจารณาค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity มีค่าเท่ากับ 877.60 ($p < .000$) ที่องศาอิสระเท่ากับ 78 แสดงว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ดังกล่าวแตกต่างจากเมตริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับค่าดัชนี Kaiser-meyer-Olkin (KMO) ซึ่งมีค่าเท่ากับ .91 เป็นค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันและเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality) โดยการใช้คำสั่ง Data screening ในโปรแกรม Lisrel พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวมีค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง (Est) ที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงทำการปรับให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติโดยใช้คำสั่ง Normal score แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้วิธีการประมาณค่าแบบ ML (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีการที่แพร่หลายเนื่องจากมีความคงเส้นคงวา มีประสิทธิภาพ เป็นอิสระจากมาตรวัด (Bollen. 1989) และสามารถทำการประมาณค่าได้ในกรณีที่มีตัวอย่างจำนวน 200 คนได้ (เสรี ชัดแย้ม. 2547; Hair; et al. 2010) ในขณะทำการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยพิจารณาร่วมกันใน 3 กลุ่มดัชนีได้แก่ ดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Indexes) ดัชนีความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Indexes) และดัชนีความกลมกลืนเชิงประหยัด (Parsimonious Fit Indexes) โดยใช้เกณฑ์เปรียบเทียบเพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล (เสรี ชัดแย้มและสุชาติดา กรเพชรปาณี. 2546; Diamantopoulos; & Siguaw. 2000; Hair; et al. 2010)

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 (First order confirmatory factor analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง (Latent variable) และตัวแปรสังเกต (Observed variable) โดยในการศึกษาคั้งนี้ ตัวแปรแฝงมีทั้งหมด 3 ตัวคือองค์ประกอบส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิต และตัวแปรสังเกตมีทั้งหมด 13 ตัวซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของพลังสุขภาพจิต

คือ การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ที่ไม่แตกต่างจากตน (Uni) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Est) การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต (Goal) การทบทวนย้อนมองชีวิต (Rev) ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง (Pro) ความเข้มแข็งอดทน (End) การมีศรัทธา (Fai) การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัย (Fasu) การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญูต่อครอบครัว (Guil) การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด (Reha) การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม (Open) การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน (Educ) และการอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ช้ำยาเสพติด (Fri) ทั้งนี้มีการกำหนดให้ตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงบางตัวตามทฤษฎี ผลการวิเคราะห์เป็นดังตาราง 11

ตาราง 11 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิง
ยืนยันอันดับ 1 (n = 252)

ดัชนีที่ใช้พิจารณา	ค่าที่ได้	เกณฑ์การพิจารณา	การแปลผล
ดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Indexes)			
1. Chi-square	73.10 (p=.12)	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	กลมกลืน
2. Standardized RMR	.04	>.08	กลมกลืน
3. RMSEA	.03	<.08	กลมกลืน
4. AGFI	.93	>.90	กลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Indexes)			
1. NNFI	.99	>.90	กลมกลืน
2. CFI	.99	>.90	กลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเชิงประหยัด (Parsimonious Fit Indexes)			
1. PNFI	.73	>.50	มีความประหยัด
2. CAIC	CAIC _{Model} = 282.04 CAIC _{Saturated} = 594.18	CAIC _{Model} < CAIC _{Saturated}	มีความประหยัด

จากตาราง ตัวชี้วัดความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าตัวชี้วัดทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จากการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1 โมเดลพลังสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

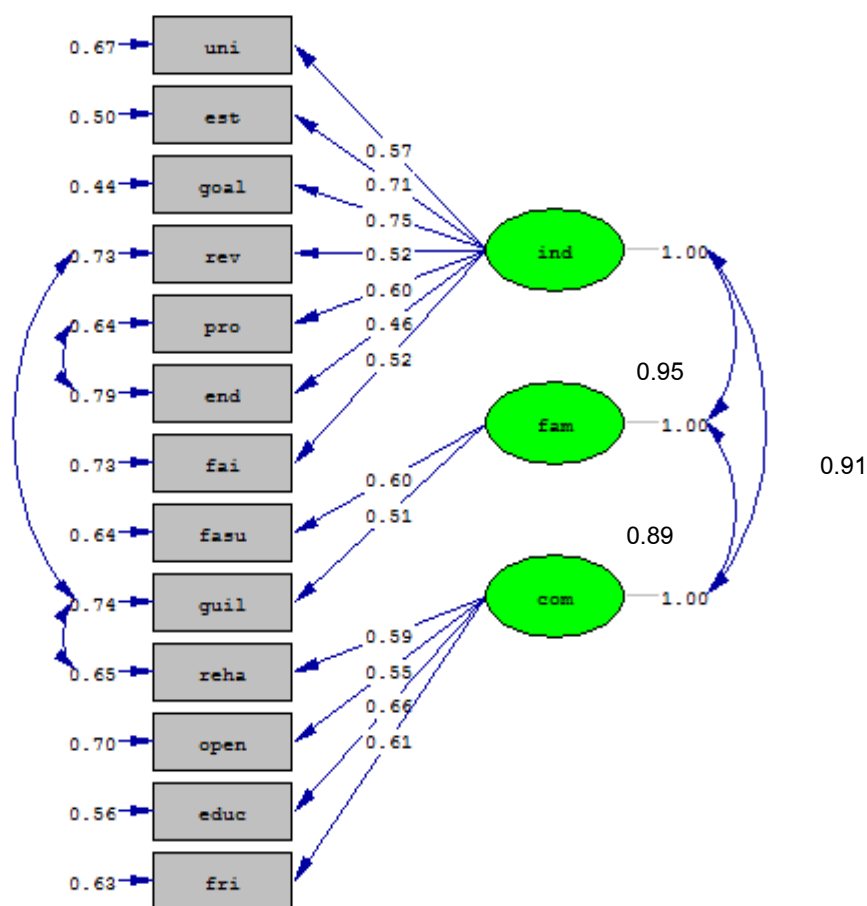
เมื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading: λ) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าสถิติที (t) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R^2) สามารถแสดงผลได้ดังตาราง 12

ตาราง 12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติทีและค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1

ตัวแปรแฝง	ตัวแปร สังเกต	λ	SE	t	R^2
1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Ind)	Uni	.57	.06	9.25*	.33
	Est	.71	.06	12.12*	.50
	Goal	.75	.06	13.05*	.56
	Rev	.52	.06	8.17*	.27
	Pro	.60	.06	9.77*	.36
	End	.46	.06	7.08*	.21
	Fai	.52	.06	8.30*	.27
2. ปัจจัยครอบครัว (Fam)	Fasu	.60	.07	8.07*	.36
	Guil	.51	.07	7.16*	.26
3. ปัจจัยชุมชน (Com)	Reha	.59	.06	9.39*	.35
	Open	.55	.06	8.48*	.30
	Educ	.66	.06	10.65*	.44
	Fri	.61	.06	9.66*	.37

*p < .05

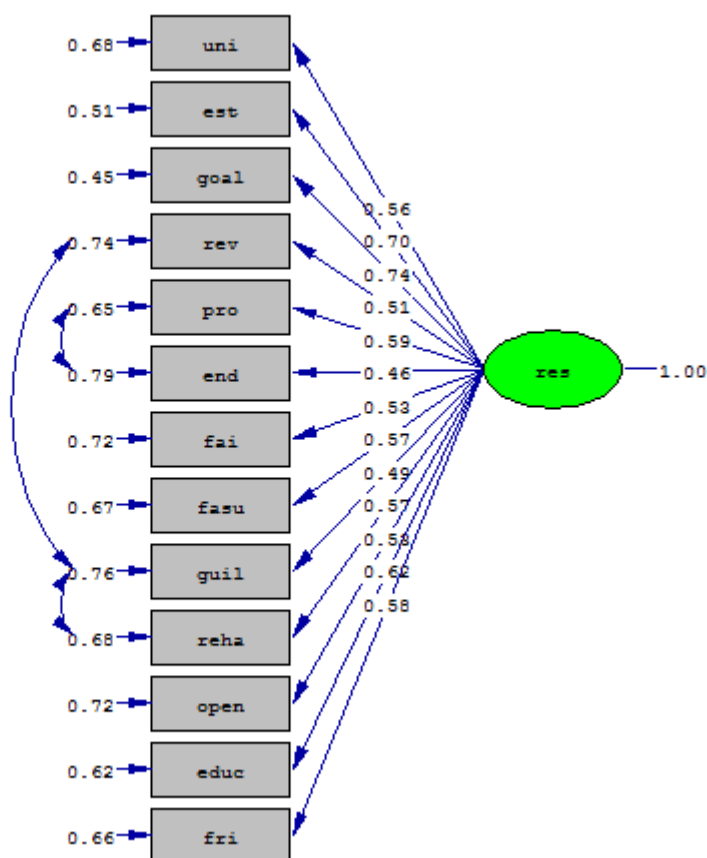
ผลการวิเคราะห์จากตาราง 12 พบว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเป็นบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .46 - .75 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .06 - .07 และมีค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกถึงความเชื่อมั่นของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง .21 - .56 เพื่อให้เห็นความชัดเจนของโมเดลพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงนำเสนอภาพโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ดังภาพประกอบ 11



Chi-Square=73.10, df=59, P-value=0.10254, RMSEA=0.031

ภาพประกอบ 11 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 แบบสามตัวแปรแฝงของโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

เมื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) โดยพิจารณาว่าตัวแปรสังเกตทั้ง 13 ตัวสามารถวัดตัวแปรแฝงที่เป็นองค์ประกอบทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชนแยกจากกันได้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันที่กำหนดให้ตัวแปรสังเกตทั้ง 13 ตัว วัดตัวแปรแฝงเพียงแค่ 1 ตัวคือ พลังสุขภาพจิต (Res) โดยกำหนดให้มาเป็นโมเดลแข่งขัน (Competing model) ถ้าตัวแปรแฝงทั้ง 13 ตัวนี้สามารถวัดตัวแปรแฝงทั้ง 3 ตัวได้แยกจากกัน โมเดลที่กำหนดให้มีตัวแปรแฝงเพียงตัวเดียวคือพลังสุขภาพจิต (Res) จะต้องมีความกลมกลืนที่ต่ำกว่าโมเดลที่กำหนดให้ให้มีตัวแปรแฝง 3 ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะพิจารณาที่ผลต่างของ χ^2 ของโมเดลทั้งสองว่ามีนัยสำคัญหรือไม่ที่ระดับองศาอิสระ (df) เท่ากับผลต่างขององศาอิสระของโมเดลทั้งสอง (Hair, et al. 2010) ซึ่งโมเดลที่กำหนดให้มีตัวแปรแฝง 1 ตัวสามารถแสดงได้ดังภาพประกอบ 12



Chi-Square=81.12, df=62, P-value=0.05202, RMSEA=0.035

ภาพประกอบ 12 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 แบบหนึ่งตัวแปรแฝงของโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากโมเดลทั้ง 2 แบบแสดงให้เห็นว่าโมเดลแบบแรกคือมี 3 ตัวแปรแฝงเป็นโมเดลที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลแบบมี 1 ตัวแปรแฝง เพราะโมเดลแบบ 3 ตัวแปรแฝงมีค่าไคแควร์ต่ำกว่าทั้งที่ทั้งสองโมเดลมีการปรับโมเดลจำนวน 3 ครั้งเท่ากันและปรับค่าความสัมพันธ์ของความคลาดเคลื่อนที่ตัวแปรสังเกตเดียวกัน (rev-quil, quil-reha, pro-end) โดยโมเดลแบบมี 3 ตัวแปรแฝงมีค่าไคแควร์เท่ากับ 73.10 ที่องศาอิสระ 59 ในขณะที่โมเดลแบบมี 1 ตัวแปรแฝงมีค่าไคแควร์เท่ากับ 81.12 ที่องศาอิสระ 62 โดยผลต่างของไคแควร์ของโมเดลทั้งสองเท่ากับ 8.02 และผลต่างขององศาอิสระเท่ากับ 3 ซึ่งเป็นค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงสามารถสรุปได้ว่าโมเดลที่มีตัวแปรสังเกต 13 ตัวสามารถวัดตัวแปรแฝงทั้ง 3 ด้านของพลังสุขภาพจิตได้แยกจากกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ตัวแปรแฝงทั้ง 3 ด้านนี้มีความแตกต่างกันมากพอที่จะแยกเป็นตัวแปรแฝงแต่ละตัวได้ (Discriminant validity) ผู้วิจัยจึงใช้โมเดลแบบ 3 ตัวแปรแฝงนี้ไปทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 ต่อไป

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Second order confirmatory factor analysis)

มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบว่าองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้านได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชนสามารถสะท้อนหรือวัดพลังสุขภาพจิตในภาพรวมเดียวกันได้หรือไม่ ผลการวิเคราะห์เป็นดังตาราง 13

ตาราง 13 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 (n = 252)

ดัชนีที่ใช้พิจารณา	ค่าที่ได้	เกณฑ์การพิจารณา	การแปลผล
ดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Indexes)			
1. Chi-square	73.10 (p = .10)	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	กลมกลืน
2. Standardized RMR	.04	<.08	กลมกลืน
3. RMSEA	.03	<.08	กลมกลืน
4. AGFI	.93	>.90	กลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Indexes)			
1. NNFI	.99	>.90	กลมกลืน
2. CFI	.99	>.90	กลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเชิงประหยัด (Parsimonious Fit Indexes)			
1. PNFI	.73	>.50	มีความประหยัด
2. CAIC	CAIC _{Model} = 282.04 CAIC _{Saturated} = 594.18	CAIC _{Model} < CAIC _{Saturated}	มีความประหยัด

จากตาราง 13 ดัชนีความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าดัชนีทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 โมเดลพลังสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

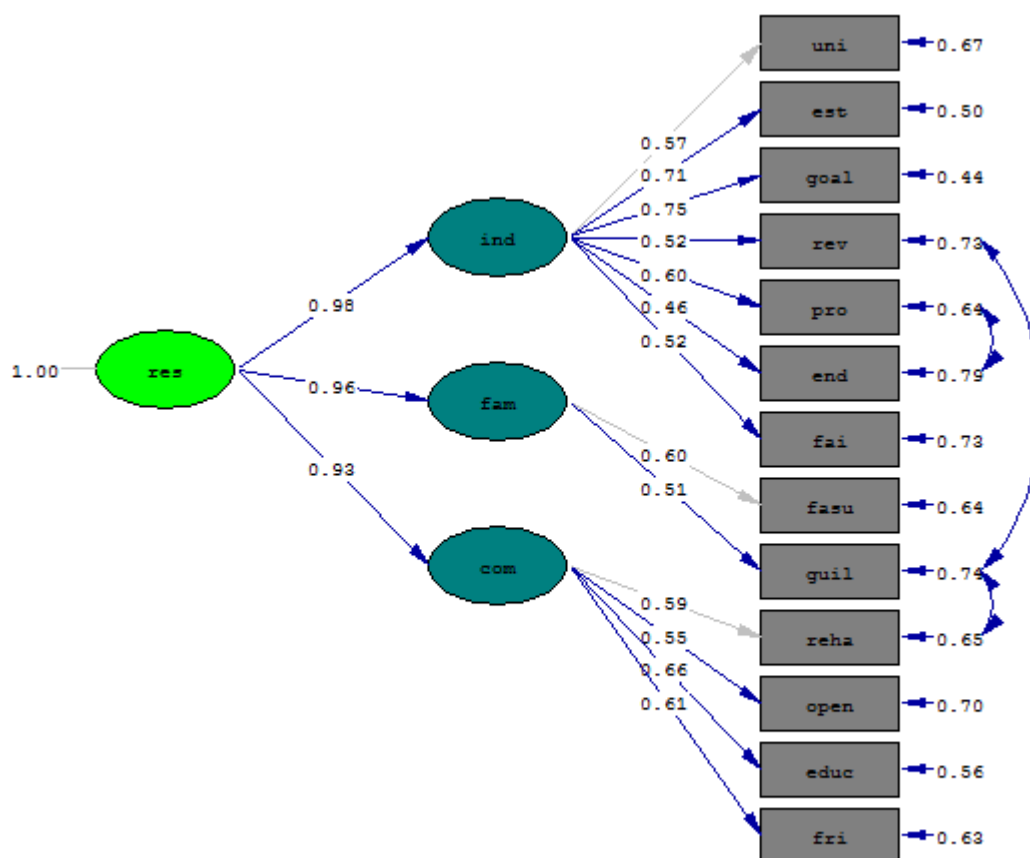
เมื่อคำนวณหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading: λ) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และค่าสถิติที (t) สามารถแสดงผลได้ดังตาราง 14

ตาราง 14 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติทีและค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2

ตัวแปรแฝง	λ	SE	t	R ²
1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Ind)	.98	.11	8.72*	.97
2. ปัจจัยครอบครัว (Fam)	.96	.10	9.20*	.93
3. ปัจจัยชุมชน (Com)	.93	.11	8.63*	.86

*p < .05

จากตารางพบว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานทุกด้านเป็นบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยชุมชนเท่ากับ .98 .96 และ .93 ตามลำดับโดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชน มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .11 .10 และ .11 ตามลำดับและมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .97 .93 และ .86 ตามลำดับ เพื่อให้เห็นความชัดเจนของโมเดลพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงนำเสนอภาพโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ดังภาพประกอบ 15



Chi-Square=73.10, df=59, P-value=0.10254, RMSEA=0.031

ภาพประกอบ 13 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 โดยการศึกษาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ทำให้สามารถกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรสังเกตเพื่อใช้ในการสร้างองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ได้ดังสมการต่อไปนี้

$$\text{Res} = 0.57\text{uni} + 0.71\text{est} + 0.75\text{goal} + 0.52\text{rev} + 0.60\text{pro} + 0.46\text{end} + 0.52\text{fai} + 0.60\text{fasu} + 0.51\text{guil} + 0.59\text{reha} + 0.55\text{open} + 0.66\text{educ} + 0.61\text{fri}$$

สรุปผลที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพลังสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 พบว่าพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 13 ตัวบ่งชี้ ซึ่งผู้วิจัยจะนำแบบวัดนี้ไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก (The embedded design) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองเป็นวิธีการวิจัยหลักเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือเพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ทั้งนี้มีการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การบันทึกไดอารี่ (Diaries) และสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษา (Case study) สอดแทรกในระหว่างและภายหลังทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาสนับสนุนหรือขยายผลการวิจัยเชิงปริมาณให้มีความละเอียด ลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยจะขอแบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วนคือ ผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลของการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยจำนวน 2 ข้อคือ 1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และ 2) ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ทั้งในระยะภายหลังการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะติดตามผล ซึ่งมีการนำเสนอแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานเพิ่มเติม

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และการแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันของการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 15

ตาราง 15 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	แทน
n	จำนวนตัวอย่าง
M	ค่าเฉลี่ย
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ
SS	ผลรวมของกำลังสอง (Sum of square)
MS	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of square)
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
Λ	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร (Wilk's Lambda)
Partial η^2	ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size)
F	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน
Multivariate F test	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตัวอย่างประกอบด้วยผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ติดยาเสพติดหญิงหญิงที่มีการรับรู้การถูกตีตราต่ำจำนวน 4 คนและสูงจำนวน 4 คนเท่ากัน การวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ (Repeated measure design) ซึ่งจะทำการวัดพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดจำนวน 3 ครั้งคือ ก่อนเข้ารับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ภายหลังจากเข้ารับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทันทีและภายหลังจากเข้ารับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์เพื่อติดตามผล

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดใน 3 ครั้งของการวัด ซึ่งจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอได้ดังตาราง 16

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามกลุ่มทดลอง/ควบคุมและครั้งของการวัด

ตัวแปร/กลุ่ม	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)	
	M	SD	M	SD
1. พลังสุขภาพจิตภาพรวม				
ระยะก่อนการทดลอง	304.94	22.16	302.88	25.41
ระยะหลังการทดลอง	338.50	16.10	308.43	18.99
ระยะติดตามผล	340.63	10.97	310.75	22.22
1.1 พลังสุขภาพจิต ปัจจัยบุคคล				
ระยะก่อนการทดลอง	123.69	3.17	124.25	3.17
ระยะหลังการทดลอง	141.38	2.24	126.06	2.24
ระยะติดตามผล	141.81	2.23	128.56	2.23
1.2 พลังสุขภาพจิต ปัจจัยครอบครัว				
ระยะก่อนการทดลอง	78.94	2.06	77.94	2.06
ระยะหลังการทดลอง	83.13	1.22	80.56	1.22
ระยะติดตามผล	83.38	1.14	79.50	1.14
1.3 พลังสุขภาพจิต ปัจจัยชุมชน				
ระยะก่อนการทดลอง	102.31	2.18	100.69	2.18
ระยะหลังการทดลอง	114.00	2.10	101.81	2.10
ระยะติดตามผล	115.44	1.85	102.69	1.85
2. ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด				
ระยะก่อนการทดลอง	61.06	8.61	61.63	5.03
ระยะหลังการทดลอง	63.63	7.11	56.81	6.77
ระยะติดตามผล	63.81	7.99	57.44	5.75
3. ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูก่อนเข้าร่วมกลุ่ม				
	3.38	1.89	4.00	2.19

จากตาราง 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นตามระยะของการวัดทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล (304.94, 338.50 และ 340.63) ส่วนในกลุ่มควบคุมก็พบได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นตามระยะของการวัดทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผลเช่นกัน (302.88, 308.43 และ 310.75) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม แม้ว่าจะในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใกล้เคียงกัน (304.94, 302.88) แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มควบคุมชัดเจน (338.50, 308.43 และ 340.63, 310.75)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านในปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนของกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล (ปัจจัยบุคคล 123.69, 141.38 และ 141.81) (ปัจจัยครอบครัว 78.94, 83.13 และ 83.38) (ปัจจัยชุมชน 102.31, 114.00 และ 115.44) ในขณะที่พลังสุขภาพจิตรายด้านปัจจัยบุคคลและชุมชนของกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นกันทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล (ปัจจัยบุคคล 124.25, 126.06 และ 128.56) (ปัจจัยชุมชน 100.69, 101.81 และ 102.69) ยกเว้นปัจจัยครอบครัวที่มีคะแนนระยะติดตามผลลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังการทดลอง (ปัจจัยครอบครัว 77.94, 80.56 และ 79.50) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม แม้ว่าในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใกล้เคียงกัน (ปัจจัยบุคคล 123.69 และ 124.25) (ปัจจัยครอบครัว 78.94 และ 77.94) (ปัจจัยชุมชน 102.31 และ 100.69) แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลและชุมชนมากกว่ากลุ่มควบคุมชัดเจน (พลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองเท่ากับ 141.38 และ 126.06 ตามลำดับ และในระยะติดตามผลเท่ากับ 141.81 และ 128.56 ตามลำดับ) (พลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองเท่ากับ 114.00 และ 101.81 ตามลำดับ และในระยะติดตามผลเท่ากับ 115.44 และ 102.69 ตามลำดับ) ทว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจจัยครอบครัวใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในทั้งสองระยะ (พลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองเท่ากับ 83.13 และ 80.56 ตามลำดับ และในระยะติดตามผลเท่ากับ 83.38 และ 79.50 ตามลำดับ)

ด้านค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด กลุ่มทดลองมีคะแนนระยะภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง (61.06, 63.63 และ 63.81) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนระยะภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง (61.63, 56.81 และ 57.44) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้ว่าในระยะก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใกล้เคียงกัน (61.06, 61.63) แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มควบคุมชัดเจน (63.63, 56.81 และ 63.81, 57.44)

ด้านค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดก่อนเข้าร่วมกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มพบว่ามีใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือประมาณ 3-4 สัปดาห์

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสามทางแบบวัดซ้ำ (Three-way MANOVA with repeated measure) แต่ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) โดยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate normality) พิจารณาจากการใช้สถิติ Shapiro – Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ร่วมกับการพิจารณา Normal Q-Q plot พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และตัวแปรความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล จึงถือว่าการแจกแจงของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มของตัวแปรอิสระส่วนใหญ่เป็นการแจกแจงแบบปกติ

ในการตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม (Equality of variance-covariance matrix) ด้วย Box's M test ไม่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ (Mayers. 2013) เมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วย Levene's test พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน นอกจากนี้จากการที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่ากัน เมื่อพิจารณาจากคุณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม พบว่า ค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เป็น 1 หรือเข้าใกล้ 1 ซึ่งจากการพิจารณาร่วมกันพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม (ผจงจิต อินทสุวรรณ. 2545)

ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วย Bartlett's test of sphericity พบว่าตัวแปรตามทั้ง 2 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในการวัดทั้ง 3 ระยะ (ก่อน หลัง และติดตามผล) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยตัวแปรพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในระยะก่อนการทดลองเพื่อศึกษาความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (T-test independence) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันในระยะก่อนการทดลอง

จะเห็นได้ว่าการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อจึงนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานการวิจัยได้

สมมติฐานที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานเป็นดังตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสามทางแบบวัดซ้ำ (Three-way MANOVA with repeated measure) ของพลังสุขภาพจิตและการตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตาม การได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระดับการรับรู้การถูกตีตรา ตามระยะเวลาทดลองได้แก่ หลังการทดลองและติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม					
การได้รับการปรึกษา	.65	7.26	2	.00*	.35
การตีตรา	.91	1.34	2	.28	.09
ปฏิสัมพันธ์สองทาง					
การได้รับการปรึกษา x การ ตีตรา	.88	1.92	2	.17	.13
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาทดลอง	.33	12.47	4	.00*	.67
ปฏิสัมพันธ์สองทาง					
ระยะเวลาทดลอง x การ ได้รับการปรึกษา	.57	4.72	4	.01*	.43
ระยะเวลาทดลอง x การตี ตรา	.88	.86	4	.50	.12
ปฏิสัมพันธ์สามทาง					
ระยะเวลาทดลอง x การ ได้รับการปรึกษา x การตี ตรา	.18	1.33	4	.29	.17

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่พบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสามทางระหว่าง การได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาทดลองและการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า

Wilk's Lambda เท่ากับ .57 Multivariate F test เท่ากับ 4.72 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 4 และมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .43 ซึ่งหมายความว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดแตกต่างกันไปตามการได้รับ/ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในระยะหลังและติดตามผล เพื่อให้ทราบผลชัดเจนผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA with repeated measure) ของตัวแปรตามที่ละตัวแปร เพื่อพิจารณาอิทธิพลของการได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการกับระยะเวลาทดลองที่มีต่อตัวแปรตามอันได้แก่ พลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ละตัวแปร เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ต่อไป

สมมติฐานที่ 2 ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ทั้งในระยะภายหลังการได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะติดตามผล

ผลการทดสอบสมมติฐานเป็นดังตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำของพลังสุขภาพจิต จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะเวลาทดลอง (หลังการทดลองและติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
ภายในกลุ่ม						
ระยะเวลาทดลอง	7590.77	1	7590.77	34.00	.00*	.53
ความคลาดเคลื่อน	6698.59	1	223.29			
ระหว่างกลุ่ม						
การได้รับการรักษา	10250.67	1	10250.68	13.24	.00*	.31
ความคลาดเคลื่อน	23222.63	30	774.09			
ปฏิสัมพันธ์สองทาง						
ระยะเวลาทดลอง x การได้รับการรักษา	3094.14	1	3094.14	13.86	.00*	.32

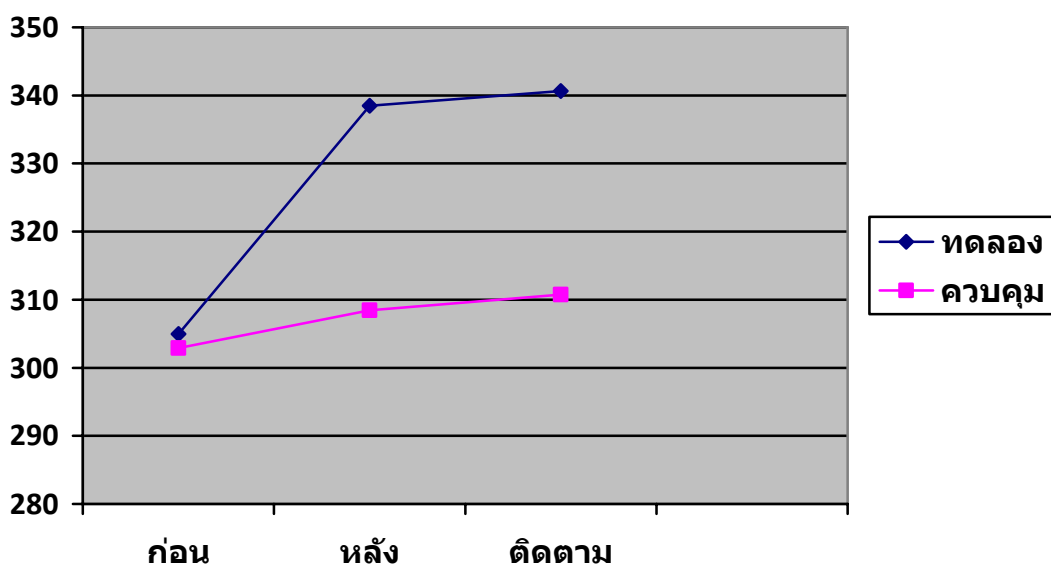
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะการทดลอง และการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 13.86, df = 1, p = .00$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .32 ตามลำดับ จากปฏิสัมพันธ์ที่พบดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) โดยทำการเขียนคำสั่งเพิ่มใน Syntax เพื่อพิจารณาความแตกต่างของพลังสุขภาพจิต จำแนกตามระยะของการทดลอง (หลัง ติดตามผล) และจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (Pairwise comparison) ด้วยวิธีการ LSD ดังตาราง 19 และภาพประกอบ 14

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตรายคู่ จำแนกตามระยะการทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	M	SD	Mean Difference
พลังสุขภาพจิต	ก่อน			
	กลุ่มทดลอง	304.94	22.16	2.06
	กลุ่มควบคุม	302.88	25.41	
	หลัง			
	กลุ่มทดลอง	338.50	16.10	30.06*
	กลุ่มควบคุม	308.43	18.99	
	ติดตามผล			
	กลุ่มทดลอง	340.63	10.97	29.88*
	กลุ่มควบคุม	310.75	22.22	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพประกอบ 14 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลังและติดตาม ผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง/ควบคุม)

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ร่วมกับพิจารณากราฟพบว่า การเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง) มีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มควบคุม) ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .32

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะเวลาทดลอง (หลังการทดลองและติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
ภายในกลุ่ม						
ระยะเวลาทดลอง	8.27	1	8.27	.24	.69	.01
ความคลาดเคลื่อน	1031.72	30	34.39			
ระหว่างกลุ่ม						
การได้รับการปรึกษา	425.04	1	425.04	4.73	.04*	.14
ความคลาดเคลื่อน	2697.25	30	89.91			
ปฏิสัมพันธ์สองทาง						
ระยะเวลาทดลอง x การได้รับการปรึกษา	192.52	1	192.52	5.60	.03*	.16

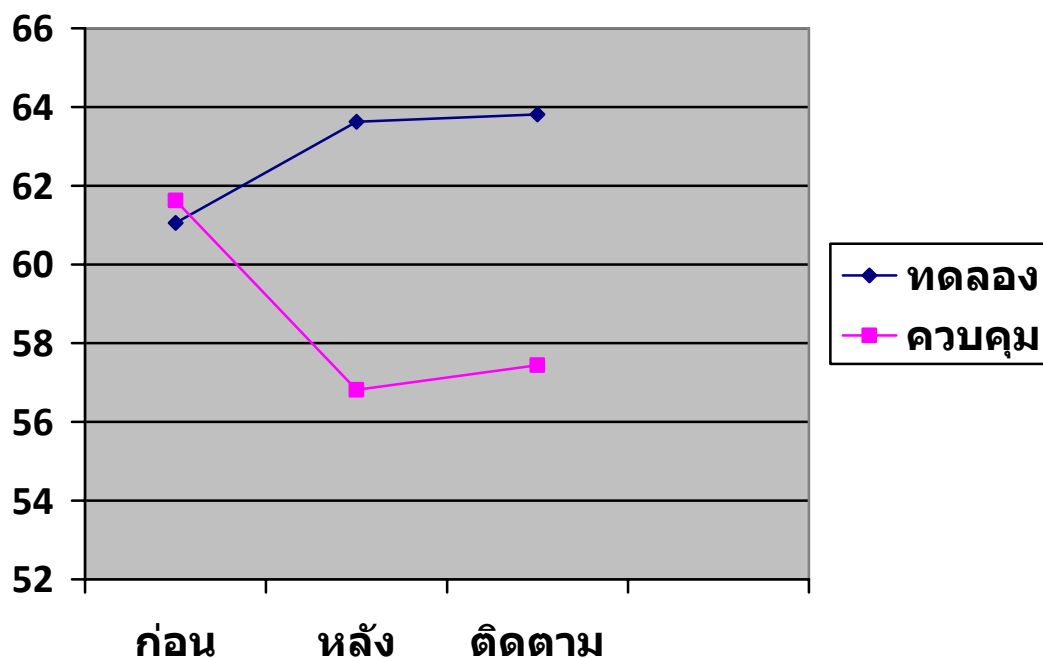
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.60$, $df = 1$, $p = .03$ โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .16 ตามลำดับ จากปฏิสัมพันธ์ที่พบดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) โดยทำการเขียนคำสั่งเพิ่มใน Syntax เพื่อพิจารณาความแตกต่างของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามระยะเวลาของการทดลอง (หลัง ติดตามผล) และจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (Pairwise comparison) ด้วยวิธีการ LSD ดังตาราง 21 และภาพประกอบ 15

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	M	SD	Mean Difference
ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด	ก่อน			
	กลุ่มทดลอง	61.06	8.61	-.56
	กลุ่มควบคุม	61.63	5.03	
	หลัง			
	กลุ่มทดลอง	63.63	7.11	6.81*
	กลุ่มควบคุม	56.81	6.77	
ติดตามผล				
กลุ่มทดลอง	63.81	7.99	6.38*	
กลุ่มควบคุม	57.44	5.75		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพประกอบ 15 คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลังและติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง/ควบคุม)

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ร่วมกับพิจารณารูปพบว่า การเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ในระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง) มีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มควบคุม) ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .16

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานเพิ่มเติม

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 2 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะการทดลองและการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะการทดลองกับการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตรายด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชนโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measure) แต่ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) โดยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate normality) พิจารณาจากการใช้สถิติ Shapiro – Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ร่วมกับการพิจารณา Normal Q-Q plot พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรปัจจัยบุคคลของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และตัวแปรปัจจัยชุมชนของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง จึงถือว่าการแจกแจงของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มของตัวแปรอิสระส่วนใหญ่เป็นการแจกแจงแบบปกติ

ในการตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม (Equality of variance-covariance matrix) ด้วย Box's M test ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (Mayers. 2013) เมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วย Levene's test พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกันยกเว้นตัวแปรปัจจัยครอบครัวในระยะหลังการทดลองและติดตามผล และตัวแปรปัจจัยชุมชนในระยะติดตามผล นอกจากนั้นจากการที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่ากัน เมื่อพิจารณาจากคุณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม พบว่าค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เป็น 1 หรือเข้าใกล้ 1 ซึ่งจากการพิจารณาร่วมกันพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม (ผจงจิต อินทสุวรรณ. 2545)

ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วย Bartlett's test of sphericity พบว่าตัวแปรตามทั้ง 3 ตัวของพลังสุขภาพจิตได้แก่ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการวัดทั้ง 3 ระยะ (ก่อน หลังและติดตามผล) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้นยังได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยตัวแปรพลังสุขภาพจิตรายด้านได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนในระยะก่อนการทดลองเพื่อศึกษาความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (T-test independence) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าพลังสุขภาพจิตรายด้านได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันในระยะก่อนการทดลอง

จะเห็นได้ว่าการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) นั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อจึงนำไปสู่การทดสอบวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with repeated measure) ของพลังสุขภาพจิตรายด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชน จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะการทดลอง ได้แก่ หลังการทดลองและติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม					
การได้รับการปรึกษา	.63	5.55	3	.00*	.37
ภายในกลุ่ม					
ระยะการทดลอง	.33	8.45	6	.00*	.67
ปฏิสัมพันธ์สองทาง					
ระยะการทดลอง x การ ได้รับการปรึกษา	.49	4.37	6	.00*	.51

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างระยะการทดลอง และการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า Wilk's Lambda เท่ากับ .49 Multivariate F test เท่ากับ 4.37 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 6 และมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .51 ซึ่งหมายความว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนแตกต่างกันไปตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในระยะก่อน หลังและติดตามผล เพื่อให้ทราบผลชัดเจนผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA with repeated measure) ของ ตัวแปรตามทีละตัวแปรต่อไป

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของพลังสุขภาพจิตรายด้านได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชน ชนิดสองทางแบบวัดซ้ำ จำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการ ปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะการทดลอง (หลังการทดลองและติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
ปัจจัยบุคคล						
<u>ภายในกลุ่ม</u>						
ระยะการทดลอง	2379.52	2	1189.76	22.22	.00*	.43
ความคลาดเคลื่อน	3213.00	60	53.55			
<u>ระหว่างกลุ่ม</u>						
การได้รับการปรึกษา	2090.67	1	2090.67	9.80	.00*	.25
ความคลาดเคลื่อน	6406.50	30	213.55			
<u>ปฏิสัมพันธ์สองทาง</u>						
ระยะการทดลอง x การได้รับการปรึกษา	763.14	1	763.14	10.88	.00*	.27
ปัจจัยครอบครัว						
<u>ภายในกลุ่ม</u>						
ระยะการทดลอง	221.52	2	110.76	3.77	.03*	.11
ความคลาดเคลื่อน	1762.00	60	29.37			
<u>ระหว่างกลุ่ม</u>						
การได้รับการปรึกษา	147.51	1	147.51	2.74	.11	.08
ความคลาดเคลื่อน	1613.31	30	53.78			
<u>ปฏิสัมพันธ์สองทาง</u>						
ระยะการทดลอง x การได้รับการปรึกษา	33.06	1	33.06	.82	.37	.03

ตาราง 23 (ต่อ)

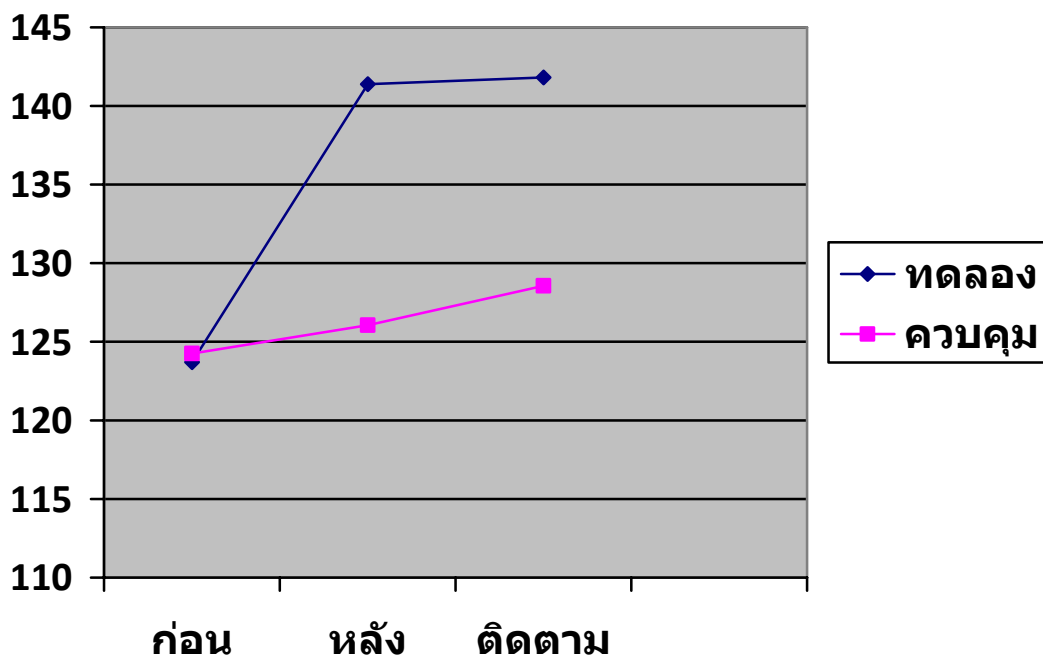
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
ปัจจัยชุมชน						
<u>ภายในกลุ่ม</u>						
ระยะเวลาทดลอง	1062.05	2	531.03	11.41	.00*	.28
ความคลาดเคลื่อน	2793.54	60	46.56			
<u>ระหว่างกลุ่ม</u>						
การได้รับการปรึกษา	1881.51	1	1881.51	17.35	.00*	.37
ความคลาดเคลื่อน	3253.15	30	108.44			
<u>ปฏิสัมพันธ์สองทาง</u>						
ระยะเวลาทดลอง x การได้รับการปรึกษา	495.06	1	495.06	16.38	.00*	.35

จากตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.88$, $df = 1$, $p = .00$ โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 27 และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 16.38$, $df = 1$, $p = .00$ โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 35 อย่างไรก็ตามไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตปัจจัยครอบครัว จากปฏิสัมพันธ์ที่พบดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) โดยทำการเขียนคำสั่งเพิ่มใน Syntax เพื่อพิจารณาความแตกต่างของพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลและชุมชน จำแนกตามระยะของการทดลอง (หลัง ติดตามผล) และจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษา (Pairwise comparison) ด้วยวิธีการ LSD ดังตาราง 24 ภาพประกอบ 16 และ 17

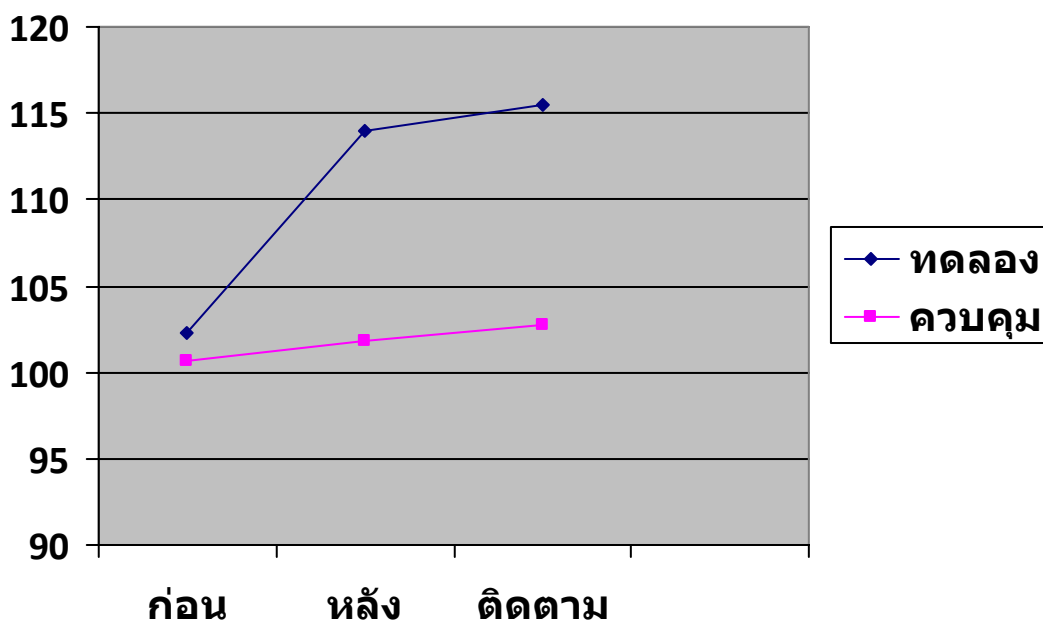
ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลและชุมชนรายคู่ จำแนกตามระยะการทดลองและการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ตัวแปรพลังสุขภาพจิต	ระยะการทดลอง	M	SD	Mean Difference		
ปัจจัยบุคคล	ก่อน	กลุ่มทดลอง	123.69	3.17	-.56	
		กลุ่มควบคุม	124.25	3.17		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	141.38	2.24	15.31*	
		กลุ่มควบคุม	126.06	2.24		
	ติดตามผล	กลุ่มทดลอง	141.81	2.23	13.25*	
		กลุ่มควบคุม	128.56	2.23		
	ปัจจัยชุมชน	ก่อน	กลุ่มทดลอง	102.31	2.18	1.62
			กลุ่มควบคุม	100.69	2.18	
		หลัง	กลุ่มทดลอง	114.00	2.10	12.13*
			กลุ่มควบคุม	101.81	2.10	
		ติดตามผล	กลุ่มทดลอง	115.44	1.85	12.75*
			กลุ่มควบคุม	102.69	1.85	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพประกอบ 16 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจเจกบุคคล จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลัง และติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง/ควบคุม)



ภาพประกอบ 17 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจเจกชุมชน จำแนกตามระยะเวลาทดลองก่อน หลัง และติดตามผลและจำแนกตามการได้รับ/ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง/ควบคุม)

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ร่วมกับพิจารณารูปพบว่า การเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลในระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง) มีพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มควบคุม) ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .27

นอกจากนั้นจากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายคู่ร่วมกับพิจารณารูปพบว่า การเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชนในระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มทดลอง) มีพลังสุขภาพจิตปัจจัยชุมชนมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ (กลุ่มควบคุม) ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .35

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณในส่วนของสมมติฐานที่ 2 ซึ่งพบว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ทั้งในระยะภายหลังการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะติดตามผล ใช้การศึกษาในรูปแบบรายกรณีโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างและการบันทึกอนุทิน เพื่อศึกษากระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและจิตวิทยาการศึกษา ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ กลุ่มละ 2 คน จาก 2 กลุ่มในติกแพรวาและติกไข่มุก รวมทั้งสิ้นมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 คน ได้แก่ แทน พลอย ไอติมและอ๋อม (นามสมมติ) โดยพิจารณาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างจากกลุ่มทดลองที่มีคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดภายหลังการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ จากกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มเพื่อแสดงว่าเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีข้อมูลมาก (Information rich case) ในขณะที่การบันทึกอนุทิน ผู้วิจัยได้มอบสมุด

บันทึกให้ผู้ติดตามเสพติดหญิงกลุ่มทดลองทั้งหมด 16 คนเพื่อบันทึกประสบการณ์ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มในช่วงก่อนเข้าร่วมกลุ่ม โดยมอบหมายให้บันทึกในทุกครั้งภายหลังจากการเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้ง 4 ครั้งรวมทั้งบันทึกในระหว่างสัปดาห์ของการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง และนำผลการบันทึกมาวิเคราะห์ข้อมูลรวมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมาสนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยกึ่งทดลองในส่วนของกระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถอธิบายผลการวิจัยจากคะแนนแบบวัดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองได้อย่างลึกซึ้งและมีความครอบคลุมประสบการณ์ได้มากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้านกระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตเมื่อได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ พบว่า สามารถแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ประเด็นหลัก (Theme) ได้แก่

1. เจื่อนไขสู่การเกิดพลังสุขภาพจิต แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย (Sub-theme) ได้แก่
 - 1.1 คุณลักษณะของผู้นำกลุ่ม
 - 1.2 บรรยากาศของกระบวนการกลุ่ม
 - 1.3 ทฤษฎี/เทคนิคการปรึกษา
2. ผลลัพธ์แห่งพลังสุขภาพจิต แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย (Sub-theme) ได้แก่
 - 2.1 พลังสุขภาพจิตส่วนบุคคล ประกอบด้วย 8 หัวข้อหลัก
 - 2.2 พลังสุขภาพจิตส่วนครอบครัว ประกอบด้วย 2 หัวข้อหลัก
 - 2.3 พลังสุขภาพจิตส่วนชุมชน ประกอบด้วย 5 หัวข้อหลัก

โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นหลักดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 เจื่อนไขสู่การเกิดพลังสุขภาพจิต หมายถึง เจื่อนไขที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ติดตามเสพติดหญิงเกิดการพัฒนาลังสุขภาพจิตภายหลังเข้าร่วมกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อยได้แก่

1. คุณลักษณะของผู้นำกลุ่ม หมายถึง บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่มที่มีความเป็นมิตรให้การยอมรับ รับฟังอย่างตั้งใจและเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และเติบโตผ่านการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและมุมมองต่าง ๆ ระหว่างกันต่อเหตุการณ์ความเจ็บปวดในชีวิต ซึ่งบุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่มนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ติดตามเสพติดหญิงเกิดพลังและศักยภาพภายในในการก้าวผ่านภาวะวิกฤติภายในจิตใจของตนเองได้ รวมทั้งเกิดความรู้สึกรักผูกพันกับผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นเหมือนสายใยทางจิตใจที่ช่วยประคับประคองจิตใจสมาชิกกลุ่มในเวลาเดียวกัน

“พี่กีตาร์คือแบบเปิดโอกาสด้วยดวงตา มีจิตใจแน่วแน่แล้วหุ้แกจะฟัง คือคล้ายกับทำให้เรากล้าพูดว่าจริงๆแล้วเราพูดไปเนี่ยไม่ได้มีแต่คนรอบข้างที่ฟังเรานะแต่ว่าพี่กีตาร์ก็ยังฟังเราอยู่... จะคุยกันเองประจำค่ะ โอ้ยเมื่อไหร่จะถึงวันอาทิตย์วะ จะได้เจอกิจกรรมดีๆได้เจอพี่กีตาร์อีก” (แพน)

2. บรรยากาศของกระบวนการกลุ่ม หมายถึง พลวัตความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ การรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ความสนับสนุนระดับประคองจิตใจระหว่างกัน การให้เกียรติยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นต้น ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านวิกฤติในจิตใจของตนเองได้

ในการดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการครั้งแรกนั้น ผู้นำกลุ่มได้เสนอข้อตกลงเบื้องต้นแก่สมาชิกกลุ่มทั้งสองกลุ่มโดยเฉพะอย่างยิ่งการเก็บรักษาความลับภายในกลุ่มเพื่อเอื้อให้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการนั้นเกิดบรรยากาศที่ปลอดภัย มีการยอมรับและให้เกียรติกันในขณะที่สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตได้มากขึ้น

“ก่อนเข้ากลุ่มนะคะ พยายามสร้างข้อตกลงเบื้องต้นระหว่างพวกเราก่อน สำคัญที่สุดเลยคือพยายามให้ทุกคนเก็บเรื่องราวที่เราพูดคุยกันในกลุ่มเป็นความลับ เราจะไม่นำเรื่องราวเหล่านี้ไปเผยแพร่ข้างนอกกลุ่มนะคะ นอกจากนั้น ขณะที่กลุ่มกำลังดำเนินอยู่ ขอให้ทุกคนตั้งใจฟังและจดจ่ออยู่กับกลุ่ม พี่ไม่อยากให้ใครลุกไปเข้าห้องน้ำ ทำธุระส่วนตัวระหว่างนี้ แต่ให้เข้าห้องน้ำในช่วงก่อนเข้ากลุ่มหรือระหว่างพักได้ค่ะ อีกนิดหนึ่งนะ ขณะที่เพื่อนสมาชิกกลุ่มคนใดคนหนึ่งกำลังเล่าเรื่องราวของเค้าอยู่ อยากให้ทุกคนฟังและไม่จับกลุ่มย่อยพูดคุยกัน นื่อง ๆ พอจะโอเคไหมกับข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มตรงนี้คะ” (ผู้นำกลุ่ม)

“ยินดีค่ะ” (สมาชิกกลุ่มตอบพร้อมเพรียง)

“เพื่อน ๆ ทุกคนก็ยังกล้าพูดเลยเพราะเขาใจออกมากหมดเพราะฉะนั้นเราจะอายุใครในเมื่อกลุ่มนั้นมีแค่ 8 คน ก็จะมีแค่เรารู้กันเท่านั้นเรื่องอะไรก็ซังซังเขาก็บอกความลับไม่มีในโลก ความลับไม่มีในโลกคะแต่ถ้าเราเก็บไว้คนเดียวเราก็เหมือนคนบ้าเหาะ” (แทน)

เมื่อสมาชิกกลุ่มยอมรับข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มแล้ว ยิ่งระยะเวลาของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการผ่านไปเท่าใด ก็ยิ่งเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม ไว้วางใจกัน มีการแลกเปลี่ยนมุมมองประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งให้การสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งมีส่วนช่วยหรือสนับสนุนให้กระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตของสมาชิกกลุ่มพัฒนาได้ง่าย

“ยกตัวอย่างอย่างแม่แทนอะ ตอนเข้ากลุ่มเค้าเคยเล่าให้ฟังว่าตอนเด็ก ๆ เขาลำบากมากอะไรมาก ไม่คิดเลยว่าเออเค้าจะมีความทุกข์อะไร เนี่ยอะเวลาพอหนูได้เข้ากลุ่มกับพี่ก็ตาร์ทหนูก็จะเอาที่มาแชร์กันในในกลุ่มเนี่ยอะคะเก็บไปจำตลอดมันก็ทำให้หนูดีขึ้นตลอด...พอหนูมีอะไรทุกข์ใจเพื่อนที่เข้ากลุ่มด้วยกันก็จะคอยบอกตลอดว่า ไม่เป็นไรเดี๋ยวกลางคืนมันก็หายไปแล้วถ้าย้อนกลับมาอีกแบบเออ ยังรู้สึกไม่ดีแบบว่าไม่เป็นไรเดี๋ยวเราก็ผ่านกลางคืนด้วยกันห่มผ้าอะไรเงี้ยก็จะนึกถึงคำที่พี่ก็ตาร์ทบอกมาตลอดก็ทำให้หนูเข้มแข็ง” (พลอย)

“อยากมาเจอหน้ากัน อยากให้คนที่คิดได้ไม่รู้คิดได้เหมือนเราหรือเปล่าอยากให้ทุกคนอะ ฟังเรื่องราวของคนนี้ว่าคนนี้เค้าคิดได้ยังไงแล้วตอนนี้ อืม อยากรู้ว่า อย่างอาทิตย์นี้เค้าคิดอย่างนี้ อาทิตย์ที่จะถึงต่อไปนี่อย่างอันนี้อาทิตย์ที่สองความคิดเค้าเปลี่ยนแปลงอะ อยากจะรู้ตรงนี้ว่าเค้าคิดเหมือนเรามั้ย อืม...เค้าคิดได้เหมือนเรามั้ยวะหรือว่าเค้าคิดไปไกลกว่าเราหรือว่าเค้าคิดไม่ได้เท่าเรา อยากจะรู้ของเค้าไปหมดอะ” (แทน)

จากบรรยากาศของกลุ่มที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกมีการยอมรับกันและกัน เป็นส่วนหนึ่งให้สมาชิกกลุ่มสามารถก้าวผ่านความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ไปสู่การยอมรับตนเอง ยอมรับกลุ่มและสามารถใช้กลุ่มเป็นส่วนช่วยในการเยียวยาหรือพัฒนาให้เกิดการเติบโตทางจิตใจได้

“ผ่อนคลาย มันเหมือนเป็นการรักษาในกลุ่มทั้งหมดเลยทุก ๆ คนมาที่นี้ที่พอหนูเข้ากลุ่มปั๊บ หนูรู้ว่าทุกคนจำแต่ประสบการณ์เพื่อนคนโน้นคนนี้แล้วจากตัวเราแชร์ประสบการณ์คือทำให้รู้ว่าเราไม่ได้ทุกข์คนเดียวทุกคนมาก็ไม่ใช่ว่าสบาย แต่ที่นี้เราจะทำยังไงให้เราสามารถอยู่กับความทุกข์ของเราได้” (อุ่ม)

“จากที่หนูคิดว่าเป็นคนอารมณ์ร้อนเป็นคนไม่เอาไหน คือหนูจะไม่กล้าพูดหนูจะเป็นคนขี้อายแล้วเป็นคนไม่กล้าแสดงออกแต่จริงๆ แล้วพอหนูมาพูดคุยกับเพื่อนแปดคนก็ทำให้หนูได้รู้จักหน้าที่ของตัวเองรู้จักกล้าแสดงออกตัวของเรารจริง ๆ ว่าเราเป็นคนยังไง” (ไอติม)

นอกจากนั้น เฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มมีลักษณะเป็นสัดส่วนชัดเจน มีประตูหน้าต่างที่ค่อนข้างมิดชิดและเป็นส่วนตัว ป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกกลุ่มได้ในระดับหนึ่ง สามารถถ่ายเทระบายอากาศได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากสถานที่ดังกล่าวมีส่วนที่ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น เอื้อให้สมาชิกกลุ่มสามารถกล้าที่จะเล่าเรื่องราวส่วนตัวของตนเองได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีบุคคลที่สามารถรบกวนหรือร่วมฟังเรื่องราวภายในกลุ่ม ดังภาพประกอบ 19



ภาพประกอบ 19 สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มซึ่งเป็นภาพถ่ายจากภายนอกห้องที่เป็นห้องกระจก ภายในมีเก้าอี้ เครื่องปรับอากาศและเหล็กดัดที่แบ่งสัดส่วนชัดเจนระหว่างพื้นที่ภายในห้องและนอกห้อง

3. ทฤษฎีหรือเทคนิคการปรึกษา หมายถึง กระบวนการกลุ่มรวมทั้งเทคนิคต่างๆที่ผู้วิจัยใช้โดยมีกรอบการบูรณาการมาจากทฤษฎีการปรึกษาอันได้แก่ ทฤษฎีของซาเทียร์ เกสตัลท์ และสตรีนีย์มอันมีส่วนช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดการตระหนักรู้ในตนเองอย่างลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น สามารถสื่อสารกับโลกภายในตนเองได้อย่างอ่อนโยนและมีเมตตา เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการคิดใหม่ในเชิงบวกและนำไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลรอบข้างได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านปัญหาภาวะวิกฤติต่างๆของตนเองได้

ตัวอย่างเทคนิคหนึ่งที่ผู้วิจัยใช้ในการดำเนินกลุ่มคือ การให้สมาชิกกลุ่มบันทึกความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังเสร็จสิ้นกลุ่มในแต่ละครั้งเพื่อตอกย้ำประสบการณ์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นในกลุ่มให้ฝังแน่น (Anchoring) มากยิ่งขึ้นและเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งของกระบวนการปรึกษาตามแนวคิดของซาเทียร์และเกสตัลท์

“พี่ก็คิดว่าเราจะมีสมุดมาให้คนละเล่มแล้วให้เขียนความรู้สึกอะไรเนี่ยเพราะว่าทำงานทำกิจกรรมหลายอย่างอะก็ไม่ค่อยจะมีเวลาเขียนแต่เวลาจะเขียนอะไรก็คิดก่อนคือความหมายเยอะถึงตัวหนังสือน้อยแต่มีความหมายเยอะ” (แทน)

นอกจากการเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มผ่านกิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองการรับรู้ตนเอง รับรู้ผู้อื่น รับรู้สิ่งแวดล้อมรอบข้าง สามารถยอมรับถึงความผิดพลาดในอดีตของตนได้ในขณะที่ยังมีความรู้สึกชื่นชมตนเองอยู่ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางบวก

“คือมันมีแรงโน้มถ่วงใจเหมือนแสงสว่างอะทำให้ผู้ป่วยอะ นึกย้อนสะท้อนภาพชีวิตแล้วก็ความผิดพลาดที่ผ่านมาได้ ความผิดพลาดที่ผ่านมานี้ทุกคนต้องมีความผิดพลาดมาอยู่แล้วถ้าเกิดว่าเราไม่มีความผิดพลาดเราจะรู้หรือว่าเราบกพร่องเรื่องอะไรในชีวิต...ทำให้เราเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองแล้วก็ทำให้เราเปลี่ยนเป็นคนใหม่ เหมือนกับว่าเราไม่ทำแล้วตรงนี้อะไม่ดีเลยต่อไปฉันจะต้องเป็นคนอีกแบบ ทำให้เราปรับเปลี่ยนมุมมองปรับเปลี่ยนอะไรได้ทุกอย่างเปลี่ยนแบบหน้ามือเป็นหลังมือเลยอะ” (แทน)

“จริง ๆ แล้วสถานแห่งนี้ก็ดีนะคะดีมากด้วยแต่ว่ายังโน้มหน้าจิตใจได้ไม่เพียงพออันนี้คือความรู้สึกของแทนเองนะคะ ถ้าเกิดว่ามีโครงการหรืออะไรเหมือนๆกับที่พี่ก็ตำเนี่ยซึ่งถ้าทำลักษณะนี้เชื่อว่า อันนี้ความคิดส่วนตัวนะคะ เชื่อว่าการบำบัดและการที่สังคมจะเลิกยาเนี่ยเป็นไปได้สูงมากเลยถ้ามีกลุ่มลักษณะเนี่ย พูดถึงถูกประเด็นและมีจุดยุทธศาสตร์มีจิตวิทยา กลุ่มพี่ก็ตำที่ทำอยู่เนี่ยถือว่าโอเคเลยอะ” (แทน)

“เข้ากลุ่มพี่ก็ตำทำให้หนูรู้สึกหนูเข้มแข็งขึ้น จากคิดลบก็ทำให้คิดบวกอย่างเช่นยกตัวอย่างเวลาหนูเครียดอะอะไรเงี้ยอะคะก็พี่ก็ตำเค้าก็จะคอยบอกไว้ว่าเราก็จะมีทั้งกลางวันกลางคืน หนูก็จะจำแล้วพอหนูมีอะไรทุกข์ใจหรือว่าเพื่อนที่เข้ากลุ่มด้วยกันอะอะไรเงี้ยอะคะก็จะคอยบอกตลอดก็จะนึกถึงคำที่พี่ก็ตำบอกมาตลอดก็ทำให้หนูเข้มแข็ง” (พลอย)

“คือหนูก็จะภูมิใจ ตั้งแต่ได้เข้ากลุ่มพีทีดาร์ พีทีดาร์เค้าก็จะเอมาให้เขียนว่าเรามีความภาคภูมิใจอะไรกับครอบครัวกับชีวิต เราก็ก็นเขียนไปว่าหนูมีพีทีที่เป็นนางแบบอย่างพ่อหนูเป็นวิศวกร หนูก็จะเอาตรงนั้นมาเก็บมาคิดตลอดถึงเราเป็นอย่างนั้นนะแต่ครอบครัวเราโอเคดีเลิศทุกอย่างอะไรเงี้ย” (พลอย)

“ผู้นำกลุ่มแสดงให้ดิฉันเห็นว่า ดิฉันมีคุณค่ามากมาย เปรียบดังอัญมณีที่สวยงาม เลอค่าหาที่เปรียบไม่ได้ ต้องรู้จักรักตนเองและเห็นตนเองของตนเองว่าชีวิตของดิฉันนั้นยังมีความสวยงามอยู่มากมาย” (ดิวิ)

“คือเค้าจะให้เราเขียนว่าเรามีข้อดีอะไรและประสบความสำเร็จในชีวิตอะไรบ้างดึงให้ตัวเองมีคุณค่าแล้วนำคุณค่าตรงนี้ เรายังมีคนรักมีพ่อแม่ถึงตรงนี้ขึ้นมาเป็นกำลังใจก็เลยสว่าง เพราะว่าจุดเทียนในใจเรา...ทำให้ตัวเองรู้สึกว่ามีค่า มีค่าที่เราจะสามารถทำสิ่งดี ๆ ได้เยอะแยะทางให้เดินเลือกเยอะแยะพีทีดาร์ดึงตรงนี้ออกมาด้วย...พีทีเค้าคือดึงความมีคุณค่าของเราขึ้นมาอะว่าชีวิตเรายังมีมุมมองดี ๆ ได้อีกเยอะแยะก็จะไปได้สวยเงี้ย” (อุ่ม)

การเชื่อเชิญให้สมาชิกกลุ่มสามารถตระหนักรู้ถึงความรักความอบอุ่นภายในครอบครัว ผ่านกิจกรรมแบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สื่อสารความรู้สึกเจ็บปวด ขัดแย้งทางจิตใจกับสมาชิกกลุ่มในครอบครัวผ่านเทคนิคการปั้นหุ่น การใช้บทบาทสมมติ การจินตนาการ รวมทั้งสัมผัสถึงประสบการณ์ทางบวกจากบุคคลในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มนำทรัพยากรจากครอบครัวเหล่านี้มาใช้ในการปรับตัวได้

“กล่าวพูดเรื่องส่วนตัวเคยคิดว่าเราออกไปก็จะต้องไปโกหกแฟนนะว่าเราหายไปไหนมา เค้ารู้ว่าเราารักษาตัวที่นี้ยังกลัวความผิดอะ กลัวที่ว่าเขาจะไม่รักเราแล้วที่ว่า คิดใหม่แล้วจะว่ายังคิดใหม่ไปถึงการเลิกทะเลาะนะคะว่าคนที่รักเราจริงอะคือพี่น้องพ่อแม่ซึ่งแฟนเราคนนี้ไม่เคยมาเลยรู้ว่าเราอยู่ตรงนี้แถมอยู่ใกล้ๆเราอีกด้วยยังไม่มาเลย ทำให้เรามองสะท้อนไปได้ว่าคนที่รักเราแท้หรือที่ห่วงใยใส่ใจเรามากคือครอบครัวมากกว่าไปใส่ใจคนรอบข้างครอบครัวต้องมาเป็นอันดับหนึ่งครอบครัวต่างหากที่คอยให้อภัยเรา” (แพน)

“ทำให้หนูนึกถึงตอนอยู่กับพ่อแม่เงี้ยคะ นึกถึงตอนที่เรามีความสุขด้วยกัน ตอนไปเที่ยวตอนไปกินข้าวด้วยกันเงี้ยคะแต่ทุกวันนี้ไม่เคยมีเลยให้หนูนึกย้อนหลังว่าเราเคยมีความสุขกับครอบครัว เดี่ยวนี้เราไม่มีความสุขกับครอบครัวเลย ก็ทำให้เรานึกถึงเรื่องราวเก่าๆในครอบครัวได้เมื่อก่อนพ่อแม่เราไว้ใจเราแต่เดี๋ยวนี้เรากลับทำตัวเองจนเค้าไม่อยากจะไว้ใจเราอะไรเงี้ยคะ” (ไอติม)

“อย่างตอนแรกหนูเป็นคนคิดลบอะไรเงี้ยคะคืออาจจะไม่ถึงกับคิดลบแต่ก็คือจะเครียดแต่พอได้เข้ากลุ่มอาทิตย์แรกก็ทำให้รู้ว่าในตัวเราในครอบครัวเราก็ก็นมีสิ่งที่ดีๆอยู่เราไม่ได้มีแต่เรื่องร้ายๆอะไรเงี้ยแล้วพอบางที่ได้เข้ากลุ่มเรื่องพวกเกี่ยวกับชีวิตของฝั่งอะไรเงี้ยอะคะคือเรื่องของฝั่งมันก็เป็นเรื่องธรรมดาที่หนูก็เคยเจออยู่บ่อยๆคะ” (พลอย)

“ของหนูตอนแรกก็จะเครียดเรื่องทางบ้านคะ คือว่าเค้าไม่ค่อยมาไม่ค่อยอะไรเงี้ยอะพอเข้ากลุ่มพีทีดาร์พีทีเค้าให้เขียนว่าเรามีข้อดีอะไรในตัวเราในครอบครัวเราหรือว่าอะไรเงี้ยคะมันก็ทำให้หนูคิดเออพ่อแม่ถึงเค้าไม่มาเค้าก็ไม่ใช่ว่าจะไม่รักเราเราอะไรเงี้ย อย่างที่เค้าให้ทำเกี่ยวกับว่าครอบครัวเรามีสิ่งอะไรที่ดีๆ มีพ่อแม่ที่ดีคอยเป็นห่วงมันก็ทำให้หนูคิดถึงตรงนั้นแล้วหนูจะหายเครียดไปเลย” (พลอย)

จากเรื่องราวข้างต้น จะเห็นได้ว่า พลอยเป็นอีกหนึ่งคนที่สามารถเยียวยาหัวใจของตนเองได้จากกิจกรรมที่ใช้เทคนิคการปั้นดินน้ำมันเพื่อแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดินน้ำมันเหล่านี้เป็นเสมือนตัวแทนบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักซึ่งนำไปสู่การตระหนักรู้ถึงทรัพยากรและความสัมพันธ์เชิงบวกภายในครอบครัวของพลอยได้ ดังภาพประกอบ 20



ภาพประกอบ 20 ภาพปั้นดินน้ำมันของครอบครัวพลอยจากกิจกรรม “ครอบครัวของฉัน”

นอกจากนั้น การเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการตระหนักถึงการเปิดโอกาสทางสังคมให้กับผู้ติดยาเสพติด การสร้างเสริมการรับรู้ศักยภาพแห่งตนทางการศึกษาและอาชีพ รวมทั้งการฝึกทักษะการปฏิเสธ ล้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเพิ่มพูนพลังสุขภาพจิตโดยกระบวนการดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานความเชื่อของการแทรกแซงตามทฤษฎีของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมร่วมกัน

“ก็คือทำให้หนูคิดอะคะว่า เออผู้หญิงมันก็สามารถที่จะปรับเปลี่ยนอะไรได้ ก็คืออย่างถนนชีวิตอะไรเงี้ยอะคะแต่ครั้งมันก็จะมิกฎเกณฑ์แบบจากที่หนูไม่เคยรู้ เคยรับรู้บ้างแต่อาจจะคิดไม่ออกว่าจะต้องทำอะไรเงี้ยอะไรเงี้ยอะคะก็ทำให้หนูคิดออก อย่างการศึกษาอะไรเงี้ยอะคะ พอพี่กีตาร์มามันเหมือนพี่กีตาร์มาเพิ่มเติมข้อเติมข้อมูลอะไรเงี้ยมันก็ทำให้หนูอยากเรียนมากขึ้นสนใจที่อยากจะทำกลับไปมีชีวิตที่ไม่ต้องไชยาอะไรเงี้ยอะคะ” (พลอย)

“แนวคิดที่พี่เขาเสนอมาเงี้ยก็จะได้ความคิดมา อี้ ยังมีคนรักเราสังคมให้โอกาสเงี้ยอ้าวเข้าไปอยู่ในสังคมเราก็ขายของอะสิ คิดอีกแง่หนึ่งตอนแรกเราจะไปอยู่ในสังคมยังงั้นในเมื่อเราจะทำอะไรก็เราออกไปจะไปอยู่ยังงั้นใครจะยอมรับเรา” (แพน)

“แต่ถ้าเป็นตอนนี้ออกตรง ๆ เลยคนเสพยานี้เลิกคบเลยไม่เอาเลยเพราะว่าเข้ากลุ่มบ๊อบมันทำให้เราบ่บัดจิตใจเราว่าเราต้องดำเนินชีวิตด้วยความเป็นจริงแล้วก็ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดชีวิตเราจะมีความสุขที่สุดเลย คือเราจะเข้าถึงจิตใจของพ่อแม่พี่น้องเข้าถึงคนที่เรารักได้ดีกว่านี้” (แทน)

“การที่ฉันมาเข้ากลุ่มครั้งนี้ ฉันคิดว่าตัวฉันเองคือคนสำคัญของคนในครอบครัวสังคมยังเปิดทางให้ผู้ติดยาเสพติดอย่างฉันได้มีทางที่จะเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้ตลอดเวลา ทำให้ฉันรู้ว่าสังคมไทยมีที่ว่างให้คนเคยติดยาอย่างฉันก็สามารถมีชีวิตใหม่ที่สวยงามได้เช่นเดียวกัน” (ติว)

“ปัญหาทุกอย่างมีทางออกเสมอเหมือนที่พี่กีตาร์บอก ถ้าได้ออกไปจะตั้งใจทำอาชีพที่สุจริต เราก็จะได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้างและทำให้ญาติพี่น้องยอมรับเราว่าเรามีความตั้งใจเล็กและตั้งใจสร้างครอบครัวให้มีฐานะเหมือนคนอื่นเขา” (บี)

ซึ่งจากตัวอย่างข้อความข้างต้น จะเห็นได้ว่า เป้าหมายของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการนั้นมุ่งใช้กิจกรรมเป็นสื่อประสานกับเทคนิคตามทฤษฎีเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตให้มากที่สุดเพื่อที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงเหล่านี้จะสามารถก้าวฝ่าวิกฤติปัญหาชีวิตของตนเองและกลับไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกโดยปราศจากการใช้ยาเสพติด

ประเด็นหลักที่ 2 ผลลัพธ์แห่งพลังสุขภาพจิต หมายถึง พลังสุขภาพจิตในแง่ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของสถานบำบัด โดยผู้วิจัยขอเสนอประเด็นย่อย หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยตามองค์ประกอบของแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้เห็นภาพถึงข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นอันแสดงถึงประสบการณ์ของผู้ติดยาเสพติดหญิงในมิติต่างๆของพลังสุขภาพจิตซึ่งนำไปใช้เสริมหรือสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณคือการเปลี่ยนแปลงของพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนภายหลังได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลอันได้แก่ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ สามารถแบ่งได้ทั้งหมด 8 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

1.1 การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตน

หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักว่าตนมิได้เป็นเพียงบุคคลเดียวที่ต้องเผชิญความทุกข์ยังมีบุคคลอื่น ๆ ที่ต้องเผชิญความทุกข์เช่นเดียวกันตนหรือมากกว่า

“ผอนคล้าย มันเหมือนเป็นการรักษาในกลุ่มทั้งหมดเลย ประสบการณ์เพื่อนคนโน้นคนนี้แล้วจากตัวเราแชร์ประสบการณ์คือทำให้รู้ว่าเราไม่ได้ทุกข์คนเดียวทุกคนมาก็ไม่ใช่ว่าสบาย แต่ที่นี้เราจะทำยังไงให้เราสามารถอยู่กับความทุกข์ของเราได้...ก็รู้สึกที่เราไม่ได้โดดเดี่ยวคนเดียว มันไม่ใช่เรื่องที่แปลกเพราะว่ามันเกิดขึ้นได้กับทุกคน...เราก้ยังมีเพื่อนทุกข์ บางทีเรื่องของเพื่อนก็ยังน่าเศร้ากว่าเราก้ก้ยังมี...ทำให้เรามองข้ามทุกข์ตรงนั้น” (อุ่ม)

“เมื่อก่อนไม่เคยคิดอะว่า ทำไมเหตุการณ์นี้ต้องมาเกิดกับเราด้วยแต่พอเราเข้ากลุ่มพีก็ตาร์ท พีก็ตาร์ทเค้าก็จะอธิบายให้ฟังอะว่าเราก้ไม่ทุกข์คนเดียวเราก้ยังมีเพื่อนๆที่อีกหลายคนอะคะที่ไม่ได้เข้ากลุ่มหลายคนเค้าก็ต้องเจออะไรอีกหลายๆอย่างอะคะบางทีอาจจะหนักหนากว่าเราแต่เค้าก็ยังไม่ไปไหนได้คะ เราก้ไม่ได้ทุกข์อยู่คนเดียวอะคะคนอื่นก้ยังมีคนทุกข์กว่าเราเงี้ยคะ...ก็ เวลาพอหนูได้เข้ากลุ่มกับพีก็ตาร์ทหนูก็จะเอาที่มานะแชร์กันในกลุ่มเนี่ยอะคะเก็บไปจำตลอดมันก้ทำให้หนูดีขึ้นตลอด” (พลอย)

“ก็ทำให้เห็นอะว่า เพื่อนเงี้ยเค้าก็มาอยู่แบบเราทำไมเราจะอยู่ไม่ได้ ก้ทำให้หนูคิดไปอีกอย่างว่า เค้าอยู่ได้เราก้ต้องอยู่ได้ เค้าจะอยู่ได้เพราะเค้ามีญาติแต่เราไม่มี แต่ทำไมเราจะอยู่ไม่ได้ ไม่ใช่เราจะไม่มีกินเราก้มีข้าวกินคิดอย่างนี้อะคะ มันก้ทำให้หนูได้คิดหลายอย่างเลย การที่เราได้รอกอยมันก้ทำให้รู้สึกเล็กๆเลยอะว่าเราก้ต้องทำได้ด้วยตัวเองอะ” (ไอติม)

“ตอนแรกที่มาอยู่ที่นี้ร้องไห้ต้องนั่งเก้าอี้ (Hot chair) คิดถึงแฟน ทำไมทางญาติไม่มาแต่ทุกวันนี้กลับคิดว่าเงินก้ไม่มีแต่อยู่ได้ มีความสุข บางวันเขาก็มีขนมให้เรากินและข้าวสามมื้อซึ่งบางคนอยู่ข้างนอกบางครั้งลำบากกว่าเราก้ คิดอย่างนี้เลยนะ” (แพน)

“เราก้กลับมองอีกแบบ เอ๊ะ คนอยู่ข้างนอกบางครั้งนอนใต้สะพานลอยยังมีเลยคนที่เค้ายุ่งกัตพุงนี้ก็จะกินอะไรก้ไม่รู้ ค่าอาหารจะไปหาที่ไหน แต่เรานี้พุงนี้หกนาฬิกาสามสิบนาทีรถข้าวมาส่งและ ตอนเที่ยงสิบเอ็ดโมงสามสิบนาทีข้าวมาส่งและตอนเย็นมีข้าวกิน” (แพน)

“ดิฉันได้ทำกิจกรรมกับเพื่อนหลายอย่าง ได้รับฟังเรื่องราวและทำให้ฉันน้ำตาไหลในขณะที่ได้รับฟังเรื่องราวชีวิตของเพื่อนๆ ดิฉันคิดว่าตนเองเป็นคนที่มีโชคดีมากคนหนึ่งชีวิตของฉันไม่ต้องทุกข์ทนกับปัญหาชีวิตที่น่าเศร้า” (ดาว)

“หลังจากได้เข้ากลุ่มพีก็ตาร์ท ทำให้พักรู้สึกโล่งใจไปส่วนหนึ่ง เหมือนกับว่าพักไม่ได้อยู่ในโลกใบนี้เพียงลำพัง ขอขอบคุณพีก็ตาร์ทระดับที่เลือกพักเป็น 1 ใน 8 คนที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดของพีก็ตาร์ท” (พัค)

1.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงความมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง กล่าวแสดงออกมากขึ้น รับรู้ถึงความสามารถที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ชีวิตที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดรวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือและเป็นที่ยอมรับกับผู้อื่นได้

“สิ่งสำคัญที่สุดจากกลุ่มคือทำให้ตัวเองรู้สึกว่ามีค่า มีค่าที่เราจะสามารถทำสิ่งดีๆ ได้เยอะๆ ทางให้เดินเลือกเยอะๆ ฟีก็ตาร์ทตรงนี้ออกมาด้วย...เมื่อก่อนคิดว่าเราเป็นแม่ติดยาเราจะทำอะไรได้ ตอนนั้นก็เลยกลับตาลปัตรเพราะว่าฟีเค้าคือดึงความมีคุณค่าของเราขึ้นมาอะว่าชีวิตเรายังมีมุมมองดีๆ ได้อีกเยอะๆ ก็จะไปได้สวยเงี้ย” (อุ่ม)

“ยกตัวอย่างที่นี้อย่างหนูโดนลงโปรแกรมหรืออะไรเงี้ยอะมันก็จะทำให้หนูคิดว่ามันไม่ใช่เรื่องที่มาั้งเครียดนะว่าเราก็ก็น่ามีสิ่งดีๆ อีกแต่ว่าเมื่อก่อนไม่เคยคิดอะอะ ไม่เคยคิดเวลาเรารู้สึกมีความสุขอะไรเงี้ยเราจะไม่ย้อนกลับไปคิดว่าเรายังมีสิ่งดีๆ หลังจากเข้ากลุ่มฟีก็ตาร์ทก็ทำให้หนูคิดย้อนกลับไปเวลาเราเจอสิ่งที่เราทุกข์เนี่ยทำให้หนูย้อนกลับไปว่าเราก็ก็น่ามีสิ่งดีเนาะ จะทำให้หายเครียดได้” (พลอย)

“เราลืมนมองตัวเองไปว่า เอ๊ะ ตัวเองไม่ใช่คนเลวร้ายเลยนะ เมื่อก่อนเคยตำหนิตัวเองตลอดว่าเราเป็นคนบาป คนไม่ดีคนที่สังคมไม่ยอมรับเป็นคนอย่างนู้นอย่างนี้มาตลอดเคยแบบลงโทษตัวเองมาตลอดก็แบบไม่กล้าที่จะเผชิญหน้ากับเพื่อนฝูงสังคมถ้าเพื่อนฝูงที่มีก็เป็นสังคมเสพยาเฉยๆ ถึงจะเผชิญด้วยแต่คนที่ดีๆ บางครั้งเค้าเรียกเรานะทักเรานะแต่เราจะมองตัวเองว่า ฮี๊ เสพยานี่หว่า” (แพน)

“จริงๆ แล้วเราไม่ใช่คนเลวร้ายนะเป็นคนจิตใจดีและยังเป็นคนที่ชอบช่วยเหลือคนอื่นเรามีหลายอย่างจากที่เคยบอกว่าเราแยอะ เป็นคนเลวอะ เราไม่ดี ตรงนั้นก็บกร่องทำไมเราเป็นคนแบบนี้ที่ไหนได้ตรงนี้เราก็ก็น่าดีนะมันเบี่ยงอย่างกับฟ้ากับดินเลยความคิดอะ” (แพน)

“ตอนแรกๆ เปลี่ยนความคิดก็ทำให้เราได้กล้าแสดงออก แบบเมื่อก่อนไม่เคยได้กล้าแสดงออกไม่เคยมีความคิดอะไรอย่างเงี้ยอะอะมันทำให้เรามีความคิด...จากที่หนูคิดว่าเป็นคนอารมณ์ร้อนเป็นคนไม่เอาไหน คือหนูจะไม่กล้าพูดหนูจะเป็นคนขี้อายแล้วเป็นคนไม่กล้าแสดงออกแต่จริงๆ แล้วพอหนูมาพูดคุยกับเพื่อนแปดคนก็ทำให้หนูได้รู้จักหน้าที่ของตัวเองรู้จักกล้าแสดงออกตัวของเราจริงๆ ว่าเราเป็นคนยังไง” (ไอติม)

“คือหนูก็จะภูมิใจ ตั้งแต่ได้เข้ากลุ่มฟีก็ตาร์ท ฟีก็ตาร์ทเค้าก็จะเออให้เขียนว่าเรามีความภาคภูมิใจอะไรกับครอบครัวกับชีวิต เราก็ก็น่าเขียนไปว่าหนูมีฟีที่เป็นนางแบบ อย่างพอหนูเป็นวิศวกร หนูก็จะเอาตรงนั้นมาเก็บมาคิดตลอดถึงเราเป็นอย่างนี้นะแต่ครอบครัวเราโอเคดีเลิศทุกอย่างอะไรเงี้ย” (พลอย)

“เออ อย่างหนูวันแรกเลยที่ฟีเค้าให้เขียนว่าในตัวเรามีอะไรเป็นสิ่งที่ดีเยี่ยม ตอนแรกหนูเป็นคนที่ไม่ค่อยมั่นใจตัวเองเท่าไรแต่วันนั้นทำให้หนูกล้าเขียนได้ไงเออหนูเป็นคนที่น่ารัก หนูเป็นคนที่มีคุณค่าอะไรเงี้ยอะอะทำให้หนูกล้ามากขึ้นอะ” (พลอย)

“คือเค้าจะให้เราเขียนว่าเรามีข้อดีอะไรและประสบความสำเร็จในชีวิตอะไรบ้าง ดึงให้ตัวเองมีคุณค่าแล้วนำคุณค่าตรงนี้ออกมา เรายังมีคนรัก มีพ่อแม่แม่ดึงตรงนี้ขึ้นมาเป็นกำลังใจก็เลยสว่างเพราะว่าจุดเทียนในใจเรา” (อุ่ม)

“ผู้นำกลุ่มแสดงให้ดิฉันเห็นว่า ดิฉันมีคุณค่ามากมาย เปรียบดังอัญมณีที่สวยงาม เลอค่าหาที่เปรียบไม่ได้ ต้องรู้จักรักตนเองและเห็นตนเองของตนเองว่าชีวิตของดิฉันนั้นยังมีความสวยงามอยู่มากมาย” (ดิ้ว)

1.3 การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต หมายถึง ความสามารถในการ ตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อที่จะสามารถมีชีวิตใหม่ที่จะไม่ต้องใช้ยาเสพติดอีก

“ตอนแรกก็ไม่ได้วางแผนอะไรเลย ตอนแรกที่เข้ากลุ่มก็ยังไม่คิดอะไร ครั้งที่สอง เริ่มคิด เอ๊ะ ออกไปเราจะทำอะไรวะก็เริ่มคิดแล้วว่าเราจะไปทำอะไร ครั้งที่สามนี่คิดได้และ ครั้งที่สี่มีความสุขมากเมื่อวานแทนเอาแผนมาให้ดูหมดเลยว่่าพี่ชายของทำเทียนหอม เรียนภาษามืออะไรหมดแหละ....คิดใหม่เลยว่า เอ้!! เอาจากเล็กๆก็ได้ขายลูกชิ้นก็ได้หรืออะไรอย่างเนี้ยซึ่งเอาเล็กๆลงทุนไม่กี่บาทอะไรเงี้ยพี่น้องเราต้องเปิดโอกาสให้เน...เนี้ยพี่จะขายของหน้าบ้านเลย เนี้ยน้องสาวชื่อจี จีลงทุนให้พี่หน้อยนะพี่ชายหน้าบ้านจี่นี่แหละ จีเป็นคนถือเงินไปลงทุนเลย” (แทน)

“บางครั้งคิดนะเมื่อก่อนเคยคิดตอนช่วงสี่ห้าปีที่ผ่านมาเกิดว่าเราตั้งใจไปแล้วแล้วพรงนี้เราคิดอยากกลับไปเสพอ่ะเราจะทำไง คิดอย่างนั้นนะ ทำไงดีวะ ถ้าความคิดวันนั้นของเราเป็นอย่างจริงจัง เราจะทำยังไง ก็เลยบอกกับตัวเองไง เราต้องไม่คิดดิ เราหาเวลาทำอย่างอื่น ทำกิจกรรมอย่างอื่น...แล้วถ้าวันนั้นเราคิดว่าเราอยากเสพยามาเราเครียด เราจะจัดการกับตัวเองยังไงก็เลยบอกกับตัวเองไว้ว่า เราก็กางานบ้านสวะอะไรเงี้ย เออ เพราะว่าเชื่อว่าทุกคนต้องมีบางช่วงของชีวิตที่ย้อนกลับไปใหม่มีนะเพราะว่าบรรยากาศ สถานที่แล้วก็อะไรที่มันเดิมๆอะคะสามารถปรับเปลี่ยนคุณให้กลับไปเป็นเหมือนเดิมแต่แทนคิดว่าแทนอะคนนึงละที่ว่าถึงคิดได้แทนก็จะทำอย่างอื่น.” (แทน)

“หนูก็คิดอะว่า ตอนแรกก็คิดว่ายังงั้นหนูออกไปหนูก็ต้องใช้ยาเหมือนเดิม เพราะว่าสภาวะแวดล้อมครอบครัวอะไรเงี้ย คำก็เคยยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดเหมือนกันเนี้ยอะคะ คิดว่ายังงั้นอย่างน้อยก็ต้องไปหาเพื่อนแน่นอน ไปหาแฟนแน่นอน แต่พอตอนนี้ก็คือเหมือนกับเรามีเป้าหมายที่ยังงั้นเราก็จะต้องพยายามที่จะเลิกใช้ยาให้ได้ อยากมีอนาคตที่ดี” (พลอย)

“คือแฟนหนูอยู่ตึกไข่มุกเหมือนกันคะ คือตอนแรกก็คิดว่า หนูออกก่อนคำก็จะไปอยู่กับลูกก่อนรอเวลาคำออกมาก็จะพาคำไปอยู่กับแม่เลี้ยง แม่เลี้ยงคำจะลงทุนขายเสื้อผ้าให้คะ แล้วก็ถามเรื่องเพื่อนเดิม อาจจะมีติดต่อกะแต่จะไม่ไปยุ่งสังกะจะอยู่กับแฟนจะช่วยกันเก็บเงินทำงานแล้วก็เรียนไปด้วยคืออยู่กับแฟนอะไรเงี้ยอะคะ” (พลอย)

“พอได้มาระบายกับกลุ่มก็ทำให้หนูคิดได้หลายอย่าง ทำให้หนูมีเป้าหมายมีวางแผนชีวิตตัวเองว่าต่อไปเราจะทำยังไงทำอะไรดีเงี้ย...พอแม่หนูก็เคยมา คำถามว่าออกไปหนูจะทำอะไรหนูก็บอกว่าอยากจะเรียนหนังสือให้จบสูงๆเลย หนูแค่อายุี่สิบปีหนูก็อยากเรียนต่ออะพี่... หนูคิดไว้สองอย่างเงี้ยคะคือทำงานกะเรียน ว่าจะส่งตัวเองเรียนเงี้ยคะให้จบสูงที่สุดอะคะ มันก็ทำให้หนูคิดได้อะคะพี่หนูมั่นใจว่าหนูต้องทำได้” (ไอติม)

“ครอบครัวเลยเป็นเป้าหมายที่จะไปทำหน้าที่เป็นลูกที่ดีของแม่ เพราะว่าแม่ตอนนี้อายุ 67 ปีเป็นโรคตับด้วยปวดท้องอะไรเงี้ยหนูก็ได้แต่หวังพยายามทำทุกวันนี้ให้มันดี สร้างความดีในปัจจุบัน เชื่อว่ามันจะส่งผลให้แม่ไม่เป็นอะไรมากไปกว่าเนี้ย เพราะว่าบ้านหนูไม่มีใครหนูเป็นลูกคนเดียวหนูก็มีลูกสาวคนหนึ่งลูกชายคนหนึ่งไม่มีใครพอก็เสียแล้ว” (อุ้ม)

“ได้รู้เรื่องราวของฝั่ง ได้มีโอกาสวางแผนชีวิตว่าถ้าออกจากสถาบันบำบัดนี้แล้วจะมีเป้าหมายเช่นไร ก็รู้สึกดี กุ๊กเป็นคนพูดไม่ค่อยเก่ง แต่ก็รู้สึกดีมากกับได้คิดวางแผนเป้าหมายในวันนี้” (กุ๊ก)

1.4 การทบทวนย้อนมองชีวิต หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีโอกาสได้ใช้เวลาในการย้อนกลับมาคิดทบทวนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตของตนที่ผ่านมาโดยเฉพาะเส้นทางชีวิตที่ผิดพลาดเพื่อที่จะเลือกทางเดินใหม่หรือมีมุมมองต่อชีวิตที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งมีการใคร่ครวญถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตและแนวทางการแก้ปัญหา

“คือมันมีแรงจูงใจเหมือนแสงสว่างอะ จริง ๆ ค่ะ ทำให้ผู้ป่วยเนี้ยนึกย้อนสะท้อนภาพชีวิตแล้วก็ความผิดพลาดที่ผ่านมาได้ ความผิดพลาดที่ผ่านมาเนี้ยทุกคนต้องมีความผิดพลาดมาอยู่แล้วถ้าเกิดว่าเราไม่มีความผิดพลาดเราจะรู้หรือว่าเราบกพร่องเรื่องอะไรในชีวิต...กลุ่มพี่ก็ตาร์ทก็สามารถเอาเรื่องที่เรเคยปิดบังทั้งชีวิตมาเล่าให้ฟังอย่างเนี้ย” (แพน)

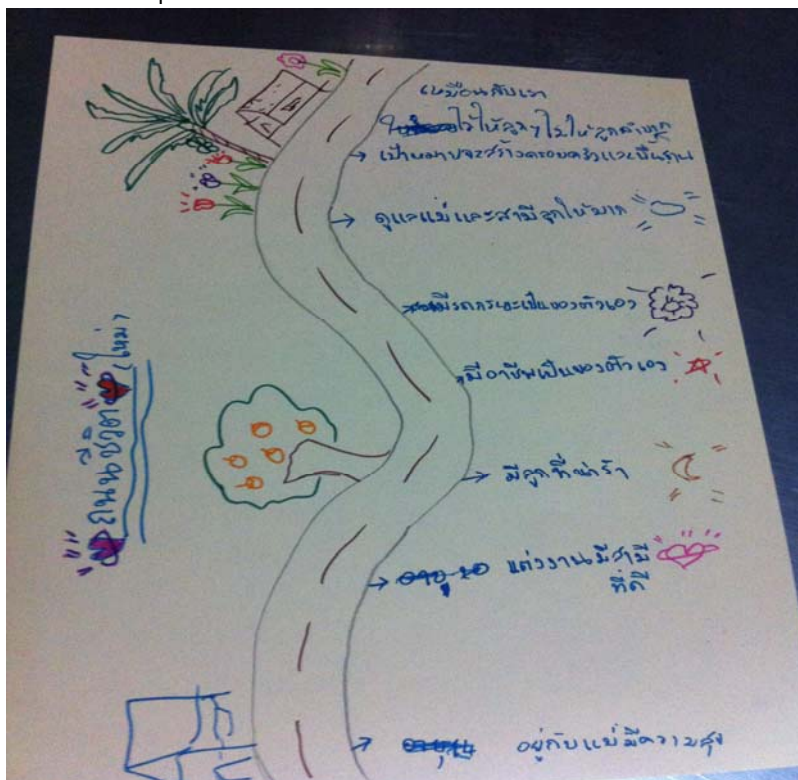
“ก็ยั้งว่าเราเนี้ย โห ตายแล้ว ยังเหลือเวลาอีกแค่สิบยี่สิบปีเราก็จะต้องเหมือนคนนั้นแล้วหน้า คนนั้นเค้าหกลีบจะมองว่าเค้าอายุมากกว่า โหอีกแค่สิบยี่สิบปีเองเวลาก็ผ่านไปไวทำไมเราไม่ทำโอกาสให้มันดี ๆ กับชีวิตซึ่งมาเสียตายเวลา เดียวก็คำมิด ๆ มันน่าเสียตายที่สุด เสียตายอะ แต่ว่าก็ซึ้งเถอะ เพราะว่าผ่านมาแล้วคืออดีตแก้ไขไม่ได้เราทำสามารถทำปัจจุบันให้ดีได้” (แพน)

“วันนั้นพี่ก็ตาร์ทเรียกมาเข้ากลุ่ม ตอนแรกมันรู้สึกเหมือนเป็นอะไรที่น่าเบื่อ ไม่รู้จักกิจกรรมอะไรของพวกเค้าหนักหนาเดี่ยวเรียกกลุ่มโน้นไป เดี่ยวกลุ่มจิต เดี่ยวกลุ่มอะไรเยอะแยะมากมายรู้สึกทำให้ราคาญมากเลยตอนแรก พอได้เข้าปุ๊บวันแรกความรู้สึกที่เข้ากระบวนการเค้าเข้ากลุ่มอะ เค้าจะมีการพูดในคำพูดที่ว่าพูดแล้วก็ให้เราคิดย้อนไปถึงอดีตได้เลยอะ มันทำให้เราจิตได้สำนึกที่เราหรือว่าเรื่องอะไรที่เราแอบแฝงไว้ในตัวเนี้ยมันก็จะหลุดออกมาหมดเลย” (แพน)

“มันทำให้เรามีความคิด คิดนะกลับไปย้อนไปแต่ก่อนเราไม่เคยใช้ยาเงี้ยอะทำให้เราสามารถคิดเป็นคนใหม่ได้เงี้ยอะคะก็มันทำให้รู้สึกดีขึ้นอะคะจากที่เราสมองก็คอยแต่จะคิดแต่ตรงนั้นอะอยู่กะเรื่องยาแต่ทุกวันนี้ก็ทำให้หนูได้ระบายพูดคุยกับเพื่อน ๆ เงี้ย...มองย้อนกลับไปก็คือว่าแต่ก่อนเราไม่เคยยุ่งกับพวกยาเสพติด แต่เรามาเล่นเงี้ยอะ มันทำให้เรามานึกตอนที่เราไม่เคยเล่นเงี้ยอะมันเสียตายเวลาอะพี” (ไอติม)

“ก็ทำให้หนูนึกถึงตอนอยู่กับพ่อแม่เงี้ยคะ นึกถึงตอนที่เรามีความสุขด้วยกันตอนไปเที่ยว ตอนไปกินข้าวด้วยกันเงี้ยคะ แต่ทุกวันนี้ไม่เคยมีเลยให้หนูนึกย้อนหลังว่าเราเคยมีความสุขกับครอบครัว เดี่ยวนี้เราไม่มีความสุขกับครอบครัวเลย ก็ทำให้เรานึกถึงเรื่องราวเก่า ๆ ในครอบครัวได้เมื่อก่อนพ่อแม่เราไว้ใจเราแต่เดี๋ยวนี้เรากลับทำตัวเองจนเค้าไม่อยากจะไว้ใจเราอะไรเงี้ยคะ” (ไอติม)

“กิจกรรมถนนชีวิตทำให้เราทบทวนชีวิตที่ผ่านมาว่าเราประสบความสำเร็จอะไรบ้างและนำความสำเร็จนั้นมาเป็นกำลังใจต่อสู้กับแผลในใจ เป็นแรงคิดให้เราเลือกทำในสิ่งที่ดีกับตนเองและครอบครัว ทำให้เรามีสติทบทวนกับชีวิตการกระทำที่ดีและไม่ดี รู้จักนำมาแก้ไขโดยเริ่มจากตัวเราเป็นอันดับแรก” (อุ้ม) ดังภาพประกอบ 21



ภาพประกอบ 21 ภาพของกิจกรรม “ถนนชีวิต” ของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

1.5 ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง หมายถึง การตั้งความปรารถนาอย่างแรงกล้าของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ต้องการพิสูจน์ตนเองต่อคำสบประมาทของบุคคลรอบข้างที่ปราศตนเองไว้ในอดีต โดยเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะสร้างอนาคตใหม่ที่ดีกว่าเดิมได้

“หลัง ๆ มาอยากติดต่อยากบอกพี่น้องว่าอยากขอบคุณและก็ขอโทษว่าให้อภัยด้วยนะจะกลับตัวเป็นคนใหม่ อยากจะพิสูจน์ให้พี่น้องเห็น...คือครอบครัวถึงจะไม่ได้มาถึงจะไม่ได้รับรู้ที่เราเลิกยาได้แล้วจริงๆนะแต่เชื่อว่าวันเวลาข้างหน้าเราพิสูจน์ให้เขาดูเขาก็ต้องเห็น” (แทน)

“ก็คือถ้าเค้ามองมันก็จะมีคนมองดีมั้งไม่ดีมั้งแต่หนูก็ไม่สนใจนะแค่คิดว่าหนูออกไป เราจะใช้ชีวิตเราให้เค้าเห็นอะทำตัวแสดงความบริสุทธิ์ของเราอะให้ได้เห็นเพื่อพิสูจน์ว่าเรากลับมาเป็นคนใหม่แล้ว” (ไอติม)

“ก็หนูมั่นใจว่าหนูตั้งใจที่จะดีจะไม่ฟังใครจะไม่ยุ่งกับใครถึงว่าบางครั้ง ประสบการณ์ชีวิตหนูบางครั้งเราทำดีแล้วอะเค้าก็ยังมองอยู่ดี ถ้านั้นเราต้องรู้จักตัวเราว่าดีหรือไม่ดีถึงเค้าอาจจะว่าเราได้หรือจะเลิกได้หรืออะไรเงี้ยอะคะหนูไม่สนใจอะคะเพราะว่าหนูมีความอดทนมากพอมีภูมิคุ้มกันตรงนี้มากพอเราตั้งใจที่จะดีแล้วก็ทำให้เค้าเห็น การจะเปลี่ยนอะไรใครสักอย่างอะยากเนี่ยหนูเข้าใจมันอยู่ที่ความมั่นคงในจิตใจของเรา หนูมั่นใจ” (อุ่ม)

“ทำให้เราเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองแล้วก็ทำให้เราเปลี่ยนเป็นคนใหม่ เหมือนกับว่าเราไม่ทำแล้วตรงนี้อะไม่ดีเลยต่อไปฉันจะต้องเป็นคนอีกแบบเพราะจับแยกไปเลยว่าตรงนี่คือนิสัยที่ใช้ไม่ได้ทำให้เราปรับเปลี่ยนมุมมองปรับเปลี่ยนอะไรได้ทุกอย่างเป็นแบบหน้ามือเป็นหลังมือเลยอะ” (แทน)

“เราเป็นแบบอย่างที่ดีได้อะอย่างสมมติว่าเราไปค้าขายเนี่ยอย่างคนอื่นไม่เคยค้าขายเห็นเราค้าขาย หุ้ย ดูลิขายแทนเมื่อก่อนเนี่ยติดยางอมแถมเดี๋ยวนี้มาคิดยังไงมาค้าขายแล้วมันขายดีหรือเปลวอะ เออ มันก็พอขายได้นี้หว่าริ้วว่าเราจะไปขายอย่างยายแทนดีวะ เนี่ยเห็นมะ มันก็ต้องปรับเปลี่ยนให้เราเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคมได้นะ” (แทน)

“หนูไม่แคร์ใครอยากจะทำอะไรก็พูดไปหนูไม่สนใจอยู่แล้วหนูเป็นคนที่ยากให้เห็นการกระทำมากกว่า” (พลอย)

“หนูเป็นคนที่เป็นแบบว่าถ้าหนูจะทำอะไรหนูจะต้องทำให้ได้หนูมุ่งหมายไปจุดมุ่งหมายเดียว หนูจะต้องทำให้ได้ จริง ๆ หนูตั้งใจว่าหนูจะต้องทำให้ได้...หนูก็ไม่สนใจอะคะหนูก็จะอยู่กับตัวเองอะคะเพราะว่าหนูเคยอยู่กับตัวเองเราต้องอยู่กับตัวเองให้ได้คำพูดของคนก็เหมือนกับเค้าจะพูดดูถูกเราก็จริงสักวันเราจะต้องทำให้เค้าเห็นให้ได้อย่างเงี้ย” (ไอติม)

1.6 ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง การรับรู้ถึงบุคลิกลักษณะภายในของตนของผู้ติดยาเสพติดที่สามารถยอมรับ เผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติ จนสามารถพัฒนาสู่การมีจิตใจที่แข็งแกร่ง และสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติได้

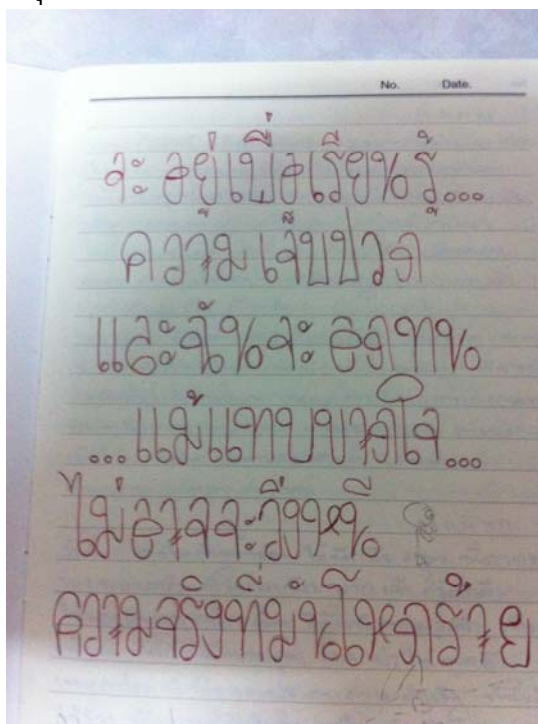
“อย่างแรกเลยอะเข้ากลุ่มพีก็ตาร์ทำให้หนูรู้สึกหนูเข้มแข็งขึ้น จากคิดลบก็ทำให้คิดบวก...ถ้าก่อนหน้า จากภาพก่อนหน้าทีทุกคนเห็นกับช่วงหลังทีทุกคนบอกว่า โห่พลอยเข้มแข็งขึ้น...ช่วงแรกจะเอิ่มเหมือนแบบทุกข์อยู่ตลอดเวลาอะคะ แต่พอหลัง ๆ มาเราก็โดนลงโปรแกรมเหมือนเดิมแต่คือความทุกข์เราคนอื่นจะไม่เห็นแล้วอะจะเห็นแคร์อยยิ้ม คือจะสนุกกับงาน อะ” (พลอย)

“ตอนนั้นก็ยังไม่เชื่อนะตอนนั้นก็หงุดหงิดเพียงแต่อยากให้เค้า (ญาติ) มาเค้าจะได้เอาตังมาฝากให้เรากินขนม อืม ต้องการให้เค้ามาเพราะว่ามีตังเข้ามามีตังมาฝาก ก็ เออ ๆ เลิกแน่ อันนั้นเป็นคำโกหกรับปากไปงั้นแหละให้เค้าสบายใจ...ตั้งแต่ทุกวันนี้เข้าไม่มากก็ไม่เป็นไรอยู่ได้ตั้งแต่เข้ากลุ่มนะบอกไม่ถูกอะ ไม่รู้พีก็ตาร์เขาพูดเชิงจิตวิทยาให้เราได้แง่ไขข้อความรู้สึกของเราออกมา” (แทน)

“ก็หนูมั่นใจว่าหนูตั้งใจที่จะดีจะไม่ฟังใครจะไม่ยุ่งกับใครถึงว่าบางครั้ง ประสบการณ์ชีวิตหนูบางครั้งเราทำดีแล้วอะเค้าก็ยังมองอยู่ดี... หนูไม่สนใจอะเพราะว่าหนูมีความอดทนมากพอมีภูมิคุ้มกันตรงนี้มากพอเราตั้งใจที่จะดีแล้วก็ทำให้เค้าเห็น การจะเปลี่ยนอะไรใครสักอย่างอะยากเนี่ย หนูเข้าใจมันอยู่ที่ความมั่นคงในจิตใจของเรา หนูมั่นใจ... หนูจะพยายามตั้งใจอย่างเต็มที่คือฝึกต่อไปเรื่อยๆ ให้มันแน่นอะคะให้มันไม่หวั่นไหวเพราะว่าไอที่ว่าอยู่ข้างนอกหวั่นไหวกันใจอ่อนเงี้ยจะเป็นตรงนี้ที่เรามีพื้นฐานจิตใจที่ไม่มั่นคงการตัดสินใจที่ไม่แน่นอนแต่ถ้าเราฝึกไปเรื่อยๆ เราก็จะทำให้จิตใจเรามั่นคงหนูว่าโอเค” (อุ้ม)

“วันนี้รู้สึกแย่มากเพราะเหนื่อยกับงานมากแต่พอนึกถึงคำพูดพี่กีตาร์ที่สอนและบอกพวกเราก็เลยมีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป แม้ว่าเรื่องราวๆ หรือดีจะเก็บไว้เป็นแรงผลักดันให้มีกำลังใจจะสู้ต่อไปได้แม้จะเหนื่อยบ้างท้อบ้าง แต่ก็สู้เพื่อวันข้างหน้าของครอบครัวของเราและรอการกลับไปของเราอยู่...ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นก็จะสู้ด้วยใจที่เข้มแข็ง” (อุ้ม)

“จะอยู่เพื่อเรียนรู้... ความเจ็บปวด และฉันจะอดทนแม้แทบขาดใจ ไม่อาจจะวิ่งหนีความจริงที่มันโหดร้าย” (กูก) ดังภาพประกอบ 22



ภาพประกอบ 22 ข้อความการบันทึกลงในส่วนของประสบการณ์ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

1.7 ความหวัง หมายถึง การเกิดความหวังทางบวก กำลังใจของผู้ติดยาเสพติด หวังว่าตนเองจะสามารถมีอนาคตใหม่ที่ดีกว่าเดิม สามารถก้าวผ่านเหตุการณ์วิกฤติ ความเจ็บปวดทางจิตใจไปได้หรือไม่กลับไปใช้ยาเสพติดอีกรวมทั้งเกิดความหวังว่าจะได้เข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในแต่ละอาทิตย์ซึ่งจะช่วยเยียวยาบาดแผลในหัวใจของตนเองได้

“กิจกรรมที่ทำอยู่เหมือนแสงสว่างประทุกลางใจของผู้คน ถ้าเปรียบเสมือนคนเสพยาเดินบนหนทางอันมืดมิดนะคะแล้วมันเหมือนกับว่าเอามาเยียวยาอะ เหมือนนำแสงสว่างอะพาเดินออกไปในทางส่องทางให้จะไปด้วยกันมั๊ย ถ้าคนคิดได้เดินออกไปพร้อมเลยคะ มันใจคะ” (แทน)

“แบบเอ่อคือเหมือนพอจากเมื่อก่อนรอคอยญาติเปลี่ยนเป็นรอคอยเข้ากลุ่มพีก็ตาร์อะไรเงี้ยอะคะ แต่ละอาทิตย์มันทำให้หนูเหมือนพบเจอทางใหม่ๆทุกครั้งเลยคะ...พอเราได้เข้ากลุ่มตรงนั้นก็จากเมื่อก่อนไม่ค่อยคิดก็กลับกลายเป็นตอนนี้เวลาเกิดทุกข์อะไรเงี้ยหนูก็จะคิดว่าเราก็มันเหมือนแบบว่าความโชคร้ายมันก็ยังมีความโชคดีของเราอยู่อะไรเงี้ยทำให้หนูคิดตลอดจากเมื่อเมื่อไม่คิดเลยแต่พอได้กลุ่มตั้งแต่นั้นมาหนูได้คิดตลอดจะนึกถึงตลอด” (พลอย)

“เรายังมีแม่เหลืออยู่ยังมีลูกแล้วก็ยังมีเพื่อตัวเราเอง เรามีชีวิตอยู่เราก็ควรทำชีวิตให้ดี พี่เค้าก็ตั้งตรงนี้ออกมาด้วยก็เลยทำให้หนูเหมือนดีขึ้นอะคะ...เราไม่ได้สิ้นหวังไปซะทั้งหมด” (อุ่ม)

“เมื่อก่อนหนูก็คิดว่าเออ หนูจะเป็นคนชอบคิด อย่างหนูรอคอยอะไรเงี้ยหนูจะคิดในใจว่าเออเดี่ยวเวลานั้นถึงมันจะนานแค่ไหนเดี่ยวเวลานั้นมันก็ต้องเกิดกับเราแน่ คือรอ ยังไงมันก็ต้องเกิดกับเราแน่แต่คือแบบไม่มีแค่อคิดแค่นั้นอะคะแต่มันจะไม่มีใจที่เป็นสุขเลย แต่พอช่วงหลังมาคิดเหมือนเดิมคะแต่ใจจะสบายมากขึ้น หนูก็บอกไม่ถูกเหมือนกันคะ คือมันแตกต่างกัน” (พลอย)

“มันมีประโยชน์มีสาระแล้วก็ทำให้ผู้ป่วยคิดได้ทำให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลมันเป็นความรู้สึกที่ดีได้ทุกอย่างเลยอ่าทำให้ผู้ป่วยเห็นแสงสว่างมีแนวทางให้ผู้ป่วยได้เลือกเดินใช้ชีวิตประจำวันเราข้างหน้า... เราเริ่มเห็นทาง นั่นแหละที่เราบอกว่าที่พีก็ตาร์มาทำกิจกรรมเนี่ยมันเหมือนมาชี้ทางสอนจิตใจเราให้ดีขึ้นแล้วก็ชี้ทางสว่างแล้วก็วางแนวทางการดำรงชีวิตของเราที่ออกไปเราจะทำยังไงด้วยได้ทุกอย่างเลยคะ” (แทน)

“คุยกันเองประจำอะ โอ๊ยเมื่อไหร่จะถึงวันอาทิตย์วะ (วันที่ทำกลุ่ม) ...ก็จะได้เจอกิจกรรมดี ๆ อย่างนี้ เอ๊ะ อาทิตย์หน้าพีก็ตาร์เค้าจะเอากิจกรรมลักษณะไหนมาให้เราทำนะตื่นตื่นเอ๊ะวันนี้จะเกี่ยวกับเรื่องไรหว่า วันนั้นเรื่องวาดรูปวันนี้จะมาสอบถามอะไรหว่า ก็จะลุ้นมาทุกอาทิตย์” (แทน)

“มันเป็นอย่างนั้นจริง ๆ มันรู้สึกมีความอบอุ่นอะ พอมีกิจกรรมนี้ขึ้นมาแล้วนำแสงสว่างพาให้แทนได้เดินออกไปอย่างกล้าที่จะเปิดเผย กล้าที่จะแสดงออกออก กล้าที่จะไปทำมาหากิน กล้าที่จะเผชิญโลกต่อไป” (แทน)

“ตอนนี้พวกหนูปัญหาเยอะค่ะ เตียวโดนแฮร์บ้างอะไรบ้างทุกวัน ถ้าช่วงไหนหนูโดน หนูจะเสียใจมากและจะนึกถึงพีกีตาร์เป็นคนแรก หนูถึงจะหายทุกข์ อยากรจะเข้ากลุ่ม อยากรระบายให้หายทุกข์ พักหลังหนูจะมีข้อบกพร่องค่อนข้างบ่อยค่ะจึงทำให้หนูเครียดและจะคิดว่าเมื่อไหร่หน่าจะถึงวันอาทิตย์สักที อยากรให้พีกีตาร์สอน คิดถึงมาก เวลาที่พวกหนูมีเรื่องไม่สบายใจ พีจะคอยเป็นกำลังใจและอยู่เคียงข้างพวกหนูเสมอ คอยปลอบให้พวกหนูมีกำลังใจสู้ไม่ท้อ” (แปง)

“วันนี้ฉันรู้สึกคิดถึงพีกีตาร์มาก เป็นอะไรไม่รู้ ต้องทำยังไงดีคะ พอคิดถึงก็ต้องร้องไห้ทุกที พยายามทำตัวให้เข้มแข็ง พอร้องไห้ก็คิดถึงพีกีตาร์ทำให้หนูหยุดร้องไห้ไปได้บ้างค่ะ” (แคท)

1.8 การมีศรัทธา หมายถึง การที่ผู้ศรัทธาเสพติดหญิงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในรูปแบบของสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือจิตวิญญาณที่ศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติได้

“ก็คือหลักเลยในเรื่องการใช้สมาธิให้เรายู่กับลมหายใจเข้า ออก หายใจเข้าให้ลึกๆ หายใจออกให้สบาย แล้วก็โน้มหน้าลงดีๆ มาให้เข้าตัวเรา” (อุ้ม)

“พระท่านบอกว่าเป็นชาติเดียวที่ทำได้คือชาติที่เกิดเป็นมนุษย์นี่แหละจะทำอะไรให้รีบทำท่านบอกว่าย่าเตียว... หนูพยายามจะเก็บทุกอย่างเพราะว่าชีวิตคนเราไม่ได้ยืนยาว... คือทุกลมหายใจหนูจะไม่หายใจทิ้ง... ถ้าอย่างว่างๆ เนี่ยคุยกันมั้งๆ เม็งๆ หนูจะนั่งสมาธิให้ลมหายใจเรามีคุณค่า” (อุ้ม)

2. ปัจจัยครอบครัว

ปัจจัยครอบครัว หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากการรับรู้การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว อันส่งผลให้ผู้ศรัทธาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ แบ่งออกได้เป็น 2 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัย หมายถึง การรับรู้ของผู้ศรัทธาเสพติดหญิงว่าตนเองได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์ การมีที่ปรึกษา การรับรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมาย เป็นที่รักและได้รับการให้อภัยจากครอบครัวอันได้แก่ พ่อแม่ ญาติและลูกแม้ว่าตนจะมีพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวต้องเสียใจและเจ็บปวด รวมทั้งการสร้างคามมุ่งมั่นตั้งใจภายในตนเองโดยมีแรงจูงใจจากครอบครัวและลูก

“คนที่รักเราจริงอะคือพี่น้องพ่อแม่ซึ่งแฟนเราคนนี่ไม่เคยมาเลยรู้ว่าเรายู่ตรงนี้แถมอยู่ใกล้ๆ เราอีกด้วยยังไม่มาเลย ทำให้เรามองสะท้อนไปได้ว่าคนที่รักเราแท้จริงหรือที่หวังใยใส่ใจเรามากคือครอบครัวมากกว่าไปใส่ใจคนรอบข้าง ครอบครัวต้องมาเป็นอันดับหนึ่ง ครอบครัวต่างหากที่คอยให้อภัยเรา... มาเข้ากลุ่ม วันนั้นเข้ากลุ่มปุ๊บความคิดเปลี่ยนไป พีกีตาร์เค้าพูดเนาะบอกว่าเนี่ยไม่มีใครที่ทอดทิ้งเราน้ำถึงเราจะอยู่คนละที่แต่จิตใจเค้าห่วงเราบางครั้งเค้าอาจจะมีการกระทำทำให้เราคิดแง่ดีไปเลยอะไรที่แบบกลายเป็นหน้ามือหลังมือไปหมดเลย” (แทน)

“ความคิดเราเหมือนพี่น้องเห็นแก่ตัว พ่อแม่ก็ไม่มีอะไรให้เรา พี่น้องก็แต่งงานมีแต่คนเห็นแก่ตัว ไปหาไม่เคยหวังเราเลยมองแต่แง่ลบมาตลอดค่ะ แต่ความจริงที่ไหนได้พ่อแม่ตอนเรามีครอบครัวอยู่เนี่ยเราบอจนถึงแม่เราจะเกิดมาในครอบครัวที่ยากจนแต่เราก็ได้เจอหน้าพ่อแม่ทุกวัน พ่อแม่ให้ความรักเราดี เออ แล้วก็พี่น้องทุกคนที่เค้าไม่ได้อยู่กับเราเนี่ยไม่ใช่เค้าไม่รักเราเนาะ เค้าก็ต้องมีภาระหน้าที่ซึ่งก็ต้องเลี้ยงดูครอบครัวเค้าไปแต่ความรักเชื่อว่าพี่น้องต้องมีให้เราอยู่แล้ว เราไม่ได้อยู่ใกล้พี่น้องแต่เราน่าจะอยู่ในใจของพี่น้องทุกคน คิดในแง่ นั้นไปเลยทุกวันเนี่ย” (แพน)

“ของหนูตอนแรกก็จะเครียดเรื่องทางบ้านค่ะ คือว่าเค้าไม่ค่อยมาไม่ค่อยอะไรเงี้ยอะ พอเข้ากลุ่มพีก็ตาร์พีเค้าให้เขียนว่าเรามีข้อดีอะไรในตัวเราในครอบครัวเราหรือว่าอะไรเงี้ยอะมันก็ทำให้หนูคิด เออ พ่อแม่ถึงเค้าไม่มาเค้าก็ไม่ใช่ว่าจะไม่รักเราอะไรเงี้ย อย่างที่เค้าให้ทำเกี่ยวกับว่าครอบครัวเรามีสิ่งอะไรที่ดี ๆ มีพ่อแม่ที่ดีคอยเป็นห่วงมันก็ทำให้หนูคิดถึงตรงนั้นแล้วหนูจะหายเครียดไปเลย” (พลอย)

“ก็ให้เห็นหลาย ๆ คนความรักของแต่ละครอบครัวอะไรเงี้ยอะก็ทำให้หนูคิดว่าครอบครัวหนูก็ไม่ได้อะไร แบบเวลาหนูเกิดปัญหาอะไรครอบครัวก็จะไม่ทิ้งค่ะแต่เค้าแต่อาจจะไม่มาหาเราเท่านั้นเองแต่คือพอเราออกไปหรืออะไรเงี้ยเค้าก็จะต้อนรับเราตลอด” (พลอย)

“ถึงแม้ว่าเค้าจะไม่มาเลยแต่อย่างน้อยคือหนูก็คิดอยู่ตลอดว่าแม่เนี่ยรักหนูมาก รักมากพ่อคือเค้าก็รักหนูมากเหมือนกันแต่คือเค้าแต่อาจจะไม่แสดงออกตั้งแต่หนูมาอยู่เนี่ยพ่อเค้ายังไม่เคยมาอะคะแต่ว่ามีแค่โทรมาแต่ว่าแม่หนูจะมาพาลูกมาอะไรเงี้ยอะคะ คือถึงแม้จะไม่ค่อยมาเลยอะคะ แต่เราออกไปเขาจะต้อนรับตลอดอย่างน้อยวันรับกลับเค้าก็ต้องมารับหนูแน่นอน ทำให้หนูเรื่องข้างนอกหนูจะรู้อยู่แล้วคะว่าแม่รักหนูมากไม่เคยทิ้งถึงเราเป็นไงก็ไม่เคยทิ้ง” (พลอย)

“หนูมาอยู่ที่นี่พ่อแม่หนูไม่เคยมาเยี่ยมหนูเข้าเดือนที่สามเนี่ยเค้าถึงมามันก็ทำให้หนูรู้ถึงจิตใจของคนเงี้ยคะว่าพ่อแม่ทำไมเค้าถึงไม่มา ถึงเค้าจะโกรธแต่หนูก็ให้อภัยคือต่างคนต่างให้อภัยเงี้ย แม่มาหนูก็ดีใจนะเขาให้อภัยและเป็นห่วงหนูอยู่แล้วก็สอนให้หนูเป็นผู้รอคอยที่ดีด้วยคะ... เค้าเข้าใจในตัวหนูว่าเค้ายังไว้ใจหนูอยู่และให้อภัย มากี่ร้องไห้อะคะ เพิ่งเคยเห็นน้ำตาแม่วันแรก แม่ทำให้หนูรู้สึกว่แม่ก็รักเราเนาะ แล้วถ้าไม่รักเราจะรักใครเงี้ยคะ” (ไอติม)

“หนูก็เลยบอกหนูคิดได้แล้ว แคเห็นน้ำตาของแม่แล้วแบบทำให้หนูคิดเลยอะคะทุกวันนี้เนี่ยคิดว่าจะกลับไปเป็นลูกสาวคนเดิมของแม่ได้” (ไอติม)

“ภาพประทับใจจากการปั้นดินน้ำมันคือภาพนั่งกินข้าวกับสามี มันเป็นความประทับใจของฉันทึ่งไม่เคยลืม เป็นภาพความรู้สึกที่อบอุ่น มีความสุขซึ่งหาที่ไหนไม่ได้” (บี) ดังภาพประกอบ 23



ภาพประกอบ 23 ตัวอย่างภาพของผู้ติดยาเสพติดหญิงขณะเข้าร่วมกิจกรรม “ครอบครัวของฉัน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

“วันนี้รอเข้ากลุ่มพี่ก็ตาร์ท หลังจากหลายอาทิตย์ที่ผ่านมาได้เข้ากลุ่มกับพี่ก็ตาร์ททำให้พัตโล่งใจและสบายใจมากนะคับ พัตก็ไม่มีเรื่องอะไรนอกจากเรื่องครอบครัวแต่พอได้คลายปมออกก็ไม่มีเรื่องอะไรแล้ว ส่วนที่เหลือถ้ากลับออกจากสถานบำบัดัญญารักษ์ไปแล้วพัตก็จะไปสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวด้วยตัวของพัตเอง พัตไม่รู้จะเขียนอะไรมันเป็นความรู้สึกดี ๆ ที่ไม่สามารถอธิบายออกมาเป็นคำพูดหรือตัวหนังสือได้อะคับ มันเป็นความรู้สึกดีมาก ลึกจากใจ” (พัต)

2.2 การเกิดความรู้สึกผิดและจิตตกตัญญูต่อครอบครัว หมายถึง การเกิดความรู้สึกผิดกับพ่อแม่และครอบครัวเนื่องจากรับรู้ได้ถึงพระคุณของบุคคลเหล่านั้นที่เลี้ยงดู อบรมสั่งสอนตนเองเป็นอย่างดีรวมทั้งเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตอบแทนพระคุณบุคคลเหล่านั้น

“แต่ทุกวันนี้หะหรืออยากจะให้พี่น้องมาหาอยากจะบอกพี่น้องว่าขอโทษอยากจะบอกพี่น้องว่าอยากจะเริ่มต้นใหม่หะให้อภัยหะให้อภัยหน่อยหะอยากจะพูด” (แทน)

“รู้สึกผิดกับแม่อะคะแต่หนูก็ตั้งใจแล้วเมื่อครั้งที่แม่มาหาแล้วก็ขอโทษ.....หนูก็อธิษฐานหนูจะเป็นลูกที่ดีของพ่อแม่ หนูจะเป็นศิษย์ที่ดีของครูบาอาจารย์ แล้วก็คำใดที่ลูกได้ล่วงเกินพ่อแม่กายวาจาใจตั้งใจไม่ตั้งใจก็ดีลูกขอโทษสิกรรมต่อไปนี้ลูกจะเป็นคนดีวินาทีนี้เป็นต้นไป ตั้งปฏิญาณทุกวันนี้” (อุ้ม)

“แม่เป็นคนเอาลูกหนุนนอนคือทุกอย่างหมดหนูแค่ช่วยหยิบช่วยจับอะไรให้แม่เวลาซนมอะไรเงี้ย...แล้วพอเสร็จแล้วก็ออกมาหาเพื่อนแล้วเราก็โดนจับเลย ก็คือไม่มีโอกาสที่จะได้เลี้ยงลูกเองเลย...อยากจะออกจากที่นี่ให้เร็วคือแบบที่จะอยากไปทำหน้าที่แม่” (พลอย)

“คือหนูก็อยากให้แม่พอภูมิใจหนูบ้าง เรามันอยู่ข้างนอกไม่เอาอะไรเลยเงี้ยคะได้แต่เกรทีเยวไปวัน ๆ เงี้ยคะพอมาคิดอีกทีก็ไม่น่าเป็นอย่างนี้เลยคะ อายุก็ปีหนึ่งมันก็ผ่านไปมันก็ไวนะที่มันก็เสียตายเวลาว่าง ๆ เราก็ไม่รู้จักทำอะไรมันก็เสียตายเวลา ถ้าคิดไม่ได้ ก็ยังงวัน ๆ เราก็เรียนเงี้ยเราก็ไม่ต้องมานั่งคิดว่าเราจะทำอะไร” (ไอติม)

“เข้ากลุ่มปั๊บมันทำให้เราบ้าบัตจิตใจเราว่าเราต้องดำเนินชีวิตด้วยความเป็นจริงแล้วก็ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดชีวิตเราจะมีความสุขที่สุดเลย คือเราจะเข้าถึงจิตใจของพ่อแม่พี่น้องเข้าถึงคนที่เรารักได้ดีกว่านี้” (แทน)

“ครอบครัวเลยเป็นเป้าหมายที่จะไปทำหน้าที่เป็นลูกที่ดีของแม่เพราะว่าแม่ตอนนี้ อายุ 67 ปีเป็นโรคตับด้วยปวดท้องอะไรเงี้ยหนูก็ได้แต่หวังพยายามที่ทุกวันนี้พยายามทำทุกวันนี้ให้มันดีสร้างความดีในปัจจุบันเชื่อว่ามันจะส่งผลให้แม่ไม่เป็นอะไรมากไปกว่าเนี้ยเพราะว่าบ้านหนูไม่มีใครหนูเป็นลูกคนเดียวหนูก็มีลูกสาวคนหนึ่งลูกชายคนหนึ่งไม่มีใครพอก็เสียแล้ว” (อุ้ม)

3. ปัจจัยชุมชน

ปัจจัยชุมชน หมายถึง ปัจจัยจากสังคมและชุมชนอันได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดซึ่งรวมทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดและกระบวนการบำบัดต่างๆที่ได้รับ ญาติมิตร โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อนนอกสถานบำบัด สามีหรือคนรักที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ แบ่งออกได้เป็น 4 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

3.1 การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าการบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดไม่ว่าจากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด งานบำบัด หรือการสนับสนุนระดับประคองทางอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกและการมีโอกาสให้การดูแลประคองทางอารมณ์ให้กับผู้อื่นด้วย ว่ามีส่วนช่วยให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ ดังตัวอย่างข้อความ

“แล้วก็ภูมิใจคะที่ตัวเองพัฒนาตัวเองได้ขึ้นมาดูแลสมาชิกเงี้ยคะ...มันต้องใช้ความคิดคะ การพูดคุยดูแลสมาชิกคือก็คุยกลุ่มประชุมเข้าจ๊ะคะ เค้าจะมีกลุ่มประชุมเข้าพูดความรู้สึกเราทุกวันนี้จ๊ะคะ ก็คือเราให้คำแนะนำและให้กำลังใจด้วยคะ...เหมือนตัวหนูกลับไปเรียนใหม่จ๊ะคะ แต่พอตัวเองได้พัฒนาขึ้นมา ถ้าสูงสุดก็ COD หนูคิดว่าก่อนกลับบ้านหนูก็เอาซิฟให้ได้ ซิฟเอกซ์” (ไอติม)

“มาอยู่ที่นี่ทำให้คิดอะไรได้หลายอย่างเลย รู้จักรอคอย รู้จักการรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ใจจะคะ... ปกติหนูไม่เคยรอคอย หนูเป็นคนใจร้อนเป็นคนหงุดหงิด จะแบบว่าฟืดฟิด อะไรนิดหน่อยก็ไม่ได้... เป็นครั้งแรกในชีวิตของหนูที่หนูต้องมารอคอย ก็คือเราทำตัวของเราเองอะ เราต้องรับในสิ่งที่เราทำ” (ไอติม)

“หนูก็เลยพยายามเก็บตรงนี้ ที่นี้ให้อะไรหนูหลายอย่าง ที่นี้เค้ามีในเรื่องของกิจกรรม อุดมการณ์ที่เราฝึกมาและก็ปรัชญาที่เราต้องท่องทุกวันแล้วกฎระเบียบที่นี้ก็อยู่ในอุดมการณ์ทั้งหมดทุกอย่างในระเบียบที่นี้ฝึกเราทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นเรื่องความอดทนใส่ความมั่นใจเข้าไปความเสียสละเจี้ยะคะ... มันเหมือนฝึกหล่อหลอมให้เราแกร่งขึ้น” (อู๋ม)

“สถานบำบัดนี้เปลี่ยนแทนเปลี่ยนเรื่องวินัยในการปฏิบัติตัวของอยู่ที่นี้คะ” (แพน)

“มันเป็นกฎระเบียบที่เราปฏิบัติตามแต่ก็ยอมรับว่าปรับเปลี่ยนได้ คือปรับเปลี่ยนคือหนึ่ง รู้จักการรับผิดชอบ อ่าว ตายแล้วดีห้าต้องลูกละ ดีสี่ไม่ได้ๆ เตียวโดนแฮร์ (หัวเราะ)” (แพน)

“เพื่อนข้างนอกคือหวังเข้าหาเราหรือให้กำลังใจเราหลายๆอย่างคือเค้าหวังผลเรื่องยาทั้งนั้นแต่พอมายูที่นี้อะคะเพื่อนแต่ละคนอะคะที่นี้เราไม่มียาให้เค้าแต่เค้าก็ยังมาให้กำลังใจมาเป็นกำลังใจให้เราโดยเขาไม่ได้หวังอะไรเลยเจี้ยะคะ หนูก็อยากจะมีเพื่อนอย่างนั้นในข้างนอกอะคะ” (พลอย)

“คิดจะหนีอะคะ หนูคิดจะหนี มันเหมือนโรงเรียนมากหนูคิดว่าสงสัยจะอยู่ไม่ได้หรอก ก็คุยกับพี่อู๋มมาพร้อมกันอะคะก็บอกว่าหนูอยากหนี พอหนูลองอยู่ได้เดือนหนึ่งและหนูก็คิดว่ามันก็สนุกดีอะคะมีกิจกรรมให้ทำเยอะแยะเลย” (ไอติม)

“เพื่อนสมาชิกเค้าก็ให้กำลังใจดีอะคะ อย่าคิดท้อเลยอย่างแม่หนูไม่มาเจี้ยะเค้าก็บอกอย่าไปคิดท้อเลยยังงั้นแม่เราก็ต้องมา แม่เรารักเรานี้ลูกสาวทำไมเค้าจะไม่รักลูกถ้าไม่รักลูกแล้วเค้าจะไปรักใครสักวันเค้าต้องมา หนูก็เลยเอาคำพูดของเพื่อนมาคิดหรือไม่ก็คำพูดพี่ที่ตำรวจมาคิดว่าถึงเค้าจะยังไม่มาสักวันเค้าก็ต้องมา” (ไอติม)

“พี่เขา (เจ้าหน้าที่) ก็แนะนำว่าเราไม่รู้อะไรเราก็ถาม พี่เค้าก็ภูมิใจที่หนูเป็นชิฟเป็น COD ภูมิใจที่ว่าหนูพัฒนาตัวเองขึ้นมา” (ไอติม)

“เหมือนเราแทบไม่เชื่อตัวเอง... ไม่เคยตั้งใจมุ่งมั่นอะไรขนาดนี้มาก่อน ไม่เคยต้องรับผิดชอบเป๊ะๆ แบบนี้มาก่อน มันเหมือนเห็นศักยภาพของตัวเองที่จริงๆ แล้วก็มันหวังใจเนาะ... คือหนูต้องตื่นอะ ตื่นมาอาบน้ำแต่งตัวเจี้ยะเพราะว่าเป็นคนะรับผิดชอบก็ต้องดูแลสมาชิกเจี้ยะมันต้องตื่นก่อน พอได้ขึ้นมาเป็นคนะรับผิดชอบแล้วก็คิดได้ทำไมเราเปลี่ยนไป มันติดตัวไปเลยว่าต้องตื่นไวก็เลยตื่นไวเป็นความเคยชิน” (ไอติม)

“ตรงเนี่ยอยู่ด้วยกันหลายๆอย่างอุดมการณ์ปรัชญาทำให้หนูรู้จักวิเคราะห์ตัวเอง ข้อบกพร่องตัวเองที่โดน pull up ตรงโน้นตรงนี้ก็กิจกรรมตรงนี้ไม่ได้ทำร้ายเราเลยแต่อยู่ที่มุมมองเรา กิจกรรมตรงนี้ให้เรามองเห็นว่าให้เรารู้จักตัวเราเองว่าเรามีข้อผิดพลาดตรงไหนแล้วนำมาแก้ไขให้ถูกต้อง” (อู๋ม)

“สถาบันที่เราอยู่ตอนนี้ก็ดี ทำให้เราได้เปลี่ยนนิสัย ความซี้เกียจ จากคนที่ใจร้อน ทำให้เราใจเย็นลงได้ ถ้าตัวฉันไม่โดนแบบนี้ก็คงไม่เข็ดและคิดไม่ได้จนถึงทุกวันนี้ แต่สถาบันนี้ก็ปรับเปลี่ยนฉันได้เยอะจริงๆ มีกิจกรรมให้ทำเยอะ กิจกรรมแต่ละอย่างสามารถนำออกไปใช้ได้จริง” (แป้ง)

3.2 การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงการมอบโอกาสทางสังคม การสนับสนุนระดับประคองทางจิตใจและการตระหนักถึงศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์จากบุคคลรอบข้างในสังคมนอกเหนือจากคนในครอบครัวและจากเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัด

“ชาย...กับคนรอบข้าง และสังคมก็พร้อมที่จะให้อภัยนะคะถ้าเรายอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นอะแม้กระทั่งที่ช่วยเหลือแกก็เคยปิดบังมาอันนี้แทนสันนิษฐานเองนะคะว่าน่าจะเป็นคนที่เคยใช้ยามาด้วยกันแล้วก็พัฒนาตัวเองขึ้นมา” (แทน)

“แนวคิดที่พี่เขาเสนอมาเจี๊ยงก็จะได้รับความคิดมา ยังมีคนรักเรา สังคมให้ออกไปเยี่ยมอ้าวเข้าไปอยู่ในสังคมเราก็ขายของอะสิ คิดอีกแง่หนึ่งตอนแรกเราจะไปอยู่ในสังคมยังไงในเมื่อเราจะทำอะไรก็เรากลับไปจะไปอยู่ยังไงใครจะยอมรับเรา” (แทน)

“หิวถูกลูกขึ้นหรือการทำมาหากินของเราผ่านหน้าผ่านตาทุกวันดูซิความคิดคนจะเปลี่ยนได้มั๊ยเราติดยาเรายังเปลี่ยนเลิกได้แล้วความคิดคนที่มองในแง่ร้ายอะถ้าสังคมไม่เลวร้ายจริงอะเค้าต้องมองเราดีขึ้นบ้างแหละ อย่างน้อยต้องชมเราแล้ว หุยดูสิเมื่อก่อนติดยาเตี้ยวันนี้ทำมาหากินดีวะ เออตายบ่หรีก็ยังไม่สูบลายนะแปลกนะเมื่อก่อนบ่หรีมันสูบลวนต่อมวนเลย” (แทน)

“การที่ฉันมาเข้ากลุ่มครั้งนี้ ฉันคิดว่าตัวฉันเองคือคนสำคัญของคนในครอบครัว สังคมยังเปิดทางให้ผู้ติดยาเสพติดอย่างฉันได้มีทางที่จะเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้ตลอดเวลา ทำให้ฉันรู้ว่าสังคมไทยมีที่ว่างให้คนเคยติดยาอย่างฉันก็สามารถมีชีวิตใหม่ที่สวยงามได้เช่นเดียวกัน” (จิ๋ว)

“ปัญหาทุกอย่างมีทางออกเสมอเหมือนที่พี่ก็ตาบอก ถ้าได้ออกไปจะตั้งใจทำอาชีพที่สุจริต เราก็จะได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้างและทำให้ญาติพี่น้องยอมรับเราว่าเรามีความตั้งใจเล็กและตั้งใจสร้างครอบครัวให้มีฐานะเหมือนคนอื่นเขา” (บี)

3.3 การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักถึงประโยชน์ในการศึกษาต่อที่สูงขึ้น การมีโอกาสประกอบอาชีพสุจริตและการรับรู้ถึงศักยภาพแห่งตนด้านการศึกษาและการทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดซึ่งจะช่วยให้คุณก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้ ดังตัวอย่างข้อความ

“เพราะว่าคนที่มีการศึกษาเนี่ย เค้าบอกว่าความคิดจะไม่เหมือนคนที่ไม่มีการศึกษา ความคิดของคนมีการศึกษานี้จะทำอะไรเค้าจะคิดก่อน...เพราะฉะนั้นการเรียนเป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด คือสามารถเลี้ยงชีวิตเอามาดำรงชีวิตของเราก็ได้เพราะว่าอะไรการเรียนสูงๆเงินเดือนก็สูง” (แทน)

“เมื่อวานที่พีก็ตาร์มีทางเลือกหลายทางค่ะว่าเราไม่จำเป็นที่จะต้องไปเรียนที่โรงเรียนหรือ กศน.อะไรเงี้ยอะค่ะเรายังมีทางเลือกเรียนพวกการอาชีพอะไรหลาย ๆ อย่างเงี้ยอะ... อย่างเช่นที่เค้ายกตัวอย่างมาภาพกราฟฟิคเงี้ยอะคือหนูไม่ถนัดเรื่องนี้แต่หนูชอบเพราะว่าหนูไม่ค่อยมีจินตนาการค่ะ แต่พีก็ตาร์บอกว่าเค้าจะสอนเขาจะมีแบบอะไรเงี้ยอะค่ะมันทำให้หนูอยากมาก เพราะว่าหนูชอบแต่คือไม่มีจินตนาการอย่าง ยกตัวอย่าง อย่างเช่น การ์ดวันเกิดน่ารักๆ ถามหนู หนูทำได้มั๊ยหนูได้แต่ไม่มีจินตนาการที่จะแต่งให้มันน่ารักอะไรเงี้ยแต่คือพีก็ตาร์บอกว่าเค้าจะมีแบบเค้าจะค่อย ๆ สอนเลยทำให้หนูรู้สึกอยากเรียน” (พลอย)

“ก็ออกไปปฎิบัติไม่อยู่กับแม่ก่อนค่ะ แล้วก็คุยเรื่องการเรียน คือว่าจะบอกแม่ว่าหนูอยากจะทำอะไรกลับไปเรียนไปเรียนม.ปลายเงี้ยอะแต่คือหนูไปเรียน ปวช. ปวส. เงี้ยอะค่ะ ก็คือตั้งใจจะไปเรียนให้จบแล้วจะค่อย ๆ ไปเรื่อย ๆ เงี้ยอะค่ะ ก็คือคิดไว้ก็อย่างหนึ่งถ้าแม่ให้เรียนภาคค่ำบ้างเงี้ยอะหนูก็ยินดีที่จะเรียนก็ไม่ก็เรียนแค่วันอาทิตย์” (ไอติม)

“แต่ละครั้งมันก็จะมีความกดดันแบบจากที่หนูไม่เคยรู้ เคยรับรู้บ้างแต่อาจจะคิดไม่ออกว่าจะต้องทำอะไรเงี้ยอะไรเงี้ยอะค่ะก็ทำให้หนูคิดออกอย่างการศึกษาอะไรเงี้ยอะค่ะถามว่าหนูสนใจเรียนต่อมั๊ย หนูสนใจเรียนต่ออยู่แล้วค่ะแต่พอพีก็ตาร์มา มันเหมือนพีก็ตาร์มาเพิ่มเติมข้อมูลเพิ่มเติมอะไรเงี้ยมันก็ทำให้หนูอยากเรียนมากขึ้นสนใจที่อยากจะทำกลับไปมีชีวิตที่ไม่ต้องใช้ยาอะไรเงี้ยอะค่ะ” (พลอย)

“แล้วที่เหลือก็อยากจะทำจิตวิทยาเพิ่มหรือสนใจมาก ๆ... อย่างตอนแรก ๆ เนี่ยหนูเริ่มวิเคราะห์ตัวเองว่าหนูชอบอ่านหนังสือธรรมะ ความคิดวิสัยทางการแพทย์เกี่ยวกับพวก สุขศึกษาอะไรเงี้ยชอบช่วยเหลือคนสงเคราะห์ อย่างเงี้ยอะค่ะ เพราะว่าหน้าที่ตรงนี้นั้นจำเป็นจะต้องมีจิตวิทยา ก็เดี๋ยวจะลองไปค้นหาดูแต่คือว่าชอบ” (อุ้ม)

“คิดใหม่เลยว่า เอ้อ!! เอาจากเล็กๆ ก็ได้ขายลูกชิ้นก็ได้หรืออะไรอย่างเนี้ยซึ่งเอาเล็กๆ ลงทุนไม่กี่บาทอะไรเงี้ยพี่น้องเราต้องเปิดโอกาสให้แน่ เพราะว่าทุกครั้งจะโกหกซื้ออะไรเงี้ย ถ้าเราออกไปแล้วไปบอกน้องว่าเราจะเอาไปลงทุนเค้าคงไม่เชื่อเราหรอก อืม ใครเค้าจะไปเชื่อแต่ถ้าเราออกนี้เราพูดได้แล้วว่าเนี่ยพี่จะขายของหน้าบ้านเลย เนี่ยน้องสาวชื่อจี จีลงทุนให้พี่หน่อยนะพี่ขายหน้าบ้านจี้เนี่ยแหละ จีเป็นคนถือเงินไปลงทุนเลย” (แทน)

“แต่ทุกวันนี้อะหรืออยากจะทำประกอบอาชีพขายของ ขายของช่วงเช้าแล้วตอนบ่ายว่างๆ แล้วอีกอย่าง กศน. ก็มีวันให้เราเลือกเรียนถึงจะจบช้าหน่อยก็ไม่ใช่ไรเพราะเรียนควบคู่กันไปกับการทำงานไป การขายของเงี้ยเราก็จะไม่ขาดอะไรเลยแม้กระทั่งรายได้เงี้ยมีการดำรงชีวิตเราก็สุขสบายใจพี่น้องก็รักใคร่แล้วก็ตัวเราเองก็จะได้มีจุดยืนของตัวเองด้วยวันข้างหน้าถึงเราจะอายุสักหกสิบไปปรับปริญญา สักหกสิบไปปรับวุฒิก็ไม่ใช่ไร” (แทน)

“แทนอยากเรียนอะไรทุกวันนี้ก็สมัครเรียนการอาหาร เรียนการอาหารกับพี่อู๋ (ผู้ช่วยเหลือคนไข้) แต่ไม่เคยได้เรียนเลยอะค่ะเพราะพี่อู๋แกไม่ได้มาสอนอะค่ะ ไม่เคยได้ทันเรียนเลย แม้แต่ผัดอะไรสักอย่างแต่ว่าพื้นฐานการทำกับข้าวก็พอเป็นอยู่แต่ว่าอยากเรียนไปถึงสูตรมันใส่ก็ชอบอะไรเงี้ยเราก็อยากจะทำแต่ก็ไม่เคยมีโอกาสเรียนแต่ก็ไม่เป็นไรออกไปเรียนได้” (แทน)

“ถ้าจะหารายได้ก็จะเป็นการขายของตอนเช้า เพราะหนูเรียน หนูก็คุยกับพี่ก็คิดว่า คาดว่าจะไปเรียนทำปาท่องโก๋...แล้วก็ขายช่วงเช้าอะไรเงี้ยแล้วช่วงเย็นก็จะขายพวกน้ำเต้าหู้” (อุ้ม)

“วันนี้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการศึกษา มีทางเลือกทางการศึกษามากมายที่ให้เลือกจะ เรียนที่ฉันชอบมาก จะไปศึกษาหาความรู้โดยการศึกษาต่อให้จบม.6 และจะช่วยแฟนดูแลร้านแซน วิช” (ติว)

3.4 การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการที่ต้องปฏิเสธหรือออกห่างกลุ่มเพื่อนเดิมหรือคนรักที่เคยใช้ยาเสพติดเพื่อที่จะก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตของตนได้

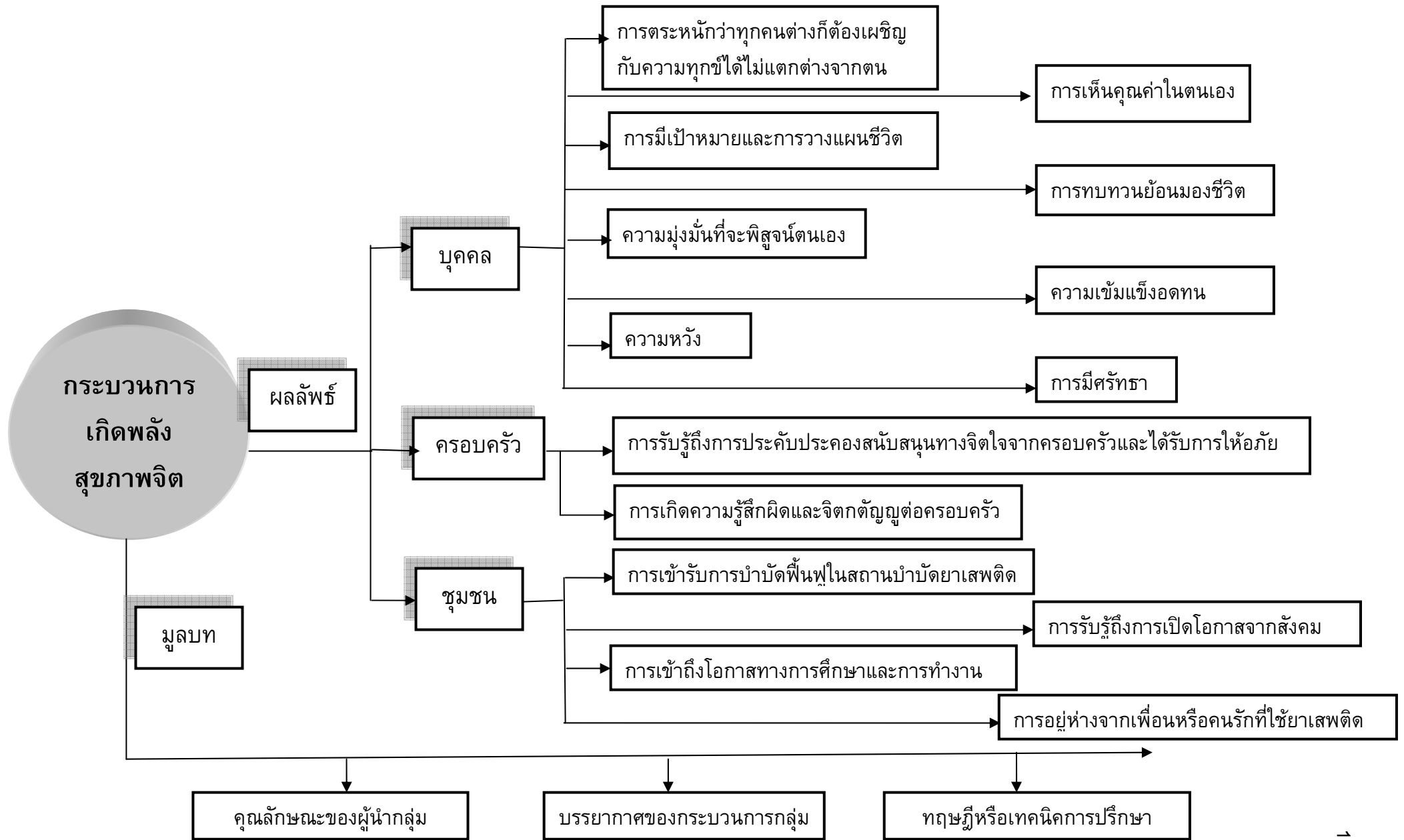
“บอกตรงๆเลย คนเสพยาเนี่ยเลิกคบเลย ไม่เอาเลยเพราะว่าเข้ากลุ่มปุ๊บมันทำให้ บำบัดจิตใจเราว่าเราต้องดำเนินชีวิตด้วยความเป็นจริงแล้วก็ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดชีวิตเราจะมี ความสุขที่สุดเลย” (แทน)

“ถ้าถามเรื่องเพื่อนเดิม อาจจะมีติดต่อกะแต่จะไม่ไปยุ่งสังคมนะจะอยู่กับแฟนจะช่วยกัน เก็บเงินทำงานแล้วก็เรียนไปด้วยคืออยู่กับแฟนอะไรเงี้ยอะคะ...เพราะว่าเมื่อก่อนเนี่ยเพื่อนเป็นอะไร ที่หนูจะยอมให้กับเพื่อนทุกอย่าง...แต่พอมาตอนนี้คือเราน่าจะตัดได้แล้วอะไรเงี้ย ถ้าเราใช้ยาเสพติด เราก็ต้องมาอยู่เนี่ย เราก็ต้องห่างจากครอบครัวอีกแล้วเมื่อไหร่เราจะถึงความสุขอย่างที่เรต้องการ ที่ เราฝันไว้ตั้งนานอะไรเงี้ยอะคะ มันก็จะไม่มีเลย” (พลอย)

“ถ้าเพื่อนชวนก็จะปฏิเสธหรือไม่ก็จะเดินหนีหรือไม่ก็จะบอกกับเค้าว่าไม่ยุ่งถ้าเค้า จะโกรธหรือยังงี้ก็ไม่สนใจหนูคิดว่าหนูจะทำตัวใหม่ ตั้งเป้าหมายจะทำให้พ่อแม่ภูมิใจสักครั้งนึง ถ้า เรายังหมกมุ่นอยู่เราก็ต้องมาโดนอย่างเงี้ยอะก็ทำให้คิดได้หลายอย่าง” (ไอติม)

“จะขอคิดอย่างนี้เลยคะยาเสพติดผลเสียคืออะไร จะคิดถึงผลเสียของยาเสพติด อย่างสมมติว่าเราจะไปหาเพื่อน อ้อย ไม่เอาหรือกผลเสียเยอะ เงี้ยก็จะคิดอย่างนั้นเลยอะ แต่เราไม่รู้ หรือกว่าผลเสียวิธีนั้นเราจะบอกกับตัวเองอะไรบ้าง แต่เรารู้ว่ายาเสพติดมีผลเสียก็แล้วกันอะ จะ คิดถึงตรงนั้นอะคะ” (แทน)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการปรึกษาทางจิตวิทยา แบบกลุ่มบูรณาการ สามารถสรุปออกมาเป็นแผนภาพได้ดังภาพประกอบ 24



ภาพประกอบ 24 มูลบทและผลลัพธ์แห่งพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ (Multi-phase mixed methods) โดยมีความมุ่งหมายของการวิจัย 4 ประการคือ 1) เพื่อสำรวจวิกฤติในชีวิตและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิต 2) เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตให้มีคุณภาพ ที่เที่ยงตรง และเชื่อถือได้ และ 3) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยแบ่งการศึกษาดังกล่าวออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยผสมวิธีแบบเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ (The exploratory sequential mixed methods design) เพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง โดยระยะที่ 1 นี้แบ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจวิกฤติในชีวิตและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีพลังสุขภาพจิต จากนั้นนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ในขณะที่ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรก (The embedded mixed methods design) เพื่อศึกษาผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดในด้านพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณคือการวิจัยกึ่งทดลองเป็นวิธีการหลักเพื่อศึกษาผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ และทำการสอดแทรก (Embedded) การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มบันทึกประสบการณ์ในรูปแบบการบันทึกกอนุทิน (Diaries) ในช่วงระหว่างและภายหลังของการดำเนินกลุ่มการปรึกษาแบบบูรณาการ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มทดลองจำนวน 4 คนเพื่อนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาสนับสนุนการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัย

ตัวอย่างของการวิจัยระยะที่ 1 สามารถแบ่งออกได้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 13 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มสนทนา กลุ่มละ 5 และ 8 คนตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ติดยาเสพติดหญิงที่สถาบันฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดดงามตาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก การวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คนจากสถานบำบัดยาเสพติดทั้งหมด 4 แห่งได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 161 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 26 คนโรงพยาบาลขอนแก่น 32 คนและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี 29 คน

ตัวอย่างของการวิจัยระยะที่ 2 สามารถแบ่งออกได้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยตัวอย่างจำนวน 32 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 16 คนและกลุ่มควบคุม 16 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยผู้วิจัยจำนวนทั้งสิ้น 24 ชั่วโมงร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของสถานบำบัดตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของสถานบำบัดเท่านั้น ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้ข้อมูลจากการบันทึกอนุทินจากกลุ่มทดลองจำนวน 16 คนและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มทดลองที่มีคะแนนจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ากลุ่มจำนวน 4 คน เพื่อนำผลมาสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ในส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย 1) ไปตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงสำหรับบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษา 2) ไปตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิตสูงสำหรับผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นผู้กรอก 3) แบบวัดปัญหาสุขภาพจิต 4) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 5) ตัวผู้วิจัย 6) ผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม 7) ผู้อำนวยการความสะอาดและผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่มและ 8) เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่อง การวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยเครื่องมือซึ่งเป็นแบบวัดจำนวน 3 ฉบับได้แก่ 1) แบบวัดพลังสุขภาพจิต 2) แบบวัดสุขภาพจิต 3) แบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหา และ 4) แบบวัดเจตคติต่อการอ่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ในส่วนของการวิจัยกึ่งทดลองได้แก่ 1) ตัวผู้วิจัย 2) กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน 3) แบบตรวจสอบขณะดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการสำหรับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน 4) แบบวัดพลังสุขภาพจิต 5) แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และ 6) แบบวัดการรับรู้การถูกตีตราและ 7) เครื่องบันทึกเสียงสำหรับบันทึกเสียงขณะดำเนินการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ การวิจัยเชิงคุณภาพมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) ตัวผู้วิจัย 2) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง 3) สมุดบันทึกอนุทิน และ 4) เครื่องบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม เริ่มต้นจากการถอดเทปการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ ถอดรหัส หาหัวข้อย่อย หัวข้อหลัก ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) การวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตรคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ (Index of item-objective congruence: IOC) สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาเพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัด สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-item correlation) วิเคราะห์ความเที่ยงตรงแบบลู่อื่นและความเที่ยงตรงเชิงจำแนกด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งและอันดับสองด้วยโปรแกรม LISREL

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง ใช้สูตรคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ (Index of item-objective congruence: IOC) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม ใช้โปรแกรม G*power 3.0 ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ค้ำปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) ในการคำนวณความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ (Checklist) กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการขณะปฏิบัติจริง ใช้สถิติ Wilcoxon mated pairs sign rank test ในการทดสอบการเปลี่ยนแปลงของพลังสุขภาพจิตจากการนำกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการไปทดลองใช้ก่อนนำมาใช้จริง และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสามทางแบบวัดซ้ำ (Three-way MANOVA repeated measure) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA repeated measure) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มต้นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบคำต่อคำร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลจากบันทึกอนุทิน จากนั้นทำการถอดรหัส หาหัวข้อย่อย หัวข้อหลัก ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) ร่วมด้วย

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

ระยะที่ 1 ผลการวิจัยแบบผลานวิธีแบบเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณเพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มสามารถแบ่งประเด็นหลัก (Theme) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้ทั้งหมด 2 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็นย่อย (Sub-theme) ได้แก่

1. ภาวะวิกฤติในชีวิตก่อนการเข้ายาเสพติด หมายถึง ภาวะวิกฤติในชีวิตผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เกิดขึ้นก่อนการเข้าสู่กระบวนการเข้ายาเสพติด ซึ่งภาวะวิกฤติดังกล่าวสามารถมีสาเหตุต่อเนื่องภายหลังจากที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงเข้าสู่กระบวนการเข้ายาเสพติดแล้ว โดยในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของภาวะวิกฤติว่าหมายถึงภาวะล่อแหลมหรือภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ติดยาเสพติดหญิง ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก (Categories) ดังต่อไปนี้

1.1 ปัญหาลักษณะภาพในครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 หัวข้อย่อย (Sub-categories) ได้แก่ การรับรู้ถึงการไม่เป็นที่รักและการเป็นคนสำคัญจากสมาชิกในครอบครัว การสร้างกฎเกณฑ์ในครอบครัวที่เข้มงวด การต้องอยู่ตามลำพังในครอบครัวและการเป็นต้นเหตุให้คนในครอบครัวเสียชีวิต

1.2 การมีพฤติกรรมพึ่งพิงญาติ เพื่อนหรือคนรักอย่างมาก

- 1.3 การตั้งครรภไม่พึงประสงค์
- 1.4 การเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพัง
- 1.5 การต้องออกจากโรงเรียนหรืองานโดยไม่ได้ตั้งใจ
- 1.6 การถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือขายบริการทางเพศ

2. ภาวะวิกฤติในชีวิตภายหลังการใช้ยาเสพติด ภาวะวิกฤติในชีวิตผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เริ่มเกิดขึ้นภายหลังการเข้าสู่กระบวนการใช้ยาเสพติดแล้ว ประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

- 2.1 การต้องถูกตีตราจากสังคม
- 2.2 การถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือขายบริการทางเพศ
- 2.3 การต้องหนีตำรวจ
- 2.4 การต้องออกจากโรงเรียนหรืองานโดยไม่ได้ตั้งใจ
- 2.5 การต้องพรากจากคนรัก
- 2.6 การถูกทารุณกรรมทางกาย
- 2.7 การติดคุก

ประเด็นหลักที่ 2 เงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะทางจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลอันได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

- 1.1 การตระหนักว่าทุกคนต่างก็เผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตน
- 1.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.3 การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต
- 1.4 การทบทวนย้อนมองชีวิต
- 1.5 ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง
- 1.6 ความเข้มแข็งอดทน
- 1.7 การมีศรัทธา

2. ปัจจัยครอบครัว หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว อันส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ ประกอบด้วย 2 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัยต่อความผิดพลาดในอดีต

2.2 การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญู

3. ปัจจัยชุมชน หมายถึง การรับรู้สังคมและชุมชนอันได้แก่ สถาบันบำบัดยาเสพติดซึ่งรวมทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดและกระบวนการบำบัดต่างๆที่ได้รับ ญาติมิตร โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อนนอกสถานบำบัด สามีหรือคนรักที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ ประกอบด้วย 4 หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

3.1 การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 หัวข้อย่อย ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านกระบวนการบำบัด มิตรภาพและกำลังใจจากเพื่อน และการมีโอกาสได้ดูแลคนอื่นที่ประสบชะตากรรมเดียวกับตน

3.2 การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสทางสังคม

3.3 การได้รับโอกาสด้านการศึกษาต่อที่สูงขึ้นและการทำงาน

3.4 การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามปฏิบัติการขององค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยโดยพิจารณาจากเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิตซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนานิยามปฏิบัติการเพื่อสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตในการวิจัยเชิงปริมาณ ดังต่อไปนี้

พลังสุขภาพจิต (Resilience) หมายถึง ความสามารถของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการก้าวผ่านวิกฤติและอุปสรรคต่างๆของชีวิต สามารถเข้าถึงและบูรณาการทรัพยากรภายในตัวบุคคล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและชุมชนมาใช้ในการปรับตัวได้ในทิศทางบวก สามารถแบ่งออกได้ทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual factor) หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลอันได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 7 องค์ประกอบได้แก่

1.1 การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างกันหมายความว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักว่าตนมิได้เป็นเพียงบุคคลเดียวที่ต้องเผชิญความทุกข์ ยังมีบุคคลอื่นๆ ที่ต้องเผชิญความทุกข์เช่นเดียวกันตนหรือมากกว่า

1.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงควมมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ชีวิตที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดรวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือและเป็นที่พักพิงให้กับผู้อื่นได้

1.3 การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต หมายถึง ความสามารถในการตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อที่จะสามารถมีชีวิตใหม่ที่ไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีก

1.4 การทบทวนย้อนมองชีวิต หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีโอกาสได้ใช้เวลาในการย้อนกลับมาคิดทบทวนถึงประสบการณ์การใช้ชีวิตของตนที่ผ่านมาโดยเฉพาะเส้นทางชีวิตที่ผิดพลาดเพื่อที่จะเลือกทางเดินใหม่ของชีวิตที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งมีการใคร่ครวญถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตและแนวทางการแก้ปัญหา

1.5 ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง หมายถึง การตั้งความปรารถนาอย่างแรงกล้าของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ต้องการพิสูจน์ตนเองต่อคำสบประมาทของบุคคลรอบข้างที่ปรามาสตนเองไว้ในอดีต โดยเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะสร้างอนาคตใหม่ที่ดีกว่าเดิมได้

1.6 ความเข้มแข็งอดทน หมายถึง การรับรู้ถึงบุคลิกลักษณะภายในตนของผู้ติดยาเสพติดว่าสามารถยอมรับ เผชิญหน้ากับภาวะวิกฤติ จนสามารถพัฒนาสู่การมีจิตใจที่แข็งแกร่งและสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติได้

1.7 การมีศรัทธา หมายถึง หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในรูปแบบของสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือจิตวิญญาณที่ศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติได้

2. ปัจจัยครอบครัว (Family factor) หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากการรับรู้การส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจและการรับรู้การให้อภัยจากครอบครัวรวมถึงการเกิดความรู้สึกผิด มีจิตกตัญญูและเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตอบแทนบุญคุณของครอบครัวกลับคืนไป อันส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 2 องค์ประกอบได้แก่

2.1 การรับรู้ถึงการประคับประคองสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและได้รับการให้อภัยต่อความผิดพลาดในอดีต หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าตนเองได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์ การมีที่ปรึกษา การรับรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมาย เป็นที่รักและได้รับการให้อภัยจากครอบครัวอันได้แก่ พ่อแม่ ญาติและลูกแม้ว่าตนจะมีพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวต้องเสียใจและเจ็บปวด รวมทั้งการสร้างความมุ่งมั่นตั้งใจภายในตนเองโดยมีแรงจูงใจจากครอบครัวและลูก

2.2 การเกิดความรู้สึกผิดและจิตกตัญญู หมายถึง การเกิดความรู้สึกผิดกับพ่อแม่และครอบครัวเนื่องจากรับรู้ได้ถึงพระคุณของบุคคลเหล่านั้นที่เลี้ยงดู อบรมสั่งสอนตนเองเป็นอย่างดีรวมทั้งเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตอบแทนพระคุณบุคคลเหล่านั้น

3. ปัจจัยชุมชน (Community factor) หมายถึง ปัจจัยจากสังคมและชุมชนอันได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดซึ่งรวมทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดและกระบวนการบำบัดต่างๆที่ได้รับ ญาติมิตร โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อนนอกสถานบำบัด สามีหรือคนรักที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ แบ่งออกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ 4 องค์ประกอบได้แก่

3.1 การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบำบัดยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงว่าการบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดไม่มาจากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด งานบำบัดหรือการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกและการมีโอกาสให้การดูแลประคับประคองทางอารมณ์ให้กับผู้อื่นด้วย ว่ามีส่วนช่วยให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้

3.2 การรับรู้ถึงการเปิดโอกาสจากสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงรับรู้ถึงการมอบโอกาสทางสังคม การสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจและการตระหนักถึงศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์จากบุคคลรอบข้างในสังคมนอกเหนือจากคนในครอบครัวและจากเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัด

3.3 การเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงตระหนักถึงประโยชน์ในการศึกษาต่อที่สูงขึ้น การมีโอกาสประกอบอาชีพสุจริตและการรับรู้ถึงศักยภาพแห่งตนด้านการศึกษาและการทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดซึ่งจะช่วยให้คุณสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้

3.4 การอยู่ห่างจากเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการที่ต้องปฏิเสธหรือออกห่างกลุ่มเพื่อนเดิมหรือคนรักที่เคยใช้ยาเสพติดเพื่อที่จะก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตของตนได้

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพลังสุขภาพจิตโดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับร่างซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 13 องค์ประกอบย่อยตามนิยามปฏิบัติการ ได้ข้อคำถามมาจำนวนทั้งสิ้น 100 ข้อ เป็นแบบวัดเลือกตอบมาตราลิเคิร์ต 5 ระดับตั้งแต่ ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริงและจริงที่สุด การให้คะแนน ให้ 1 คะแนนสำหรับผู้ตอบไม่จริงเลย จนกระทั่งถึง 5 คะแนนสำหรับผู้ตอบจริงที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบโดยข้อคำถามทางลบจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม

แบบวัดฉบับร่างทั้ง 100 ข้อถูกนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาหรือพฤติกรรมศาสตร์และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป พบว่ามีจำนวน 90 ข้อที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 – 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คนจากสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดทั้ง 4 แห่ง ผลการวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมโดยพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .20 มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ร่วมกับพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-item correlation) ด้วยกันสูงเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามในแบบวัดโดยพิจารณาความคลอบคลุมของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการร่วมด้วย พบว่าเหลือข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 71 ข้อ

ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริงทั้ง 71 ข้อไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .93 ความเชื่อมั่นตามองค์ประกอบหลักได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลเท่า .84 ปัจจัยครอบครัวเท่ากับ .87 และปัจจัยชุมชนเท่ากับ .86

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิตในตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 252 คนด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โมเดลพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 73.10$, $df = 59$, $p\text{-value} = 0.10$, $RMSEA = 0.03$, $SRMR = 0.04$, $NNFI = 0.99$, $CFI = 0.99$, $PNFI = 0.73$) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปร

สังเกตทั้ง 13 ตัวอยู่ระหว่าง .46 - .75 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกค่านี้กำหนดองค์ประกอบ โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ในขณะที่การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 พบว่าค่ากำหนดองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรแฝง ปัจจัยบุคคล ครอบครัว และชุมชนเท่ากับ .98, .96 และ .93 ตามลำดับและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกค่านี้กำหนดองค์ประกอบ นอกจากนี้จากการพิจารณาเปรียบเทียบโมเดลพลังสุขภาพจิตที่มี 3 ตัวแปรแฝง อันได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรแฝงพลังสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตที่มีตัวแปรแฝงพลังสุขภาพจิตเพียงตัวแปรแฝงเดียวและประกอบด้วย 13 ตัวแปรสังเกตโดยมีผลต่างของค่าไคแอสควร์ของโมเดลทั้งสองเท่ากับ 8.02 ที่องศาอิสระที่ต่างกันเท่ากับ 3 ซึ่งเป็นค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โมเดลที่มีตัวแปรสังเกต 13 ตัวสามารถวัดตัวแปรแฝงทั้ง 3 ด้านอันได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชนของพลังสุขภาพจิตได้แยกจากกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ตัวแปรแฝงทั้ง 3 ด้านนี้มีความแตกต่างกันมากพอที่จะแยกเป็นตัวแปรแฝงแต่ละตัวได้ (Discriminant validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงเชิงโครงสร้างเพิ่มเติมด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบลู่เข้า (Convergent validity) และความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ของแบบวัดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงจำนวน 74 คนพบว่า แบบวัดพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับปานกลาง ($r = .64$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับปานกลาง ($r = .58$) เช่นกัน ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการอ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .04$) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตมีความเที่ยงตรงแบบลู่เข้าเพราะมีความสัมพันธ์กับแบบวัดที่มีโครงสร้างทางทฤษฎีที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาและสุขภาวะทางจิต และมีความเที่ยงตรงเชิงจำแนกเพราะไม่มีความสัมพันธ์กับแบบวัดที่มีโครงสร้างทางทฤษฎีที่แตกต่างกัน ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อการอ่าน

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยขอแยกอภิปรายประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ประเด็นภาวะวิกฤติต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงนั้นสามารถร้อยเรียงเรื่องราวได้ว่าเป็นดังบาดแผลในจิตใจที่ค่อนข้างยากในการที่จะลืมเลือน ภาวะวิกฤติในชีวิตที่เกิดขึ้นก่อนการใช้ยาเสพติดสามารถเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้หญิงหันเหเส้นทางชีวิตมาสู่การใช้ยาเสพติดเพื่อเยียวยาบาดแผลทางจิตใจนั้น ทว่าเมื่อเข้าสู่โลกของการใช้ยาเสพติดแล้ว บาดแผลทางจิตใจหลายอย่างก็ถูกกระทำซ้ำเติมเพิ่มขึ้นกลายเป็นวิกฤติใน

ชีวิตที่ต่อเนื่องกันทั้งในช่วงก่อนและภายหลังการใช้ยาเสพติด ดังตัวอย่าง ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว จากผลการศึกษาดูการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงเติบโตมาในครอบครัวที่ค่อนข้างขาดการสนับสนุนทางจิตใจเนื่องจากพ่อและแม่ซึ่งเป็นคนที่หาค่าใช้จ่ายหลักในครอบครัวนั้นมีฐานะที่ค่อนข้างยากจน หรือพ่อและแม่ต้องหย่าร้างกัน ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงยังไม่สามารถปรับตัวเข้ากับพ่อหรือแม่ใหม่รวมทั้งลูกที่ติดมากับพ่อหรือแม่ใหม่ในครอบครัวได้ เกิดความรู้สึกเหมือนตนเองถูกทอดทิ้ง เหมือนเป็นส่วนเกิน ต้องการเรียกร้องความรักความสนใจจากคนภายในครอบครัวให้กลับมาใส่ใจดูแลตนเองบ้าง แต่เมื่อใช้ยาเสพติดเพื่อคลี่คลายความเหงาในจิตใจกลับทำให้ตนเองต้องห่างเหินหรือไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างประสบการณ์ของแป้วกับชีวิตที่เหมือนต้องอยู่ตามลำพังในครอบครัว

“ไม่มีพี่น้อง อยู่คนเดียวว่าแห้ว พ่อเข้าขึ้นมาแม่ก็จะไปขายของตั้งแต่ตีสามกลับมาก็สามทุ่ม กลับมาอาบน้ำนอน แม่ก็จะเป็นอย่างนี้ในทุก ๆ วันเป็นภารกิจของเขา แม่กลับมาก็นอนดูโทรทัศน์ แม่ก็บอกเดี่ยวแม่อาบน้ำนอนแล้วนะ ก็ปลุก ก็แค่นี้ วัน ๆ หนึ่งแทบจะไม่ได้คุยกับแม่เลย..... ก็มีบางครั้งรู้สึกว่ามันต้องการกำลังใจแต่ว่ามันเป็นอย่างไร แล้วมันก็ไม่อยากจะไปพูดกับแม่เพราะเห็นความเหนื่อยของเขาจากการขายของ”

นอกจากนั้น การสร้างกฎเกณฑ์ภายในครอบครัวที่เข้มงวด ไม่ยืดหยุ่นจนทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกควบคุม กักขังและส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่น หลบหนีการเรียน แสวงหาความรักความอบอุ่นภายนอกบ้านเพื่อช่วยคลี่คลายความเหงาในจิตใจ การคบเพื่อนใหม่หรือคนรักซึ่งอาจพลาดพลั้งเป็นกลุ่มเพื่อนหรือคนรักที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน จนเกิดการชักจูงกันให้ต้องขาดเรียน หนีเรียนและต้องออกจากโรงเรียนในที่สุด ดังประสบการณ์ของฝนที่ถูกตำหนิจากพ่อจนเกิดความรู้สึกน้อยใจและไม่ไปเรียนหนังสือ

“พ่อเลยว้า อ้าวแล้วมึงจะกินทำไม คนอย่างมึงนะกินข้าวไปก็เปลืองข้าวเปล่า ๆ คือแบบรู้สึกไม่ดี ตั้งแต่นั้นมาก็เลยว่างงาน กระแทกกับพื้นแล้วแบบจวนเกือบแตกแล้วก็หยิบตั้งค์ 10 บาท แล้วก็ออกไปเลย แล้วหนูก็ไม่กลับมาอีก.....คิดแต่ความหมายว่าคำต่าของพ่อ พ่อไม่เคยรักเรา แม่ไม่เคยรักเรา คิดมาตลอดเลยว้าเค้าไม่เคยรักเรา”

ส่วนใหญ่แล้วผู้หญิงที่มีแนวโน้มจะติดยาเสพติดจะเริ่มต้นมีปัญหาด้านพฤติกรรมในวัยรุ่นที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน มีความสนใจทางเพศ ด้วยความอยากรู้อยากลองและต้องการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆอาจทำให้ผู้หญิงวัยรุ่นมีการพลาดพลั้ง มีเพศสัมพันธ์โดยไม่เต็มใจและขาดความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จนกระทั่งทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ทำให้เกิดความรู้สึกอับอาย ถูกตีตราจากคนรอบข้างและคนในครอบครัว ถูกขุดตำราทำลายโทษจากคนในครอบครัวเพราะทำให้ตระกูลเสื่อมเสียชื่อเสียงซึ่งยิ่งสร้างบาดแผลทางจิตใจให้กับผู้หญิงซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักมากยิ่งขึ้น จนกระทั่งหันเหไปสู่การเริ่มต้นการใช้ยาเสพติดเพื่อเยียวยาบาดแผลทางจิตใจ แต่ซ้ำร้ายกลับถูกตีตราทั้งจากครอบครัวและสังคมมากยิ่งขึ้นว่าเป็น “ผู้หญิงติดยา” ซึ่งกลับทำให้ชีวิตของผู้หญิงที่ติดยาเสพติดเหล่านี้ต้องเผชิญกับบาดแผลในชีวิตอยู่เรื่อยไปไม่สิ้นสุดตราบใดที่ยังใช้ยาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นการจำยอมต้องขายบริการทางเพศหรือต้องถูกล่วง

ละเมิดทางเพศเพื่อให้ได้เงินหรือยามาเสพ การต้องถูกปฏิเสธจากงานหรือถูกให้ออกจากงาน เนื่องจากพฤติกรรมที่บกพร่องไปจากการใช้ยา เช่น การไม่มาทำงานหรือการทำงานหรือเรียนขาดประสิทธิภาพ การต้องหลบหนีจากตำรวจซ้ำแล้วซ้ำอีกจนชีวิตไม่รู้สึกรู้ว่ามีความปลอดภัย การถูกทำร้ายร่างกายและถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้งจากตำรวจขณะที่ถูกจับกุมและจากคนรักที่บังคับให้ตนต้องไปหาเงินมาให้เพื่อซื้อยาเสพติดหรือบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยแม้ว่าไม่เต็มใจ ดังตัวอย่างประสบการณ์ของชิน

“ช่วงหลังเค้าเริ่มทำร้ายร่างกายหนู (หมายถึงแฟนคนที่สอง) ตอนนั้นหนูคิดว่าสุด ๆ”

“ตำรวจก็พุ่งมาชน เขียบบกลาง 4 แยกอะ บีบคอหนู เอาปืนจ่อหัวหนู บอกมึงหยุดนะ ๆ พอลุกขึ้นมาก็ตบมิดหมดเลยหน้านี่.....เค้าบีบคอเอาปืนจ่อหัว คนมองเยอะแยะทำไมเขายังทำ แต่พอลุกขึ้นมาได้เค้าตบขากรรไกรหนูมิดไปหมด ขอดไปหมด”

นอกจากนั้น ชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงนั้นต้องถูกพรากจากคนรัก ไม่ว่าจะเป็นตนเองที่ต้องติดเรือนจำหรือคนรักที่ต้องติดเรือนจำ เหลือเพียงตนเองและลูกน้อยที่ต้องเลี้ยงดูตามลำพังโดยปราศจากความช่วยเหลือใดๆทั้งจากคนรักและครอบครัว ในขณะที่ตนเองก็ขาดการศึกษาและไม่มีความรู้ทางวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องเข้าสู่วงเวียนของการขายยาเสพติดหรือขายบริการทางเพศเพื่อหาเลี้ยงตนเองและลูกตั้งประสบการณ์ของแก้ว

“แล้วลูกเราต้องกินต้องใช้ พวกที่ติดยาอย่างนี้อ่า ไปยืมเงินใครเขา เขาก็ไม่ให้หรอก เพราะว่ายืมเงินมาก็เอาไปซื้อยา แล้วสายตาเขานะ เขามอง”

นอกจากนั้น มีผู้ติดยาเสพติดหญิงบางคน แม้ว่าจะมีความตั้งใจที่จะลดหรือหยุดการใช้ยาเสพติด แต่ก็ยังถูกทำทลายจากคนรอบข้าง ครอบครัว สังคมและชุมชนว่าตนเองไม่มีทางที่จะสามารถเลิกใช้ยาเสพติด ขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากคนใกล้ชิด จนกระทั่งไม่สามารถที่จะพาตนเองออกจากวงจรของการใช้ยาเสพติดได้ ซึ่งจากประสบการณ์ภาวะวิกฤติของผู้ติดยาเสพติดหญิงไทย ดังที่กล่าวมานั้น มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาวิกฤติชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ (ศิริพร จิรวรรณกุล; และคนอื่น ๆ. 2556; Greenfield; et al. 2007; Hser; et al. 2003; Messina; et al. 2006) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงในแต่ละภูมิภาคและวัฒนธรรมไม่แตกต่างกันมากนัก และแนวทางการแทรกแซงช่วยเหลือจากแนวคิดทฤษฎีในต่างประเทศมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาประยุกต์ใช้ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงไทยได้เช่นกัน

2. เงื่อนไขในการเกิดพลังสุขภาพจิต

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นด้านเงื่อนไขการเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงนั้น พบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการดึงเอาทรัพยากรจากหลากหลายด้านทั้งปัจจัยภายในตนเอง ปัจจัยจากครอบครัวและปัจจัยในชุมชนที่ช่วยในการหนุนส่งเอื้อให้ตนสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตของตนเองโดยเฉพาะการมีพฤติกรรมเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของพลังสุขภาพจิตในปัจจุบันที่มีได้เกิดจากเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลเท่านั้นในการที่จะก้าวผ่านความยากลำบากในชีวิต บุคคลจำเป็นต้องอาศัยหรือบูรณาการทรัพยากรหรือความช่วยเหลือจากปัจจัย

ภายนอก ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวคนใกล้ชิดที่ให้การดูแลประคับประคองสนับสนุน รวมทั้งการช่วยเหลือต่าง ๆ จากโรงเรียน ชุมชน หน่วยงานรัฐบาลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยจุดดิ่งให้บุคคลสามารถฟันฝ่าวิกฤติต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อิงคภา โคตนาธา. 2553; Blissonette. 1998; Gartland; et al. 2011; Grotberg. 1995; Stajduhar; et al. 2009) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของพฤติกรรมศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการอธิบายหรือพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งต้องอาศัยความหลากหลายทางสหวิทยาการทั้งจิตวิทยาและสังคมวิทยา รัฐศาสตร์ กฎหมายและศาสตร์ทางการศึกษามาช่วยเพื่อเสริมสร้างให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

เมื่อพิจารณาตามรายปัจจัยที่เอื้อให้เกิดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยบุคคล (Individual factor)

ปัจจัยบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีส่วนช่วยให้สามารถฟันฝ่าก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถอธิบายว่า การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมิได้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง ยังมีผู้อื่นที่เผชิญปัญหาเช่นเดียวกัน เป็นเหมือนการลดความรู้สึกแปลกแยกภายในตน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและสามารถเชื่อมโยงตนเองกับผู้อื่นได้มากขึ้น ทำให้เกิดพลังในการที่จะลุกขึ้นยืนต่อสู้กับปัญหาใหม่อีกครั้ง ประกอบกับการที่บุคคลได้กลับมาทบทวนย้อนมองคุณค่าที่อยู่ในตนให้ชัดเจนมากขึ้นในขณะเผชิญภาวะวิกฤติ หันกลับไปทบทวนความผิดพลาดต่าง ๆ ในอดีตของตนและวางแผนปรับเปลี่ยนเป้าหมายชีวิตของตนเองใหม่ด้วยจิตใจที่มุ่งมั่น เข้มแข็งอดทนที่จะพิสูจน์ตนเองต่อคำกล่าวหาที่สังคมหรือบุคคลรอบข้างสบประมาทตนว่าเป็นเพียงแค่ “ผู้หญิงติดยา” รวมทั้งแสวงหาแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ตนศรัทธาควบคู่ไปด้วย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นศักยภาพภายในของบุคคลไม่เพียงแต่ผู้หญิงที่ติดยาเสพติดเท่านั้น แต่บุคคลทั่วไปที่เผชิญกับความบีบคั้นต่าง ๆ ในชีวิตก็ต้องอาศัยปัจจัยดังกล่าวในการช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ตนสามารถก้าวผ่านวิกฤติความยากลำบากในชีวิตของตนไปให้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณหลายชิ้นรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการอธิบายเงื่อนไขการก้าวผ่านภาวะวิกฤติของมนุษย์จากมิติภายในตัวบุคคล ในทุกประเด็นขององค์ประกอบย่อยพลังสุขภาพจิตจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การตระหนักว่าทุกคนต่างก็ต้องเผชิญกับความทุกข์ได้ไม่แตกต่างจากตน (Yalom; & Leszcz. 2005) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Bucker; Mezzacappa; & Beardslee. 2003: Online) การมีเป้าหมายและการวางแผนชีวิต (Stajduhar; et al. 2009) การทบทวนย้อนมองชีวิต (Stajduhar; et al. 2009) ความมุ่งมั่นที่จะพิสูจน์ตนเอง (อิงคภา โคตนาธา. 2553; Helgason. 2008; Wagnild; & Young. 1990) ความเข้มแข็งอดทน (กรมสุขภาพจิต. 2552) และการมีศรัทธา (Grotberg. 1995; Stajduhar; et al. 2009)

2.2 ปัจจัยครอบครัว (Family factor)

ปัจจัยครอบครัว หมายถึง การตระหนักรับรู้ถึงการประทับประคองทางจิตใจจากครอบครัวรวมทั้งการเกิดความรู้สึกสำนึกผิดและเกิดจิตกตัญญูต่อพระคุณของผู้เลี้ยงดูซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวพ้นฝ่าวิกฤติในชีวิตของตนเองโดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดได้ ซึ่งจากผลการศึกษาศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงเริ่มเกิดความรู้สึกผิดถึงการกระทำของตนเองในอดีตนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมได้ เนื่องจากกลไกทางจิตใจ (Defense mechanism) ที่ผู้ติดยาเสพติดใช้บ่อยคือ กลไกการป้ายโทษ (Projection) (พิชัย แสงชาญชัย; พงศธร เนตราคม; และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. 2549) ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดการย้อนมองส่งตนถึงการกระทำที่ผิดพลาดในอดีตซึ่งส่งผลให้ครอบครัวหรือสังคมรอบข้างตอบสนองต่อตนเองในทางลบ ก็นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่บุคคลจะเริ่มการแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเอง ประกอบกับการที่ครอบครัวเองก็ให้อภัยและยังมอบโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีโอกาสได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมทั้งให้การสนับสนุนประทับประคองทางอารมณ์ตลอดเส้นทางของการก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตที่ยากลำบากก็นับได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญยิ่งในการเอื้อหรือช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถสร้างสรรค์ชีวิตใหม่ของตนเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาเสพติด ดังประสบการณ์ชีวิตของวันเส้นและอมซึ่งถูกบังคับบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดยาเสพติด

“คำก็มาเยี่ยม (หมายถึงครอบครัว) เราก็รู้สึกเออ คำก็ไม่ทิ้งนะ (เสียงสั้นเครือ) ก็แบบมีกำลังใจขึ้นหน่อย”

“ทุกครั้งที่เวลามีปัญหาอะไรก็แล้วแต่ก็คือแต่คนแรกเลยที่จะเข้ามาปลอบโยนแล้วก็ช่วยแก้ปัญหาไม่เคยทิ้งเรา อยู่เคียงข้างเราตลอด ก็คือครอบครัวพร้อมที่จะให้อภัยในทุกเรื่อง ก็ไม่เคยจะทอดทิ้งหรือไม่สนใจ ขนาดถึงขั้นไปเยี่ยมเรือนจำ ทั้งๆที่แม่อายุขณะที่เยี่ยมเรือนจำ หนูดูออกคะ แม่เป็นข้าราชการ เวลาจะลาแต่ละที่ที่โรงเรียนก็จะถามว่าจะไปไหนคำก็ต้องตอบบายเบี่ยงไป”

ซึ่งผลการวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นดังกล่าวก็สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่าการสนับสนุนทางจิตใจ รวมทั้งการเกิดจิตกตัญญูกตเวทิตาธรรมต่อครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลสามารถก้าวผ่านวิกฤติต่างๆในชีวิตได้ (Grotberg. 1995; Friberg; et al. 2005; Gartland; et al. 2011; Stajduhar; et al. 2009)

2.3 ปัจจัยชุมชน (Community factor)

ปัจจัยชุมชน หมายถึง การตระหนักถึงการเปิดโอกาสจากสังคม การสนับสนุนจากสังคมชุมชนรอบข้างนอกเหนือจากครอบครัวรวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาต่อและการทำงานที่สุจริต ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดรวมทั้งศักยภาพในการออกห่างหรือปฏิเสธเพื่อนหรือคนรักที่ใช้ยาเสพติด นับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญของผู้หญิงที่ติดยาเสพติดในการที่พาตนเองออกจากวังวนของการใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นวิกฤติหนึ่งในชีวิตได้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่กำลังอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นกระบวนการบำบัดรักษาที่ได้รับในปัจจุบันจึงเป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูเยียวยาจิตใจของผู้ติดยาเสพติดหญิงด้วยเช่นกัน

เพราะการบำบัดฟื้นฟูที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงได้รับนั้นคือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ (FAST MODEL) ซึ่งเน้นการบำบัดแบบช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (Self-help) ผ่านระบบงานบำบัด (Work therapy) ซึ่งกระบวนการบำบัดรูปแบบนี้จะเป็นระบบที่บังคับให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงอยู่ในสถานบำบัดอย่างน้อย 4 เดือนได้รับการบำบัดทั้งทางความคิด จิตใจและปรับพฤติกรรม (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์; และคนอื่นๆ. 2546) ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงรายงานว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้คุณค่าในตนเองและการตั้งเป้าหมายชีวิตใหม่ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งจากเพื่อนผู้ติดยาเสพติดหญิงด้วยกันเองและเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัดซึ่งช่วยในการเยียวยาปัญหาทั้งภายในจิตใจและปัญหาภายนอกของผู้ติดยาเสพติดได้ซึ่งกระบวนการบำบัดรักษารูปแบบดังกล่าวมีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิง (ธีรวัฒน์ วงศ์ตัน. 2545; บุปผา บุญญามณี; และคณะ. 2549) นอกจากนี้การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดหญิงที่จัดโดยหน่วยงานรัฐบาลแล้ว การที่สังคมภายนอกเปิดโอกาส ให้พื้นที่ให้กับผู้ติดยาเสพติดหญิงที่กลับตัวกลับใจเลิกใช้ยาเสพติดก็ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถฟื้นจากภาวะวิกฤติได้เร็วขึ้น เพราะการตีตรา แยกแยะหรือถูกเหยียดหยามหาตผู้ติดยาเสพติดหญิงแบบสรุปเหมารวมทำให้ผู้ติดยาเสพติดพัฒนาความรู้สึกของการขาดคุณค่าในตนเอง ขาดการได้รับการยอมรับ รู้สึกแปลกแยก โดดเดี่ยว ไม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจซึ่งส่งผลให้ปัญหาการเลิกใช้ยาเสพติดเป็นไปได้ยากมากยิ่งขึ้น (ศิริพร จิรวัฒน์กุล; และคนอื่นๆ. 2556; Adlaf; et al. 2009; Brown. 2011; Frischknecht; et al. 2011)

การหลีกเลี่ยงจากกลุ่มเพื่อน คนรักที่เคยใช้ยาเสพติดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวพ้นจากวิกฤติในชีวิตจากการใช้ยาเสพติดได้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล วารสารจิตแพทย์; และคนอื่นๆ. 2556) เนื่องจากโดยธรรมชาติของเพศหญิงในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะพึ่งพิงกลุ่มอันได้แก่กลุ่มเพื่อน คนรัก การที่ผู้หญิงยังมีความรู้สึกผูกพัน ไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) และยังคงยึดอัตลักษณ์ของตนเองกับกลุ่มเพื่อนหรือคนรักร่วมด้วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; และคนอื่นๆ. 2555) ซึ่งบุคคลเหล่านี้สามารถชักชวนให้กลับไปสู่วงจรของการใช้ยาเสพติดเพราะความผูกพันกัน ดังนั้นการพัฒนาทักษะการปฏิเสธ การเรียนรู้ในการพึ่งตนเองด้วยการสร้างโอกาสทางการศึกษาที่สูงขึ้นหรือการหันเหมาฝึกฝนอาชีพหรือประกอบอาชีพสุจริตที่ห่างไกลจากบุคคลหรือสถานที่ที่ใช้ยาเสพติด ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สังคมสามารถให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้ผู้หญิงที่ติดยาเสพติดสามารถเปลี่ยนเส้นทางชีวิตของตนไปสู่เส้นทางใหม่ที่ห่างไกลจากยาเสพติดมากขึ้นได้เช่นกัน (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์; และคนอื่นๆ. 2546; ศิริพร จิรวัฒน์กุล; และคนอื่นๆ. 2556)

3. การพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบคุณภาพ (Psychometric properties) ของแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่สังเคราะห์มาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แบบวัดพลังสุขภาพจิตจำนวน 71 ข้อ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เชิงโครงสร้าง (Construct validity) ข้อคำถามมีอำนาจจำแนก (Item discrimination) และแบบวัดมีความเชื่อมั่น (Reliability) ในระดับสูง จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 พบว่าโมเดลพลังสุขภาพจิต

ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตในการศึกษาครั้งนี้ยืนยันโครงสร้างตามทฤษฎีของพลังสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดีว่ามีทั้งหมด 3 องค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบใกล้เคียงกัน (.98, .96 และ .93) ซึ่งสะท้อนจากทฤษฎีของพลังสุขภาพจิตว่า องค์ประกอบทั้งสามด้านสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ (อิงควา โคตนาธา. 2553; Blissonette. 1998; Gartland; et al. 2011; Grotberg. 1995; Stajduhar; et al. 2009) เมื่อพิจารณาในแง่ความเที่ยงตรงแบบลู่เข้าและความเที่ยงตรงเชิงจำแนกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงหลักฐานของการมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างพบว่า แบบวัดพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางทฤษฎีกับความสามารถในการแก้ปัญหาและสภาวะทางจิต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้นั้น ความสามารถหนึ่งที่ต้องมีคือทักษะด้านการแก้ปัญหาชีวิตและการมีสุขภาพจิตที่ดีเพียงพอในการที่จะทนทาน ฝ่าฟันวิกฤติในชีวิตจนสามารถปรับได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวก็พบได้ว่ามีทฤษฎีหรืองานวิจัยรองรับ (Bonanno; et al. 2007; Leontopoulou. 2006; Werner. 1995) ในขณะที่พลังสุขภาพจิตไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการอ่านเพราะการที่บุคคลจะสามารถฝ่าฟันวิกฤติในชีวิตได้ดีหรือไม่ไม่ได้ถูกกำหนดหรือมีความเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลมีการรับรู้หรือความคิดความเชื่อต่อการอ่านดีหรือไม่เพียงใด

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาจากความเชื่อมั่นของแบบวัดพลังสุขภาพที่สูง (Cronbach's alpha = .91) สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมา มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Group homogeneity) คือเป็นผู้หญิงที่มีปัญหาเสพติดยาเสพติดเหมือนกัน ได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบเดียวกันทั้ง 4 สถานบำบัด รวมทั้งความยาวของแบบวัด (Test length) ที่จำนวนถึง 71 ข้อจึงสามารถส่งผลให้ความเชื่อมั่นของแบบวัดมีค่าที่สูงได้ (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2552)

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2 ผลการวิจัยแบบผสมวิธีสอดแทรกเพื่อศึกษาผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณในการศึกษาระยะที่ 2 มีสมมติฐานการวิจัย 2 ประการคือ

1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ 1

2) ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ทั้งในระยะภายหลังการได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะติดตามผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .32 และผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .16 ซึ่งผลดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องตามสมมติฐานที่ 2

ผลการทดสอบสมมติฐานเพิ่มเติม

จากการวิเคราะห์สมมติฐานหลักพบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .32 ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์พลังสุขภาพจิตจำแนกตามรายด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยชุมชน เพื่อทดสอบสมมติฐานเพิ่มเติม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตปัจจัยบุคคลและปัจจัยชุมชนมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .27 และ .35 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตปัจจัยครอบครัวมากกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ โดยพบผลการวิจัยดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 เงื่อนไขสู่การเกิดพลังสุขภาพจิต หมายถึง เงื่อนไขที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงเกิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตภายหลังเข้าร่วมกระบวนการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อยได้แก่

1. คุณลักษณะของผู้นำกลุ่ม
2. บรรยากาศของกระบวนการกลุ่ม
3. ทฤษฎีหรือเทคนิคการปรึกษา

ประเด็นหลักที่ 2 ผลลัพธ์แห่งพลังสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิตในแง่ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานบำบัดโดยผู้วิจัยขอเสนอประเด็นย่อย หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยตามองค์ประกอบของแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้เห็นภาพถึงข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นอันแสดงถึงประสบการณ์ของผู้ติดยาเสพติดหญิงในมิติต่างๆของพลังสุขภาพจิตซึ่งนำไปใช้เสริมหรือสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณคือการเปลี่ยนแปลงของพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยภายในจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลอันได้แก่ ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมทั้งบุคลิกลักษณะส่วนตนที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย 8 หัวข้อหลัก เหมือนดังผลการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 แต่เพิ่มหัวข้อหลัก “ความหวังขึ้นมาซึ่งหมายความว่ากระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีความหวังต่อชีวิตในทิศทางบวกเพิ่มขึ้นด้วย

2. ปัจจัยครอบครัว หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากการรับรู้การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว อันส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้ ประกอบด้วย 2 หัวข้อหลัก เหมือนดังผลการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1

3. ปัจจัยชุมชน หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากการรับรู้สังคมและชุมชนอันได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดซึ่งรวมทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนสมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดและกระบวนการบำบัดต่างๆที่ได้รับญาติมิตร โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อนนอกสถานบำบัด สามีหรือคนรักที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตได้ ประกอบด้วย 4 หัวข้อหลัก เหมือนดังผลการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1

อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและการรับรู้การถูกตีตราต่อพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผลการทดสอบสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ผลของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่มีผลพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ไม่แปรเปลี่ยนไปตามระดับการรับรู้การถูกตีตราที่แตกต่างกัน หรืออีกความหมายหนึ่ง กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้ติดยาเสพติดหญิงในการเพิ่มพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ไม่ว่าจะผู้ติดยาเสพติดหญิงมีระดับการรับรู้การ

ถูกตีตราแตกต่างกันหรือไม่ก็ตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเป็นกระบวนการปรึกษาที่มีประสิทธิภาพและถูกออกแบบมาบนพื้นฐานของงานวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 ในการมุ่งพัฒนาพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้หญิงโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดหญิงซึ่งไม่ว่าจะมีระดับการรับรู้การถูกตีตราเป็นอย่างไร ก็สามารถได้รับประโยชน์จากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของซาเทียร์ที่เป้าหมายในการประยุกต์การบำบัดแบบซาเทียร์ในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมและบริบทที่แตกต่างกัน (Dodson; Graves; & Hoffman. 2011) และสอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการปรึกษาหรือบำบัด โดยเฉพาะที่ยึดแนวคิดของซาเทียร์เป็นหลักในการเพิ่มพูนคุณลักษณะทางจิตที่ใกล้เคียงกับพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคพิษสุรา (จันทนา สรณาคมน์. 2548) ภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองในครอบครัวผู้ติดยา (เกสร สายธนู. 2552) ความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence) ในคู่สมรสที่ติดยา (Bonnie. 2007) การเติบโตด้านบุคลิกภาพและการตระหนักรู้ในตนเองของผู้หญิงชาวไต้หวัน (Yang. 2000) เป็นต้น

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการมีพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ไม่ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ทั้งในระยะภายหลังการได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการและระยะติดตามผล

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 2 พบว่า ช่วยสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ นอกจากนี้ ผลการวิจัยเชิงปริมาณและผลการวิจัยเชิงคุณภาพให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกัน ซึ่งผู้วิจัยสามารถให้การอภิปรายร่วมกันได้ดังนี้

กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการนั้นใช้แนวคิดของซาเทียร์เป็นหลัก ซึ่งซาเทียร์โมเดลเป็นจิตบำบัดแนวคิดมนุษยนิยมที่เน้นให้สมาชิกกลุ่มสามารถมองเห็นและดึงเอาทรัพยากรทางบวกในชีวิตของตนเองมาใช้ในการเยียวยาและปรับตัวเข้ากับภาวะวิกฤติได้มากขึ้น เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มสามารถตระหนักถึงความต้องการทางจิตใจในระดับลึกที่เป็นความโหยหาทางจิตใจ (Yearning) สามารถเข้าถึงพลังชีวิตและจิตวิญญาณของตนเองที่เป็นสากลในอัตตา (Self) เชื่อมโยงตนเองเข้ากับสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัว ลดความรู้สึกแปลกแยก สร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้อื่น และสัมผัสได้ถึง การเชื่อมโยงและการที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Loeschen. 1998; Satir; et al. 1991) จึงส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถพัฒนาการเกิดพลังสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ การที่กระบวนการกลุ่มได้บูรณาการเทคนิคของการบำบัดแบบเกสตัลท์ที่เน้นการให้สมาชิกกลุ่มเกิดการตระหนักรู้ในตนเองอย่างลึกซึ้ง (Awareness) แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning) (ดวงมณี จงรักษ์. 2549) ร่วมกับเทคนิคต่างๆที่ช่วยสร้างพลังเพื่อเพิ่มคุณค่าของผู้หญิง (Empowerment) ตามแนวคิดการบำบัดแบบสตรีนิยม (Kopala; & Merle. 2003) ซึ่งต่างก็ช่วยเอื้อให้ผู้ติดยาเสพติดหญิง

มีการรับรู้ ความคาดหวัง ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก สามารถเข้าถึงและยอมรับความปรารถนาทางจิตใจในระดับที่ลึกซึ้ง (Yearning) นำไปสู่การใช้พลังงานชีวิตทางบวกในอัตตา (Self) นำไปสู่การเยียวยาบาดแผลทางจิตใจและส่งผลให้มีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่สูงขึ้นด้วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ถึงแม้จะได้รับการบำบัดจากสถานบำบัดตามปกติ แต่เนื่องจากการบำบัดในสถานบำบัดใช้รูปแบบของ FAST MODEL ซึ่งค่อนข้างเน้นหนักที่การปรับพฤติกรรมและอาจจะเลยการพัฒนาผู้ติดยาเสพติดในมิติด้านอารมณ์ความรู้สึกหรือมีได้มุ่งเน้นที่การเยียวยาประสบการณ์ในอดีตที่เป็นเหตุการณ์ฝังใจร้ายแรง (Trauma) ร่วมกับการใช้เครื่องมือการปรับพฤติกรรมในรูปแบบ FAST MODEL อาจมีการนำมาใช้โดยเน้นที่การลงโทษ และมีแนวโน้มให้ความใส่ใจน้อยกว่าการเสริมแรงทางบวกแก่จิตใจซึ่งสามารถส่งผลให้บาดแผลทางจิตใจของผู้ติดยาเสพติดมีน้อยลงหรือมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเพราะถูกทารุณกรรมทางจิตใจซ้ำอีกจากกระบวนการบำบัดในตึกซึ่งส่งผลให้มีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดน้อยลงหรือหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำภายหลังจำหน่ายจากสถานบำบัดได้ ดังตัวอย่างสนับสนุนของพลอยและแทน ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า

“พอเข้ากลุ่มพีก็ตาร์สองวันแรกคือช่วงสองครั้งแรกจะโดนลงโปรแกรมตลอดก็คือจะรอพีก็ตาร์ แล้วพอได้เข้ากลุ่มแล้วรู้สึกว่อบอุนสบายใจ วันนั้นวันแรกหนูเข้าไปช่วงบ่ายหนูร้องไห้เพราะหนูกำลังโดนโปรแกรมหนักมากแล้วคือเจ้าหน้าที่ใช้คำพูดที่ไม่ดีกับหนูอะอะไรเงี้ยอะคะพอเข้ากลุ่มพีก็ตาร์ พีก็ตาร์เค้าก็จะให้กำลังใจแล้วหลังจากนั้นมาพีก็ตาร์ก็คือเหมือนเออพยายามดูหนูอะคะ วันสุดท้ายที่อำลาเค้าก็บอกว่าหนูเปลี่ยนไปมากเข้มแข็งมากอะ หนูก็รู้สึกดีมากเลยอะคะ”

“คือพีก็ตาร์มาทำกลุ่มเนี่ย อยากบอกได้เลยว่าถ้าหน่วยงานไหนที่จัดลักษณะทำกลุ่มอย่างนี้ได้จะดีมากเลยเพราะว่าทำให้ผู้ป่วยเนี่ยได้นึกย้อนไป ถึงถ้าจะยอมรับความผิดออกมา.....ขนาดเรื่องแม่ที่เสียไปอะเราไม่ได้ไปเผาเราไม่เคยเล่าให้พยาบาลฟังจุดบอดของเราวันนั้นก็เล่าหมดคะบางเรื่องที่ไม่ได้เล่าก็เล่าหมดอะ เรื่องกลุ่มจิตเนี่ยที่ว่าปรับความเข้าใจเนี่ยแก้ไขปัญหาคือในตัวเราคิดว่าแน่นอนแล้วยังสู้กลุ่มพีก็ตาร์ไม่ได้เลย”

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรกกับภายหลังเข้ากลุ่มเรียบร้อยแล้ว พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก ความคิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่นซึ่งคล้ายคลึงกับการเปลี่ยนแปลงจากการบำบัด (Process of change) ตามแนวคิดของซาเทียร์ (Banmen. 1998) ว่าหากบุคคลถูกแทรกแซงจากสิ่งแปลกปลอม (Foreign elements) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือการเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ โดยเริ่มแรกจะเกิดความรู้สึกสับสน หงุดหงิดใจ (Chaos) แต่เมื่อเวลาผ่านไปหลังเข้าร่วมกลุ่มระยะหนึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อและพฤติกรรมเดิมของตนไปในทิศทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับตัวได้มากขึ้น (New status quo) ดังตัวอย่างข้อมูลจากการบันทึกอนุทินของดิวิและการสัมภาษณ์ของแทนว่า

“เริ่มแรก หนูไม่คิดว่าจะเลิกยา ใครจะพูดยังไง หนูก็ไม่เลิก ต่อให้เข้ากลุ่มอะไร หนูก็จะคิดแบบนี้แหละ เดี่ยวถ้าหนูออกไปได้ก็คงจะกลับไปใช้อีก แต่ต้องขอบคุณพี่กีตาร์ ที่ตอนนี้ทำให้หนูได้เปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ จากคนที่ไม่เคยคิดจะเลิก ตอนนี้หนูคิดว่าหนูจะพยายามเลิกเพื่อพ่อแม่ และแฟน หนูไม่อยากจะให้พวกเค้าต้องเสียใจและผิดหวังกับหนูอีก”

“วันนั้นพี่กีตาร์เรียกมาเข้ากลุ่ม ตอนแรกมันรู้สึกเหมือนเป็นอะไรที่น่าเบื่อ ไม่รู้จักกรรมอะไรของพวกเค้า นักหนา เดี่ยวเรียกกลุ่มโน้นไป เดี่ยวกลุ่มจิต เดี่ยวกลุ่มอะไรเยอะแยะมากมาย รู้สึกทำให้รำคาญมากเลย ตอนแรก พอได้เข้าปุ๊บวันแรกความรู้สึกที่เข้ากระบวนการเค้าเข้ากลุ่มอะ เค้าจะมีการพูดในคำพูดที่ว่าพูดแล้วก็ให้เราคิดย้อนไปถึงอดีตได้เลยอะ มันทำให้เราจิตได้สำนึกที่เราหรือว่าเรื่องอะไรที่เราแอบแฝงไว้ในตัวเนี่ยมันก็จะหลุดออกมาหมดเลย.....รู้สึกดีขึ้นมาก มันโล่งใจ”

ผลการศึกษาระดับต้นสอดคล้องกับผลการศึกษา (เกสร สายธนู. 2552; จันทนา สรณาคมน์. 2548; ไพลิน ลิมวัฒนะชัย. 2556; Solomon. 1999; Yang. 2000) ที่บ่งชี้ว่า จิตวิทยาการปรึกษาหรือจิตบำบัดโดยเน้นที่แนวคิดของซาเทียร์นั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวของผู้รับบริการในทิศทางบวกทั้งในแง่ของความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มผู้รับบริการได้หลากหลายรูปแบบ และในการศึกษาระดับนี้ก็แสดงให้เห็นว่าสามารถนำมาใช้ในการเสริมประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพิเศษหญิงในระบบบังคับบำบัดได้อย่างดีซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงและนำไปสู่การลดอัตราการเสพยาเสพติดซ้ำได้ในอนาคตภายหลังจากจำหน่ายจากสถานบำบัด ซึ่งสถาบันบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถนำแนวคิดการบำบัดแนวซาเทียร์มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงได้

อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์สมมติฐานเพิ่มเติมโดยวิเคราะห์ผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อพลังสุขภาพจิตรายด้านพบว่า ปัจจัยบุคคลและปัจจัยชุมชนในกลุ่มทดลองสูงกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ปัจจัยครอบครัวในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างก็ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ไปด้วยในขณะที่ดำเนินการทดลอง ซึ่งรูปแบบการบำบัดแบบ FAST MODEL นั้นมีการดึงเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีโอกาที่ได้พบปะกับครอบครัวมากขึ้นเนื่องจากครอบครัวจะมาเยี่ยมผู้ติดยาเสพติดหญิงในสถานบำบัดและภายหลังจากที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงกลุ่มควบคุมเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดซึ่งปราศจากการใช้ยาเสพติด อาจเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ตระหนักรู้ถึงความรักความอบอุ่นและโอกาสที่ยังได้รับจากครอบครัวในช่วงเวลาที่ต้องดำเนินการทดลองเพราะมีโอกาสได้พบปะเยี่ยมเยียนจากสมาชิกในครอบครัวบ่อยครั้งซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนทำให้พลังสุขภาพจิตรายด้านของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ทำให้คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองพบว่ามีแนวโน้มที่จะมีคะแนนพลังสุขภาพจิตด้านครอบครัวในระยะหลังการทดลองและติดตามผลสูงขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองค่อนข้างชัดเจนเมื่อ

เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง 78.94, 83.13 และ 83.38, กลุ่มควบคุม 77.94, 80.56 และ 79.50) ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ ก็เป็นไปได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 1 เนื่องจากมีความจำกัดของจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยที่ค่อนข้างน้อยคือเท่ากับ 252 คน ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากสถานบำบัดยาเสพติดที่เปิดรับผู้หญิงเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศไทยมีจำนวนน้อย และแต่ละแห่งก็เปิดรับจำนวนผู้ติดยาเสพติดหญิงในจำนวนที่ไม่มากนัก ดังนั้นแม้ว่าจะทำการเก็บข้อมูลจากสถานบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศที่มีผู้หญิงเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแล้วก็ตาม ก็ยังได้จำนวนตัวอย่างที่อาจไม่สูงนัก ซึ่งส่งผลต่อการอธิบายผลการวิจัยจากตัวอย่างไปยังประชากรผู้ติดยาเสพติดหญิงทั้งหมดได้

2. ผู้ให้ข้อมูลหลักและตัวอย่างในการวิจัยทั้งสองระยะนี้ จำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบำบัดและเป็นผู้ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะเสพติดแอมเฟตามีนเท่านั้น ดังนั้น การอธิบายผลการวิจัยไปยังผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ยังอยู่ในช่วงที่กำลังเสพยาอยู่หรือมีภาวะติดสารเสพติดอื่นเช่น สุรา โคเคน อาจต้องมีความระมัดระวังในการประยุกต์ผลการวิจัยไปใช้

3. เนื่องจากขณะดำเนินการทดลองไม่สามารถแยกผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่มาเข้าร่วมการทดลองโดยอิสระได้ตามกฎหมายของกรมคุมประพฤติ ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรคำนึงว่าการเกิดพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นผลมาจากกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการร่วมกับการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของสถานบำบัดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อที่จะสามารถขยายการอธิบายโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่พัฒนาขึ้นนี้ไปยังกลุ่มประชากรอื่น อาจทำการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลโดยทดสอบเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น สุรา บุหรี่หรือโคเคน เป็นต้น โดยใช้วิธีการวิเคราะห์กลุ่มพหุ (Multi-group) ได้

2. กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จำกัดตัวอย่างเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ใช้แอมเฟตามีนในระบบบังคับบำบัด ดังนั้นอาจมีการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการกับผู้ติดยาเสพติดหญิงที่รักษาในระบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น สุรา บุหรี่หรือโคเคน เพื่อขยายผลการทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อไป

3. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีความจำกัดของระยะเวลาที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงถูกบังคับให้บำบัดรักษาในสถานบำบัดระยะสั้นทำให้ช่วงเวลาของการติดตามผลการวิจัยให้ยาวนานขึ้นอาจไม่สามารถกระทำได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นควรมีการติดตามผลจากการเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการในระยะเวลามากกว่า 1 เดือนภายหลังเข้าร่วมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการหรือภายหลังจำหน่ายจากสถานบำบัดไปแล้ว โดยจัดตั้งทีมวิจัยที่สามารถประสานงานติดตามผลไปยังหน่วยงานคุมประพฤติของจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงพำนักอยู่ ภายหลังจำหน่ายจากสถานบำบัดโดยมีระยะเวลาติดตามนานมากขึ้นเช่น 3 เดือน 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของพลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

4. การศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวแปรทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาร่วมกันในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์อันได้แก่ พลังสุขภาพจิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด แต่ทว่าหากมีการนำตัวแปรด้านประสาทจิตวิทยามาร่วมเป็นตัวแปรหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรมหรือศึกษาผลของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการต่อการเปลี่ยนแปลงทางประสาทจิตวิทยาของผู้ติดยาเสพติดร่วมด้วยน่าจะช่วยขยายผลการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์โดยนำตัวแปรทางชีวภาพมาร่วมอธิบายพฤติกรรมให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้มีการพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตโดยสังเคราะห์จากประสบการณ์ตรงของผู้ติดยาเสพติดหญิง และผ่านการทดสอบคุณภาพพบที่มีความเชื่อถือได้ ดังนั้นสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดหญิงสามารถนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินคัดกรองหรือให้ข้อมูลย้อนหลังแก่ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่เพื่อนำไปสู่พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาแก่ผู้ติดยาเสพติดหญิงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นหรือสามารถนำกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการซึ่งผ่านการตรวจสอบประสิทธิผลจากการศึกษาวิจัยมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการเสริมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่แก่ผู้ติดยาเสพติดหญิงได้เช่นกันรวมทั้งมีการฝึกอบรมด้านกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการแก่เจ้าหน้าที่ในสถานบำบัดเพื่อที่จะสามารถนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงได้

2. การประยุกต์หลักการของ FAST MODEL มาใช้ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยเน้นที่ปรับความคิดพฤติกรรมเท่านั้น โดยมองข้ามปัญหาด้านการสนับสนุนอารมณ์ความรู้สึกอาจทำให้ผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นอาจเป็นข้อเสนอแนะแก่สถานบำบัดว่าควรเพิ่มเติมมิติการดูแลผู้ติดยาเสพติดหญิงด้านอารมณ์จิตใจ การเปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้ระบายความปวดร้าวจากบาดแผลในชีวิต รวมทั้งการเพิ่มพูนการรับรู้คุณค่าของตนเองร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาหลักของกระบวนการปรึกษาตามแนวคิดซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยม ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ช่วยยืนยันว่ากระบวนการดังกล่าว สามารถเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มพูนพลังชีวิตด้านบวกหรือเยียวยาปัญหาความทุกข์ทรมานใจของผู้หญิงที่ติดยาเสพติดได้

3. จากการศึกษาภาคสนามในขณะดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่ารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ของสถานบำบัด ยังขาดการช่วยเหลือที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อเพศภาวะของผู้หญิง โดยสถานบำบัดนำแนวคิดวิธีการที่ใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดชายมาใช้กับผู้ติดยาเสพติดหญิงโดยตรงและอาจมิได้ดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับความแตกต่างระหว่างเพศ ดังนั้นสถานบำบัดควรเพิ่มการออกแบบระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ติดยาเสพติดหญิงให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับเพศภาวะ เช่น อาจเพิ่มกลุ่มฝึกทักษะการเป็นมารดาแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มฝึกทักษะการป้องกันตนเองในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เพิ่มกลุ่มบำบัดเฉพาะสำหรับเกี่ยวข้องกับปัญหาบาดแผลทางจิตใจจากการถูกรังแกทางกายหรือทางเพศ และรัฐควรมีหน่วยการที่ให้การดูแลบุตรให้กับผู้หญิงขณะที่ถูกบังคับบำบัดรักษาเพราะปัญหาหนึ่งของผู้ติดยาเสพติดหญิงกังวลใจคือขณะที่ตนถูกบังคับรักษานั้น ไม่มีญาติหรือบุคคลที่ให้การดูแลบุตรของตนรวมทั้งการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้หญิงโดยเฉพาะกรณีถูกรังแกทางกายหรือทางเพศและสนับสนุนการฝึกอาชีพแก่ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดที่ขาดโอกาสทางการศึกษาโดยเป็นอาชีพที่มีความเหมาะสมกับความสนใจของเพศหญิงให้มากยิ่งขึ้นโดยเน้นให้เกิดการพึ่งพาตนเองมากกว่าการพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะสามีหรือคนรักซึ่งอาจใช้ยาเสพติดและชักนำไปสู่วังวนของการใช้ยาเสพติดซ้ำได้

4. เนื่องจากธรรมชาติของเพศหญิงนั้นต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมอยู่เดิมแล้ว ดังนั้นรูปแบบการบำบัดควรมีการดึงเอาสัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพมาช่วยเหลือทางอารมณ์ จิตใจซึ่งกันและกันรวมทั้งการเปิดโอกาสให้ครอบครัว พ่อแม่หรือบุตรของผู้ติดยาเสพติดหญิงเข้ามามีส่วนในการวางแผนการบำบัดรักษาและสนับสนุนทางจิตใจซึ่งจะสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติดและพลังทางบวกให้กับผู้ติดยาเสพติดหญิงในระบบบังคับบำบัดได้มากขึ้น

5. จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (เนนท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์. 2557; Corey. 2012; Messer. 2001; Norcross; & Newman. 1992) รวมทั้งผลจากการศึกษารั้งนี้แสดงว่าการ บูรณาการทฤษฎีหรือเทคนิคด้านจิตวิทยาการปรึกษาหรือจิตบำบัด (Counseling and psychotherapy integration) นั้นจะช่วยในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของมนุษย์ได้ครอบคลุมหลายมิติทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมโดยนำจุดแข็งของแต่ละทฤษฎีมาช่วยบูรณาการเพื่อลดจุดอ่อนของบางทฤษฎีไป ดังนั้นหลักสูตรที่ผลิตบัณฑิตด้านจิตวิทยาการปรึกษาหรือจิตบำบัดสามารถนำแนวคิดด้านการผสมผสานทฤษฎีจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดมาใช้ในการผลิตบัณฑิตของหลักสูตรให้มีความสามารถด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบบูรณาการให้มากขึ้นเพื่อจะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพได้ในอนาคต

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ: Resilience Quotient*. กรุงเทพฯ: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา ไชยเลิศ. (2541). *ความตั้งใจและการรับรู้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดของผู้ที่เคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ศูนย์เบ็กอรรถุณในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- กานดา ผาวงค์. (2551). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของแซทเทียร์โมเดล (Satir Model) เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขัง*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=0103587>.
- เกสร สายธนู. (2552). *ครอบครัวบำบัดในผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของซาเทียร์*. การค้นคว้าอิสระ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- คมเพชร ฉัตรสกุล. (2543). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันทนา สรณาคมนันท์. (2548). *ผลการใช้ครอบครัวบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังชาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. การศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. (จิตวิทยาให้คำปรึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2553). *ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต* จากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 16(1): 82-101.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ต้นติมา ด้วงโยธา. (2553). *การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทัตติยา มานิจสิน. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้การถูกตีตรา* จากสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์.; จักรกฤษณ์ สุขยั้ง.; และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). *ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(1): 2-17.

- ชรณินทร์ กองสุข. (2551). *การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน*. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข. โรงแรมปรีณัฐ พาเลซ (มหานาค) กรุงเทพมหานคร.
- ธีรวัฒน์ วงศ์ตัน. (2545). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัดของศูนย์ บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2537 – 2545. *วารสารกรมการแพทย์*. 27(7): 291-297.
- นางพะงา ลิ้มสุวรรณ; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล; และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2550). Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 52(1): 1-6.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2545). *เอกสารประกอบหลักสูตรฝึกอบรม Satir's Systemic Brief Therapy*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นันท์ชัตต์สัณห์ สกุลพงศ์. (2557). บทควมฟื้นฟูวิชาการ: จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัดแบบ ผสมผสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 22(2): 103-114.
- บุญตา นันทะกุล. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรักการอ่านของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ; และคนอื่นๆ. (2546). *คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทาง สายใหม่ (FAST MODEL)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- บุบผา บุญญามณี; และคนอื่นๆ. (2549). *การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทาง สายใหม่ (FAST Model) ของศูนย์บำบัดรักษาเสพติด สงขลา*. สงขลา: ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา.
- ปกรณ์ ศิริยง. (2545). การเปรียบเทียบและประเมินการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระยะ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีชุมชนบำบัดและการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่. *วารสารกรมการแพทย์*. 27(8): 370-384.
- ผจงจิต อินทสุวรรณ. (2545). *การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร*. กรุงเทพฯ: ธนัชการ พิมพ์.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์; และคนอื่นๆ. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ไทย. *รามาริบดีพยาบาลสาร*. 17(3): 430-443.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2545). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟู พลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พิชัย แสงชาญชัย; พงศธร เนตราคม; และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การ ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

- เพริศพรรณ แตนศิลป์. (2550). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มโยนิโสมนสิการที่มีต่อ
ปัญหาในภาวะความสัมพันธ์เชื่อมโยงและภาวะความเปลี่ยนแปลง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ด.
(จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ไพสิม ลิ้มวัฒนชัย. (2556). ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้อง
กลมกลืนในตนของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณชนก จันทชุม. (2547). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น.
ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วัชรวี ทองอ่อน. (2547). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีสตรีบำบัดต่อความคาดหวังใน
ชีวิตของหญิงบริการทางเพศ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). ชลบุรี:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- วัชรวี ทรัพย์มี. (2533). ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.
ศิริชัย กาญจนวาสี. (2556). ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล; และคนอื่นๆ. (2556). “ยา” และ “ผู้หญิงติดยา”: ความหมายของการใช้
สารเสพติด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 58(4): 407-420.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; และคนอื่นๆ. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็น
โรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(1): 61-74.
- เสรี ชัดแย้ม. (2547). การวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน. วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษา. 2(1):
15-42.
- เสรี ชัดแย้มและสุชาดา กรเพชรปาณี. (2546). โมเดลสมการโครงสร้าง. วารสารวิจัยและวัดผล
การศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา. 1(1): 1-24.
- สุกมา เตือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของ
ผู้ป่วย สุรา. ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล ติरणันท์. (2550). การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่
การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพินทร์ ชูชม; สุภาพร ณะชานันท์; และทัศนาก ทองภักดี. (2556). *ปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อภิชัย มงคล; และคนอื่นๆ. (2544). การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 46(3): 209-225.
- อิงคภา โศตรนารา. (2553). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องต่อความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติของเยาวชนชายในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัยวรรณ ศรีสำราญ. (2545). *พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL)*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- Abbott, A. A. (1994). A Feminist approach to substance abuse treatment and service delivery. *Soc Work Health Care*. 19(3-4): 67-83.
- Adlaf, E. M.; et al. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: effects of age and 1 drug use behavior. *Addict. Behav.* 34: 360-364.
- Ajzen, I.; & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Alvord, M. K.; & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36: 238-245.
- Amos, A.; et al. (1997). Healthy or druggie? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Social Science and Medicine*. 45: 847-58.
- Association for Specialists in Group Work. (1992). Professional standards for the training of group worker. *Journal for specialists in Group Work*. 17: 12-19.
- Banmen, J. (1997). *Invitational training: Satir's systemic brief therapy*. Bellingham, WA: Unpublished video.
- Banmen, J. (1998). *Stages of change*. Presented at the Advanced Intensive Residential Training Program. Federal Way, WA: Unpublished video.
- Barbour, R. (2007). *Doing Focus Group*. Wiltshire: The Cromwell Press Ltd.

- Bartone, R.T.; et al. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *J Nerv Ment Dis.* 177: 317–328.
- Becvar, D. S.; & Becvar, R. J. (1993). *Family therapy: A Systemic integration*. Boston: Allyn & Bacon.
- Berndt, N.; et al. (2012). Risk groups and predictors of short-term abstinence from smoking in patients with coronary heart disease. *Heart & Lung.* 41(4): 332-43.
- Billard, V. L. M. (2011). *Girls' Resilience: Negotiating Power Through Discourses of Community, Gender, Success & Space*. Master's Thesis M.A. (Criminology). Nova Scotia: Graduate School Saint Mary's University. Retrieved May 21, 2013, from ProQuest Dissertation & Theses database.
- Blissonnette, M. (1998). *Optimism, Hardiness, and Resiliency: A Review of the Literature*. Retrieved September 10, 2012, from <http://www.aumconsultancy.co.uk/wp-content/uploads/2012/02/3-Cs-of-Resilience-literature-review.pdf>.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Bonanno, G. A.; et al. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 75: 671-682.
- Bonnie, K. Lee. (2009). Congruence Couple Therapy for Pathological Gambling. *J Ment Health Addiction.* 7: 45-67.
- Brown, S. A. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug and Alcohol Dependence.* 116(1-3): 137-141.
- Buckner, J. C.; Mezzacappa, E.; & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology.* 15, 139-162. Retrieved September 10, 2012, from PsycINFO database.
- Casanoval, S. (2012). The Stigmatization and Resilience of a Female Indigenous Mexican Immigrant. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences.* 34: 375-403.
- Clarke, K. M.; & Greenberg, L.S. (1986). Differential effects of the Gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology.* 33: 11-15.
- Comrey, A. L.; & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis.* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum association.

- Connor, K. M.; & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 18: 76-82.
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling*. 8th ed. CA: Thomson Brooks/Cole.
- Corrigan, P. W.; Kuwabara, S. A.; & O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and addiction: findings from a stratified random sample. *J. Soc. Work*. 9: 139-147.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 3th ed. Los Angeles: Sage publications.
- Creswell, J. W.; & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* 2nd eds. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daniels, J. (2012). Feminist Counseling and Therapy. In: Ivey, A. E., D'Andrea, M. J. & Ivey, M. B. *Theories of Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective* (7th ed.). Boston: Pearson Allyn and Bacon.
- Davis-Gage, D.; Kettmann, J. J.; & Moel, J. (2010). Developmental Transition of Motherhood: Treating Postpartum Depression Using a Feminist Approach. *Adultspan Journal*. 9(2): 117-126.
- Davis, N J. (1999). *Resilience, Status of the Research and Research-Based Program*. Retrieved November 11, 2012 from <http://mentalhealth.samhsa.gov/schoolviolence/5-28resilience.asp>.
- Diamantopoulos, A.; & Sigauw, J. A. (2000). *Introducing LISREL*. London: SAGE.
- Dodson, L. S.; et al. (2011). *Systematic Counseling/Therapy Skills Training for Enriching Relationships with Yourself & Others*.(Training Manual). Bangkok: Mahidol University.
- Drapeau, S.; et al. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of Adolescence*. 30: 977-999.
- Enns, C. Z. (1987). Gestalt Therapy and Feminist Therapy: A Proposed Integration. *Journal of Counseling & Development*. 66(2): 93-95.
- Erdfelder, E.; Faul, F.; & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Method*. 39: 175-191.
- Fadardi, J. S.; Azad, H.; & Nemati, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5: 1956-1960.

- Friborg, D.; et al. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 14(1): 29–42.
- Frischknecht, U.; et al. (2011). The Vicious Circle of Perceived Stigmatization, Depressiveness, Anxiety, and Low Quality of Life. *Substituted Heroin Addicts. Eur Addict Res*. 17: 241-249.
- Gartland, D.; et al. (2011). Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Medical Research Methodology*. 11: 134.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*. 34: 416-430. Retrieved September 10, 2012, from PsycINFO database.
- Gilmore, N.; & Somerville, M. A. (1994). Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted disease, overcoming 'them' and 'us'. *Social Science and Medicine*. 39: 1339-1358.
- Greene, R. R.; & Conrad, A. P. (2002). Basic assumptions and terms. In R. R. Greene (Ed.), *Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research*. Washington, DC: NASW Press.
- Greenfield, S. F.; et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in woman: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*. 86: 1-21.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide for promotion resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard van Leer Foundation, the Hague.
- Hansen, J. C.; et al. (1980). *Group Counseling: Theory and Process*. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Hair, J. F.; et al. (2010). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall International.
- Harman, R. L. (1997). *Gestalt therapy techniques: Working with groups, couples, and sexually dysfunctional men*. Northvale, NJ: Aronson.
- Harvey, J.; & Delfabbro, P. H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A Critical overview. *Australian Psychologist*. 39: 3-13.

- Helgason, T. R. (2008). *Psychological Resilience: A Qualitative Exploration into Personal Meanings and Processes*. Master's Thesis M.A. (Psychology). Winnipeg: Graduate School University of Manitoba. Retrieved September 10, 2012, from ProQuest Dissertation & Theses database.
- Herlihy, B.; & Corey, G. (2005). Feminist Therapy. In: Corey, G. *Theory and practice of counseling & psychotherapy* (7th ed). CA: Thomson Brooks/cole.
- Hernandez, V. R.; & Mendoza, C. T. (2011). Shame Resilience: A strategy for empowering women in treatment for substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 11(4): 375-393.
- Hser, Y. I.; et al. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*. 72: 255-64.
- Jacobb, E. E.; Masson, R. L.; & Harvill, R. L. (2002). *Group Counseling: Strategies and Skills*. Pacific Grove, CA: Brooks/cole.
- Juntunen-Smith, C. L. (1994). *The effects of feminist versus conventional career counseling on career self-efficacy ratings among college women*. Doctoral Dissertation Ph.D. Santa Barbara: Graduate School University of California. Retrieved September 10, 2012, from ProQuest Dissertation & Theses database.
- Kirk, R. E. (2013). *Experimental Design: Procedures for the Behavioral Sciences*. (4th ed.) California: Sage Publication.
- Kopala, M.; & Merle, A. K. (2003). *Handbook of counseling women*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Kauffman, E.; Dore, M. M.; & Nelson-Zlupko, L. (1995). The role of women's therapy groups in the treatment of chemical dependence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 65(3): 355-363.
- Keenan, K.; et al. (2010). The Pittsburgh Girls Study: overview and initial findings. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*. 39: 506-21.
- Kline, R. B. (2005). *Principle and Practice of Structural Equation Modeling*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Knight, D. K.; et al. (1999). Residential treatment for women with dependent children: one agency's approach. *Journal of Psychoactive Drugs*. 31: 339-351.
- Lamond, A. J.; et al. (2009). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*. 43: 148-154.

- Landsman-Dijkstra, J. J. A.; et al. (2004). The short term effects of a body awareness program: Better self-management of health problems for individuals with chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Education and Counseling*. 55: 155-167.
- Lincoln, Y. S.; & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Link, B. G.; & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27: 363-85.
- Leontopoulou, S. (2006). Resilience of Greek youth at an educational transition pint: The role of locus of control and coping strategies as resources. *Social Indicators Research*. 76: 95-126.
- Lightsey, O. R. Jr. (2006). Resilience, meaning, and well-being. *The Counselling Psychologist*. 34: 96-107.
- Little, L. F. (1986). *Gestalt Therapy with Females Involved in Intimate Violence*. Abstract Retrieved September 10, 2012, from <http://catalogue.nla.gov.au/Record/5473205>.
- Loeschen, S. (1998). *Systematic Training in the skills of Virginia Satir*. CA: An International Thompson Publishing Company.
- Luellen, R. (1998). The use of Gestalt interventions in the treatment of the resistant alcohol-dependent client. *Journal of Mental Health Counseling*. 20(3): 202-215.
- Luoma, J. B.; et al. (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Subst Use Misuse*. 45: 47-57.
- Luthar, S. S.; Cicchetti, D.; & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 71: 543-562.
- Masten, A. S.; Best, K. M.; & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 2: 425-444.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 56: 227-238.
- Mayers, A. (2013). *Introduction to statistics and SPSS in psychology*. Edinburgh: Pearson education limited.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*. 11(1): 1-4.

- Messina, N.; et al. (2006). Predictors of prison-based treatment outcomes: a comparison of men and women participants. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 32: 7-28.
- Miller, W. R.; & Tonogan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology Of Addictive Behaviors*. 10: 81-89.
- Mumme, D. (1991). Aftercare: Its role in primary and secondary recovery of women from alcohol and other drug dependence. *International Journal of the Addictions*. 26: 549-564.
- Norcross, J. C.; & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: setting the context. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. *Psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- O'Brien, K. (1993). Using focus groups to develop health survey: an example from research on social relationships and AIDS-preventive behaviour. *Health Education Quarterly*. 20(3): 361-72.
- Oelofsen, M. (2007). *The use of gestalt therapy as an alternative assessment technique with primary school girls who have been sexually abused*. Master's thesis, M. Ed. (Educational Psychology). Yunibesithi ya Pretoria: Graduate School University of Pretoria. Retrieved September 10, 2012, from <http://upetd.up.ac.za/thesis/available/etd-07232008-132444/unrestricted/dissertation.pdf>.
- Ohlsen, M.M.; Horne, A.M.; & Lawe, C.F. (1988). *Group Counseling*. 3rd ed. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc.
- Owen, B. (1998). In *The Mix: Struggle and Survival in a Woman's Prison*. Albany, NY: State University.
- Phelan, J. E.; & Basow, S. A. (2007). College students' attitudes towards mental illness: an examination of the stigma process. *J. Appl. Soc. Psychol.* 37: 2877-2902.
- Pollack, S. (2003). Focus-group methodology in research with incarcerated women: Race, power, and collective experience. *Affilia*. 18(4): 461-472.
- Prochaska, J. O.; & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Reichert, E. (1994). Expressive group therapy with adult survivors of sexual abuse. *Family Therapy*. 21, 99-105.
- Reivich, K.; & Shatte, A. (2002). *The Resilience Factor*. New York: Random House.

- Roberts, A.; Jackson, M. S.; & Carton-Laney, I. (2000). Revisiting the need for feminism and afrocetric theory when treating African-American female substance abusers. *Journal of Drug Issues*. 30(4): 901-918.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 147: 598-611.
- Satir, V.; & Baldwin, M. (1983). *Satir step by step: A guide to creating changes in families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir, V.; et al. (1991). *The Satir Model: Family therapy and beyond*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Shadish, W.R.; Cook, T.D.; & Campbell, D.T. (2001). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*. 22: 63-75.
- Smokowski, P. R.; Reynolds, A. J.; & Bezruczko, N. (1999). Resilience and protective factors in adolescence: An autobiographical perspective from disadvantaged youth. *Journal of School Psychology*. 37: 425-448.
- Solomon-Mazzanti, A. (1999). *Effects of a staff growth group on the therapeutic atmosphere of an adult female admissions unit*. Doctoral Dissertation, Ph.D. (Counselor Education). Mississippi: Graduate School Mississippi State University. Retrieved September 10, 2012, from ProQuest Dissertation & Theses database.
- Stajduhar, K. I.; et al. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: An exploratory descriptive study. *International Journal of Drug Policy*. 20: 309-316.
- Stricker, G.; & Gold, J. R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 3: 47-58.
- Streiner, D. L.; & Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (2009). *National Admissions to Substance Abuse Treatment Service, DASIS Series: S-45, DHHS Publication No. (SMA) 09-4360*. Rockville, MD: SAMHSA.
- Tedeschi, R. G.; & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36: 230-237.

- Trotzer, J. M. (2006). *The Counselor and the Group: Integrating Theory, Training, and Practice*. 4rd ed. Philadelphia: Taylor & Francis
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*. 29: 127-138.
- Turner, F. J. (1986). *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches* (2nd ed.). New York: Free Press.
- Turner, S. G. (2001). Resilience and Social work practice: three case studies. *Families in Society*. 82(5): 8-441.
- Ungar, M.; et al. (2008) The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development*. 5(3): 166–180.
- Volpicelli, J.; et al. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 18: 41-49.
- Wacherbarth, S. B.; Streams, M. E.; & Smith, M. K. (2002). Capturing the insights of family caregivers: survey item generation with a couples interview/focus group process. *Qualitative Health Research*. 12(8): 1141-54.
- Wagnild, G.; & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*. 22(4): 252-255.
- Wagnild, G.M., Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1(2): 165–178.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers's experience of stigma. *Schizophrenia Bullentin*. 25(3): 467-478.
- Walizer, K. S.; & Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*. 26: 128-148.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*. 4: 81-85.
- Wilkinson, S. (1998). Focus group in feminist research: Power, interaction, and the co-construction of meaning. *Women studies International Forum*. 21: 111-125.
- Williams, E. C.; et al. (2007). Do brief measures of readiness to change predict alcohol consumption and consequences in primary care patients with unhealthy alcohol use?. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 31(3): 428-35.
- Worell, J.; & Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women*. New York: Wiley.

- Wyman, P. A.; et al. (1993). The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment in life stress: A prospective study of urban at-risk children. *Development and Psychopathology*. 5: 649-661.
- Yalom, I. D.; & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th eds. New York: Basic Books.
- Yang, P. (2000). *From Caterpillar to Butterfly: An Action Research of Educational Program Based on the Satir Model for Women in Taiwan*. Doctoral Dissertation, Ph.D. (Education). Knoxville: Graduate School The University of Tennessee. Retrieved September 10, 2012, from ProQuest Dissertation & Theses database.
- Yothprasert, K. (2005). *Stigmatization of AIDS patients in the medical care service system*. Master's thesis, M.A. (Medical and Health Social Science). Bangkok: Graduate School Mahidol University. Photocopied.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
สถาบันบำบัตร์ศึกษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
60 ถ.พหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี โทร 02-5310080-8 ต่อ 499, 492

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ: การพัฒนาเครื่องมือ
วัดแบบผสมวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) RESILIENCE OF SUBSTANCE DEPENDENCE FEMALES IN
REHABILITATIVE STAGE : THE MIXED METHODS RESEARCH OF SCALE
DEVELOPMENT AND EFFECTS OF INTEGRATIVE GROUP COUNSELING

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว)..... นันทิชาตสัมพ์ สกุตพงศ์.....

หลักสูตร.....การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์...สถาบัน...วิจัยพฤติกรรมศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด.....มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มี
ชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองโครงการวิจัย

ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง.....6..... เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ.....2557.....

วันที่ที่หมดอายุ5.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ.....2558.....

ลงนาม

(... นพ.ลำซ่า ... ลักขณาภิชนัชช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(..... นางสาวเนนา.....นิลบรรพ์.....)

เลขาคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

(สำเนา)

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 58022

เอกสารใบรับรองที่ 024/2558

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ: การพัฒนาเครื่องมือ
วัดแบบผสมผสานวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) RESILIENCE OF SUBSTANCE DEPENDENCE FEMALES IN
REHABILITATIVE STAGE : THE MIXED METHODS RESEARCH OF SCALE
DEVELOPMENT AND EFFECTS OF INTEGRATIVE GROUP COUNSELING

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว)..... นันทชัชตัมภ์ สุกุลพงศ์.....

หลักสูตร.....การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์...สถาบัน...วิจัยพฤติกรรมศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด.....มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเห็นถึงที่มี
ชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม 2558

5. วันที่ให้การรับรอง.....27..... เดือน.....พฤษภาคม..... พ.ศ.....2558.....

วันที่ที่หมดอายุ26.....เดือน.....พฤษภาคม..... พ.ศ.....2559.....

ลงนาม

(... นพ.ลำชา ... ลักขณาภิชนชัช ...)

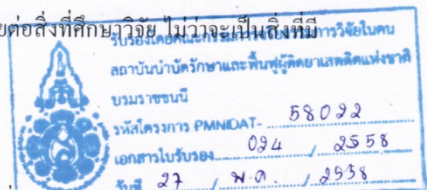
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(...นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ
และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ 0519.12/3780



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕3 กันยายน 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายนันท์ชัตสัณห์ สกุลหงษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสมวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” นั้น บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนปริญญาโทเรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ณัฐสุตา เต้พันธ์ ร่วมเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทของนิสิตผู้นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรในสังกัดมาร่วมเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

โทรสาร. 0-2260-0132



ที่ ศธ 0519.12/ 4343

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๗ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายนันท์ชัตสันธ์ สกุลพงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติด หญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบสถานวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ต้อยคำภีร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบวัดพลังสุขภาพจิต แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และโปรแกรมการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายนันท์ชัตสันธ์ สกุลพงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

ที่ ศธ 0519.12/ 4๖45



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เนื่องด้วย นายนันท์ชิตส์สันท์ สุกุลพงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสมผสานวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา และแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายนันท์ชิตส์สันท์ สุกุลพงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064



ที่ ศธ 0519.12/ 4144

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๗ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นายนันท์ชัตสันท์ สกุลพงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติด
หญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสมผสานวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษา
ทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ณัฐวุฒิ อรินทร์ และ
อาจารย์ ดร.อารยา ผลธัญญา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบวัดพลังสุขภาพจิต

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้
นายนันท์ชัตสันท์ สกุลพงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒน์กุล)

คณะดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณะดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064



ที่ ศอ 0519.12/1934

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 เมษายน 2558

เรื่อง ขอลเชิญเข้าผู้สื่อข่าว

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

เนื่องด้วย นายนันท์ชิตส์ณธ์ สกุลพงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสานวิธีวิจัยและระสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ดร.สดี ไศ คัมภรทรัพย์อนันต์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแก่กลุ่มบูรณาการ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายนันท์ชิตส์ณธ์ สกุลพงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวิวัฒน์กุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064



ที่ ศธ 0519.12/1939

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1๒ เมษายน 2558

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นายนันท์ชัตสันธ์ สกุลพงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสมผสานวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ เป็นคณาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ณัฐวัฒน์ ล่องทอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายนันท์ชัตสันธ์ สกุลพงศ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒน์กุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064



ที่ ศธ 0519.12/ 5๒๘๑

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายบัณฑิต สดกพงษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสานวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการรักษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินท์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ศึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิง เพื่อขออนุญาตให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทุกรายเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบวัดพลังสุขภาพจิต แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา และแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพของแบบวัด ในระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 ทั้งนี้ได้แนบเอกสารผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มาให้ด้วยเพื่อประกอบการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ นายบัณฑิต สดกพงษ์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064



ที่ ศธ 0519.12/ 5154

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูธรราชเชียงใหม่

เนื่องด้วย นายนันท์ชัตสันท์ สกุลหงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสานวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต๋พันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิง เพื่อขออนุญาตให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทุกรายเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบวัดพลังสุขภาพจิต แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา และแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพของแบบวัด ในระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 ทั้งนี้ได้แนบเอกสารผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มาให้ด้วยเพื่อประกอบการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ นายนันท์ชัตสันท์ สกุลหงศ์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064



ที่ ศธ 0519.12/ 515๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๘ พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัญญารักษขอนแก่น

เนื่องด้วย นายบัณฑิตสันต์ สกลพงศ์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาเครื่องมือวัดแบบผสมวิธีวิจัยและประสิทธิผลของการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และ อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา .ดีพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ในกรณี นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหญิง เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทุกรายเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบวัดพลังสุขภาพจิต แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา และแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพของแบบวัด ในระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 ทั้งนี้ได้แนบเอกสารผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มาให้ด้วยเพื่อประกอบการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นายบัณฑิตสันต์ สกลพงศ์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวิฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆทั้งด้านจิตวิทยาการศึกษา จิตวิทยาการสื่อสารเสพติด พฤติกรรมศาสตร์และการวิจัยเชิงคุณภาพในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะนอกเหนือจากอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทเป็นหลักดังรายละเอียดดังนี้

1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตสูงสำหรับบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาและสำหรับผู้ติดยาเสพติดหญิงเป็นผู้กรอก

รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคัมภีร์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

2. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาตรวจสอบแนวคำถามเพื่อการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคัมภีร์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สม
(อาจารย์ประจำสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์/เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)
3. อาจารย์ ดร. ฐาศุภร์ จันประเสริฐ
(อาจารย์ประจำสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์/เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

3. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาองค์ประกอบ นิยามปฏิบัติการและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดพลังสุขภาพจิต

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคัมภีร์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการศึกษา/เชี่ยวชาญการพัฒนาแบบวัดทางจิตวิทยาและการสื่อสารเสพติด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
2. อาจารย์ ดร. ณิชสุดา เต้พันธ์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการศึกษา/เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

3. อาจารย์ ดร. ฐาศุภร์ จันประเสริฐ
(อาจารย์ประจำสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์/เชี่ยวชาญการวิจัยแบบผสมวิธี
/การพัฒนาแบบวัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

4. อาจารย์ ดร. อารยา ผลธัญญา
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาคลินิก/เชี่ยวชาญแนวคิดพลังสุขภาพจิต
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

5. อาจารย์ ดร. ณัฐวุฒิ อรินทร์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาคลินิก/เชี่ยวชาญแนวคิดพลังสุขภาพจิต
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

**4. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาองค์ประกอบ นิยามปฏิบัติการและตรวจสอบความ
เที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา**

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญค์มณี
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา/เชี่ยวชาญการพัฒนาแบบวัดทางจิตวิทยา
และการติดสารเสพติด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

2. อาจารย์ ดร. ณัฐวุฒิ อรินทร์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาคลินิก/เชี่ยวชาญแนวคิดการถูกตีตรา
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

3. ดร. สุกุม่า แสงเดือนฉาย
(นักวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี)

**5. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาองค์ประกอบ นิยามปฏิบัติการและตรวจสอบความ
เที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด**

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญค์มณี
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา/เชี่ยวชาญการพัฒนาแบบวัดทางจิตวิทยา
และการติดสารเสพติด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

2. อาจารย์ ดร. ณัฐสุดา เต็มพันธ์
(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

3. ดร. สุกุม่า แสงเดือนฉาย
(นักวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี)

6. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณากระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

1. อาจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง

(อาจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการศึกษา/เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัด
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

2. ดร. สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์

(นักสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล

จบหลักสูตรอบรมผู้ให้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์หลักสูตร 3 ปีของกรมสุขภาพจิต)

3. อาจารย์ ณิชวดี ล่องทอง

(อาจารย์สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จบหลักสูตรอบรมผู้ให้การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์หลักสูตร 3 ปีของกรมสุขภาพจิต)

ภาคผนวก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิต
(สำหรับบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษา)

รหัสบุคลากรผู้ให้ข้อมูล.....อาชีพ.....
 ระยะเวลาที่รู้จักกับผู้ติดยาเสพติดหญิง.....สัปดาห์
 รหัสผู้ติดยาเสพติดหญิงที่แนะนำ.....อายุ.....ปี
 ประสบการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง

การถูกทารุณกรรมทางเพศ/ การทำแท้ง/ การถูกทารุณกรรมทางกาย/ ความจำยอมที่ต้อง
 ขายบริการทางเพศ/ การถูกปฏิเสธหรือทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รักหรือครอบครัว/ การถูกให้ออกจาก
 โรงเรียนหรือที่ทำงาน/ การถูกปฏิเสธจากชุมชน/
 อื่นๆ ระบุ.....

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่
 ท่านแนะนำมากที่สุด

คุณลักษณะ	มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
1. มีความสามารถในการทนต่อแรงกดดันในชีวิต				
2. สามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ได้				
3. มีความสามารถในการอยู่กับปัจจุบัน				
4. เชื่อมมั่นในศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา				
5. มีแผนการชีวิตในอนาคต				
6. สามารถเผชิญปัญหาได้				
7. มีการเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง				
8. สามารถรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากตนเอง				
9. เชื่อว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลรอบข้าง				
10. ได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางอารมณ์จากครอบครัวและชุมชน				
11. สามารถปรึกษาหรือพูดคุยกับบุคคลอื่นได้หากมีเรื่องไม่สบายใจ				
12. เชื่อมมั่นว่าการบำบัดรักษาจะทำให้ตนเองมีชีวิตที่ดีขึ้น				

ใบตรวจสอบคุณลักษณะของผู้มีพลังสุขภาพจิต

(สำหรับผู้ติดยาเสพติดหญิง)

รหัสผู้ติดยาเสพติดหญิง.....ระยะเวลาที่อยู่ในสถานบำบัด.....สัปดาห์
คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุด

คุณลักษณะ	มาก ที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ท่านมีความสามารถในการทนต่อแรงกดดัน ในชีวิต				
2. ท่านสามารถควบคุมการแสดงออกทาง อารมณ์ได้				
3. ท่านมีความสามารถในการอยู่กับปัจจุบัน				
4. ท่านเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการ จัดการกับปัญหา				
5. ท่านมีแผนการชีวิตในอนาคต				
6. ท่านสามารถเผชิญปัญหาได้				
7. ท่านมีการเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจใน ตนเองได้				
8. ท่านสามารถรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง จากตนเอง				
9. ท่านเชื่อว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลรอบ ข้าง				
10. ท่านได้รับการสนับสนุนระดับประคอง ทางอารมณ์จากครอบครัวและชุมชน				
11. ท่านสามารถปรึกษาหรือพูดคุยกับบุคคล อื่นได้หากมีเรื่องไม่สบายใจ				
12. ท่านเชื่อมั่นว่าการบำบัดรักษาจะทำให้ ตนเองมีชีวิตที่ดีขึ้น				

แบบวัดปัญหาสุขภาพจิตแบบ 30 ข้อ
(General Health Questionnaire: GHQ-30)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะเวลาสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านใน ปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะเวลาสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

- 1) สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้
 ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. แย่กว่าปกติ ง. แย่กว่าปกติมาก

- 2) นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

- 3) มีอาการกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

-
-
-
-
-

- 29) รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

- 30) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

แบบกรอกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงระดับเดียว แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดแต่อย่างใด

รหัสผู้ติดยาเสพติดหญิง.....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....
 ระดับการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยล่าสุด.....
 ระบบการบำบัดรักษา คุมประพฤติ/สมัครใจ/อื่น ๆ ระบุ.....
 วันที่เข้ารับการบำบัดรักษา.....
 วันที่ครบกำหนดการบำบัดรักษาหรือออกจากสถานบำบัด.....

ตัวอย่างแบบวัดพลังสุขภาพจิต

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงระดับเดียว แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดแต่อย่างใด

1. ฉันเข้มแข็งมากขึ้นเมื่อทราบว่าไม่ได้มีเพียงฉันคนเดียวที่ต้องเผชิญความทุกข์

.....
 ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจก่อนข้างจริง จริงที่สุด

2. เมื่อฉันเห็นคนอื่นสู้กับชีวิตได้ ฉันก็ทำได้เช่นกัน

.....
 ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจก่อนข้างจริง จริงที่สุด

.
.
.
.
.

11. ฉันใช้ชีวิตในแต่ละวันโดยไม่มีจุดหมาย

.....
 ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจก่อนข้างจริง จริงที่สุด

12. ฉันมีเป้าหมายของชีวิตในอนาคตที่ชัดเจน

.....
 ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจก่อนข้างจริง จริงที่สุด

.
.
.
.
.

21. ฉันต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นเพื่อลบคำสบประมาทคนอื่นที่มีต่อฉัน

.....
 ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจก่อนข้างจริง จริงที่สุด

22. ฉันจะต้องมีชีวิตใหม่ที่ดีกว่าเดิม

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

.
.
.
.
.

31. หากฉันเชื่อฟังในสิ่งที่พ่อแม่ตักเตือน ฉันคงไม่ต้องใช้ยาเสพติด

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

32. ฉันรู้สึกผิดกับการกระทำของฉันในอดีต

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

.
.
.
.
.

41. คนในครอบครัวจงเกลียดจงชังฉัน

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

42. คนในครอบครัวปฏิเสธและผลักไสฉัน

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

.
.
.
.
.

51. กลุ่มบำบัดต่างๆที่ฉันได้ใช้เวลาพร้อมกับเพื่อนสมาชิกช่วยเยียวยาบาดแผลในจิตใจของฉันได้

.....
ไม่จริงเลย	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง	จริงที่สุด

52. การทำงานในสถานบำบัดทำให้ฉันมีความรับผิดชอบในตนเองมากขึ้น

.....
 ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง จริงที่สุด

.
 .
 .
 .
 .

61. ผู้ติดยาเสพติดหญิงไม่มีที่ยืนในสังคม

.....
 ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง จริงที่สุด

62. ฉันกล้าที่จะบอกคนอื่นว่าฉันเคยใช้ยาเสพติดมาก่อน

.....
 ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง จริงที่สุด

.
 .
 .
 .
 .

70. ฉันสามารถที่จะปฏิเสธเพื่อนได้หากได้รับการเสนอให้ใช้ยาเสพติด

.....
 ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง จริงที่สุด

71. ฉันสามารถที่จะตีตัวออกห่างเพื่อนหรือแฟนที่ใช้ยาเสพติดได้

.....
 ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจค่อนข้างจริง จริงที่สุด

ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงระดับเดียว แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดแต่อย่างใด

1. การติดยาเสพติดเป็นการกระทำที่น่าละอายใจ

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

2. ฉันกังวลใจว่าคนในสังคมจะรังเกียจหากทราบว่าฉันใช้ยาเสพติด

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

3. ถ้าเลือกได้ ฉันจะไม่บอกคนในครอบครัวว่าฉันใช้ยาเสพติด

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

.
. .
. .
. .
. .

13. นายจ้างมักปฏิเสธหรือกีดกันมิให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดเข้าทำงาน

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

ตัวอย่างแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงระดับเดียว แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดแต่อย่างใด

1. ฉันตั้งใจที่จะหยุดใช้ยาเสพติด

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

2. ฉันมีแผนการที่จะทำให้ตนเองเลิกใช้ยาเสพติดได้

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

3. เนื่องจากการใช้ยาเสพติดในสังคมไทยเป็นเรื่องธรรมดาและไม่ผิดอะไร ดังนั้นการที่ฉันจะยังใช้ยาเสพติดจึงเป็นเรื่องธรรมดาและไม่ผิดอะไร

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

.
. .
. .
. .
. .

14. ฉันมีการวางแผนด้านอาชีพที่จะก่อให้เกิดรายได้พอเพียงต่อการเลี้ยงตนเองได้โดยที่ไม่ต้องเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

.....

ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง จริงที่สุด

แบบวัดสุขภาวะทางจิต

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงระดับเดียว แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดแต่อย่างใด

1. ฉันมีความพอใจในชีวิต

.....
จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง

2. ฉันรู้สึกว่ามีจุดหมายในชีวิต

.....
จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง

.....
.....
.....
.....
.....

8. สำหรับฉัน ชีวิตเป็นกระบวนการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงและการเติบโต

.....
จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง

แบบวัดความสามารถในการแก้ปัญหา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงกับคุณลักษณะของท่านมากที่สุดเพียงระดับเดียว แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดแต่อย่างใด

1. ฉันรู้วิธีการที่จัดการปัญหาต่างๆ

.....
จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง

2. ฉันสามารถทำสิ่งต่างๆได้เช่นเดียวกับคนส่วนใหญ่ทำได้

.....
จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง

.
.

.

.

.

7. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาที่นาความไม่สบายใจได้

.....
จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง

**ตัวอย่างกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ
เพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ**

วันที่	ช่วงเวลา	ระยะขั้นของกลุ่ม	หัวข้อ
1	ช่วงที่ 1 เวลา 9.00-12.00	เริ่มต้น	ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ และการให้ข้อมูล
	ช่วงที่ 2 เวลา 13.00-16.00	เริ่มต้น	ทรัพยากรของฉัน
2	ช่วงที่ 3 เวลา 9.00-12.00	เริ่มต้น	ครอบครัวของฉัน
	ช่วงที่ 4 เวลา 13.00-16.00	การเปลี่ยนแปลง	ถนนชีวิต
3	ช่วงที่ 5 เวลา 9.00-12.00	การเปลี่ยนแปลง	ถนนชีวิต
	ช่วงที่ 6 เวลา 13.00-16.00	การเปลี่ยนแปลง	ชีวิตของฝั่ง
4	ช่วงที่ 7 เวลา 9.00-12.00	การเปลี่ยนแปลง	การศึกษาและอาชีพ
	ช่วงที่ 8 เวลา 13.00-16.00	ยุติ	การอำลา

ขั้นเริ่มต้น

ช่วงที่ 3 วันที่ 2

ครอบครัวของฉัน

เวลา 09.00 – 12.00 น. ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

แนวคิดสำคัญ

ตามแนวคิดของซาเทียร์นั้น พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการขัดเกลาหล่อหลอมและการเรียนรู้จากภายในครอบครัวเดิมที่ให้การเลี้ยงดูบุคคลมา (Family of origin) การทำให้บุคคลตระหนักถึงสาเหตุด้านพฤติกรรมของตนเองไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว กลไกการป้องกันตนเอง (Personal stances) กฎภายในครอบครัว (Family rules) และรูปแบบด้านพฤติกรรมที่ส่งต่อกันมา (Multi-generational patterns) จะทำให้บุคคลลดการกล่าวโทษตนเอง ตระหนักถึงปัจจัยอื่นรอบด้านที่หล่อหลอมให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่างๆ เกิดตระหนักและขอบคุณถึงความรักความอบอุ่นในครอบครัว ญาติมิตรและบรรพบุรุษที่เกื้อกูลให้บุคคลเติบโตได้อย่างปัจจุบันนี้ การรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นเป็นที่รักของครอบครัวและบุคคลรอบข้างจะทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้เสมือนการรับรู้ได้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่รอบตัวแต่ทว่ายังไม่เคยได้ตระหนักมาก่อนซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 1 ว่าการที่ผู้ติดยาเสพติดหญิงจะสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้นั้นส่วนสำคัญคือการได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจภายในครอบครัว ทั้งนี้การเอื้อให้เกิดการตระหนักถึงสิ่งเหล่านี้จะใช้กิจกรรม “ครอบครัวของฉัน” เป็นสื่อเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning) (นวนันท์ ปิยะวิวัฒน์กุล. 2545) ซึ่งจะนำไปสู่การตระหนักแบบฝังรากลึก (Anchoring) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้เยียวยาจิตใจทางจิตใจตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เทคนิคที่ใช้

เทคนิคที่ใช้ในขั้นเริ่มต้นเป็นเทคนิคที่ใช้ในทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์เป็นหลัก (Loeschen. 1998; Satir; et al. 1991) ได้แก่

1. การนั่งสมาธิ (Meditation) คือการที่ผู้นำกลุ่มจะทำการเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มนั่งหลับตา ตั้งสมาธิจดจ่ออยู่กับลมหายใจชั่วคราวและกล่าวนำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเกิดการเจริญสติสัมผัสได้ถึง การรับสัมผัสถึงสิ่งเร้ารอบตัว ตระหนักถึงความ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในตนเอง กับผู้อื่น และสรรพสิ่งรอบข้าง เกิดจิตสำนึกขอบคุณในทุกสรรพสิ่งที่เกื้อกูลให้ตนเองสามารถเกิดและเติบโตมาได้ดังเช่นทุกวันนี้ รวมทั้งการเชื่อมโยงตนเองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนให้ความเคารพนับถือ เพื่อเป็นการเตรียมการให้สมาชิกกลุ่มพร้อมกับการเข้าสู่บรรยากาศของกลุ่มในช่วงเริ่มต้น เอื้อให้เกิดการสำรวจตนเองภายในจิตใจได้อย่างลึกซึ้งและรวดเร็วมากขึ้นในขณะที่ทำการดำเนินกลุ่มอยู่

2. การเข้าถึง (Reaching out) คือ การที่ผู้นำกลุ่มใช้จิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณในการเชื่อมโยงกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้า เช่น การใช้ร่างกายสัมผัส สายตาที่อ่อนโยน สีหน้าที่ยิ้มแย้มอบอุ่น จริงใจและน้ำเสียงที่สื่อถึงความรู้สึกต้อนรับ เป็นต้น

3. การใส่ใจ (Attending) หมายถึงการจดจ่อที่บุคคลโดยให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้บุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น ฟังอย่างตั้งใจทั้งน้ำเสียงและการเลือกใช้คำเพื่อสื่อถึงตัวตนของสมาชิกกลุ่ม

4. การสังเกต (Observing) นอกจากที่ผู้นำกลุ่มจะให้การใส่ใจแล้วยังต้องทำการสังเกตภาษาท่าทางกายของสมาชิกกลุ่มอันได้แก่ แววตา สีหน้า อัตรการหายใจและความลึกของการหายใจ ท่าทาง ระยะห่างที่สมาชิกกลุ่มนั่งหรือยืนห่างจากผู้นำกลุ่ม น้ำเสียง ซึ่งลักษณะต่างๆเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ทรัพยากรของสมาชิกกลุ่ม การรับรู้คุณค่าในตนเอง รูปแบบการสื่อสาร การยอมรับตนเองและผู้อื่น กฎครอบครัว ความคาดหวังในตนเองและผู้อื่นซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการช่วยเหลือในระยะต่อไป

5. การทำให้เกิดความหวัง (Engendering hope) ผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความหวังว่าพวกเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

6. การยืนยันทรัพยากร (Affirming resources) ผู้นำกลุ่มเชื่อว่าทุกคนมีทรัพยากรทางบวกในตนเองที่จะใช้ในการปรับตัว ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะค้นหาทรัพยากรเหล่านั้นในตัวสมาชิกกลุ่มและหยิบยกออกมาเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักรู้ถึงทรัพยากรในตนเองเหล่านั้น

7. การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ (Normalization) ผู้นำกลุ่มจะเพิ่มคุณค่าของสมาชิกกลุ่มด้วยการทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกแปลกแยกที่ตนเองมีปัญหาในการปรับตัว แต่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าเป็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นเรื่องที่สามารถพบได้ในบุคคลอื่นๆและเป็นปัญหาพื้นฐานของมนุษย์

8. การสะท้อน (Reflecting) ผู้นำกลุ่มจะสะท้อนความรู้สึกและความคิดของสมาชิกกลุ่มเป็นระยะเพื่อเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนมีคนที่จะเข้าใจและได้ยินเสียงหัวใจของเขา

9. การทำให้กระจ่าง (Clarifying) ผู้นำกลุ่มจะใช้การถามขยายความเพื่อที่จะให้เกิดความเข้าใจในตัวของสมาชิกกลุ่มและทำให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตนเองได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

10. การเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ (Facilitating awareness) คือการเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีการตระหนักรู้ถึงทรัพยากรทางบวกในระดับลึกและทราบถึงรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้คำถามเพื่อสำรวจเขาหน้าแข็งในมิติด้านพฤติกรรม ความรู้สึก ความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง กฎเกณฑ์และสิ่งที่โหยหาในจิตใจและยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Yearning)

วัตถุประสงค์

1. สมาชิกกลุ่มได้มีการตระหนักถึงรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว กลไกการป้องกันตนเอง (Personal stances) กฎภายในครอบครัว (Family rules) และรูปแบบด้านพฤติกรรมที่ส่งต่อกันมา (Multi-generational patterns) ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการสร้างปฏิสัมพันธ์ใหม่กับครอบครัวและบุคคลอื่นได้อย่างสอดคล้องกลมกลืนมากยิ่งขึ้น (Congruence)

2. เอื้ออำนวยให้เกิดตระหนักและขอบคุณถึงทรัพยากรทางบวกในครอบครัว (Family resources) อันได้แก่ ความรักความอบอุ่น ความผูกพันและประสบการณ์ทางบวกในครอบครัว ญาติมิตรและบรรพบุรุษที่เกื้อกูลให้บุคคลเติบโตได้อย่างปัจจุบันนี้ การรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นเป็นที่รักของครอบครัวและบุคคลรอบข้างนั้นจะทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่านวิกฤติในชีวิตได้

สื่อและอุปกรณ์

1. กระดาษเปล่ารองพื้นคนละ 2 แผ่น
2. ดินน้ำมัน

กระบวนการ

1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มนั่งสมาธิเป็นการเปิดบรรยากาศของการเข้ากลุ่มในช่วงบ่ายและเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความขอบคุณต่อสรรพสิ่งรอบข้างที่ทำให้ตนเองเติบโตมาได้ดังเช่นทุกวันนี้และเพิ่มพูนการตระหนักรู้ในตนเอง

2. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษเปล่าสำหรับสมาชิกกลุ่มคนละ 2 แผ่นและดินน้ำมันคนละ 1 ก้อนใหญ่

3. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มทำการปั้นดินน้ำมันบนกระดาษที่แจกโดยให้ปั้นเป็นกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวที่ตนเองประทับใจมากที่สุด

4. เมื่อเสร็จแล้วผู้นำกลุ่มจะขอให้สมาชิกกลุ่มเล่าและแลกเปลี่ยนเรื่องราวความประทับใจจากภาพดินน้ำมันของตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟัง นอกจากนั้นผู้นำกลุ่มจะพิจารณาข้อมูลต่างๆ จากภาพที่สมาชิกกลุ่มนำมาใช้ในการถามต่อเพื่อขยายความ (Clarify) ให้เกิดความเข้าใจถึงรูปแบบการสื่อสาร กลไกการป้องกันตนเอง กฎภายในครอบครัวและรูปแบบด้านพฤติกรรมที่ส่งต่อกันมาเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการตระหนักรู้ภายในตนและครอบครัวให้มากขึ้น รวมทั้งสามารถสัมผัสได้ถึงประสบการณ์เชิงบวก (Experiential) ถึงความรักความอบอุ่นและทรัพยากรอันเข้มแข็งภายในครอบครัวอันจะนำไปสู่การพัฒนาจิตตปัญญา การเห็นคุณค่าภายในตน ความเข้มแข็งอดทนและความมุ่งมั่นพิสูจน์ตนเองซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแรงจูงใจหนึ่งในการเลิกใช้ยาเสพติดและเป็นพลังทางบวกในการก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตของตนได้

การประเมินผล

สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น ความสามารถในการเปิดเผยตัวเองและสนับสนุนทางจิตใจให้แก่กันและกันในกระบวนการกลุ่ม

ชั้นการเปลี่ยนแปลง

ช่วงที่ 4 วันที่ 2 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ช่วงที่ 5 วันที่ 3 เวลา 9.00 – 12.00 น.

ถนนชีวิต

ระยะเวลา 6 ชั่วโมง

แนวคิดสำคัญ

ภายหลังจากที่สมาชิกกลุ่มผ่านการเตรียมความพร้อมจากชั้นเริ่มต้นซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยกับบรรยากาศของกลุ่ม สามารถยอมรับตนเองและยอมรับกลุ่มได้ รวมทั้งสามารถที่จะตระหนักถึงทรัพยากรทางบวกต่าง ๆ ทั้งจากภายในตนเอง ครอบครัวและสังคมรอบข้าง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่นำไปสู่ขั้นเปลี่ยนแปลงที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงสมาชิกกลุ่มทั้งในด้านอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมผ่านกิจกรรมถนนชีวิต โดยกิจกรรมถนนชีวิตนี้จะเป็นสื่อเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงเส้นทางชีวิตตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่เป็นความสำเร็จทางบวกของตนเอง และในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แบ่งปันเรื่องราวที่เจ็บปวดและเป็นบาดแผลทางจิตใจออกมา โดยผู้นำกลุ่มจะมีการบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์ เกสตัลท์ และสตรีนิยมร่วมกันในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งมิติด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมทางลบไปสู่มิติด้านบวกซึ่งจะทำให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติในชีวิตได้ เนื่องจากเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์และสตรีนิยมมีเป้าหมายที่สอดคล้องและสามารถนำมาสนับสนุนกับการช่วยเหลือตามทฤษฎีการปรึกษาแบบซาเทียร์ได้คือเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ถึงทรัพยากรทางบวก สร้างพลังในตนเอง มีการตระหนักรู้ถึงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกและสิ่งที่โหยหาทางจิตใจในระดับลึก (Yearning) ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงพลังชีวิต (Life force) และนำมาใช้ในการปรับตัวให้เกิดความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (Congruence) โดยไม่ต้องอยู่ภายใต้อิทธิพลของประสบการณ์ในอดีต ความรู้สึกที่ค้างคา (Unfinished business) วัฒนธรรมการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) หรือกฎเกณฑ์ในครอบครัว ทำให้สามารถเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมใหม่ได้อย่างเหมาะสม เป็นอิสระจากความคาดหวังต่าง ๆ สามารถเป็นตัวของตัวเองได้มากขึ้นและคลี่คลายความเจ็บปวดจากบาดแผลในจิตใจได้ในที่สุด

เทคนิคที่ใช้

เทคนิคที่ใช้ในชั้นการเปลี่ยนแปลงจะเป็นเทคนิคที่ผสมผสานกันทั้งจากทฤษฎีการปรึกษาแนวซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมดังต่อไปนี้

1. การนั่งสมาธิ (Meditation) คือการที่ผู้นำกลุ่มจะทำการเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มนั่งหลับตา ตั้งสมาธิจดจ่ออยู่กับลมหายใจชั่วคราวและกล่าวนำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเกิดการเจริญสติสัมผัสได้ถึง การรับสัมผัสถึงสิ่งเร้ารอบตัว ตระหนักรู้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในตนเอง กับผู้อื่น และสรรพสิ่งรอบข้าง เกิดจิตสำนึกขอบคุณในทุกสรรพสิ่งที่เกื้อกูลให้ตนเองสามารถเกิดและเติบโตมาได้ดังเช่นทุกวันนี้ รวมทั้งการเชื่อมโยงตนเองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนให้ความเคารพนับถือ เพื่อเป็นการเตรียมการให้สมาชิกกลุ่มพร้อมกับการเข้าสู่บรรยากาศของกลุ่มในช่วงเริ่มต้น เอื้อให้เกิดการสำรวจตนเองภายในจิตใจได้อย่างลึกซึ้งและรวดเร็วมากขึ้นในขณะที่ทำการดำเนินกลุ่มอยู่

2. การเข้าถึง (Reaching out) คือ การที่ผู้นำกลุ่มใช้จิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณในการเชื่อมโยงกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้า เช่น การใช้ร่างกายสัมผัส สายตาที่อ่อนโยน สีหน้าที่ยิ้มแย้มอบอุ่น จริงใจและน้ำเสียงที่สื่อถึงความรู้สึกต้อนรับ เป็นต้น

3. การใส่ใจ (Attending) หมายถึงการจดจ่อที่บุคคลโดยให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้บุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น ฟังอย่างตั้งใจทั้งน้ำเสียงและการเลือกใช้คำเพื่อสื่อถึงตัวตนของสมาชิกกลุ่ม

4. การสังเกต (Observing) นอกจากที่ผู้นำกลุ่มจะให้การใส่ใจแล้วยังต้องทำการสังเกตภาษาท่าทางกายของสมาชิกกลุ่มอันได้แก่ แววตา สีหน้า อัตรการหายใจและความลึกของการหายใจ ท่าทาง ระยะห่างที่สมาชิกกลุ่มนั่งหรือยืนห่างจากผู้นำกลุ่ม น้ำเสียง ซึ่งลักษณะต่างๆเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ทรัพยากรของสมาชิกกลุ่ม การรับรู้คุณค่าในตนเอง รูปแบบการสื่อสาร การยอมรับตนเองและผู้อื่น กฎครอบครัว ความคาดหวังในตนเองและผู้อื่น

5. การทำให้เกิดความหวัง (Engendering hope) ผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความหวังว่าพวกเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

6. การยืนยันทรัพยากร (Affirming resources) ผู้นำกลุ่มเชื่อว่าทุกคนมีทรัพยากรทางบวกในตนเองที่จะใช้ในการปรับตัว ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะค้นหาทรัพยากรเหล่านั้นในตัวสมาชิกกลุ่มและหยิบยกออกมาเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงทรัพยากรในตนเองเหล่านั้น

7. การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ (Normalization) ผู้นำกลุ่มจะเพิ่มคุณค่าของสมาชิกกลุ่มด้วยการทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกแปลกแยกที่ตนเองมีปัญหาในการปรับตัว แต่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าเป็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นเรื่องที่สามารถพบได้ในบุคคลอื่นๆและเป็นปัญหาพื้นฐานของมนุษย์

8. การสะท้อน (Reflecting) ผู้นำกลุ่มจะสะท้อนความรู้สึกและความคิดของสมาชิกกลุ่มเป็นระยะเพื่อเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนมีคนที่จะเข้าใจและได้ยินเสียงหัวใจของเขา

9. การทำให้กระจ่าง (Clarifying) ผู้นำกลุ่มจะใช้การถามขยายความเพื่อที่จะให้เกิดความเข้าใจในตัวของสมาชิกกลุ่มและทำให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตนเองได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

10. การเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ (Facilitating awareness) คือการเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีการตระหนักรู้ถึงทรัพยากรทางบวกในระดับลึกและทราบถึงรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้คำถามเพื่อสำรวจเขาน้ำแข็งในมิติด้านพฤติกรรม ความรู้สึก ความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง กฎเกณฑ์และสิ่งที่โหยหาในจิตใจและยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Yearning)

11. การผูกมัด (Contracting & personalizing) ผู้นำกลุ่มจะใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีความกล้าที่จะสำรวจปัญหาของตนเองในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้นและมีความรู้สึกผูกมัดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

12. การท้าทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Challenging dysfunctional patterns) ผู้นำกลุ่มจะทำการท้าทายพฤติกรรม การรับรู้ ความคิดความเชื่อและความคาดหวังตามระดับของภูเขาน้ำแข็ง (Personal iceberg) ที่นำไปสู่การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพด้วยการใช้คำถามท้าทาย

13. การสอนวิธีการสื่อสารอย่างสอดคล้องกลมกลืน (Modeling congruent communication) ผู้นำกลุ่มจะใช้ตนเองเป็นตัวอย่างในการสื่อสารอย่างสอดคล้องและให้สมาชิกกลุ่มทำตาม จากนั้นก็อาจจะให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้การสื่อสารมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น

14. การจินตนาการ (Invoking imagery) ผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกกลุ่มใช้จินตนาการเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นโอกาสที่จะมีรูปแบบพฤติกรรมใหม่ๆ หรือใช้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบใช้ประสบการณ์เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงมีการตอกย้ำฝังรากมากยิ่งขึ้น (Anchoring) นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อปลดปล่อยความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished business) ได้

15. การปั้นหุ่น (Sculpting) ผู้นำกลุ่มจะใช้การปั้นหุ่นเพื่อให้เข้าใจปัญหาของสมาชิกกลุ่มให้ชัดเจนมากขึ้นและช่วยให้สมาชิกกลุ่มเห็นทางออกของปัญหาในแง่มุมมองใหม่ๆ รวมทั้งเรียนรู้ที่จะมองปัญหาในแง่มุมอื่น

16. การแสดงบทบาท (Enactment) คือการให้สมาชิกกลุ่มสวมบทบาทตามที่ผู้นำกลุ่มเสนอแนะเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดประสบการณ์การตระหนักรู้ในตนเองบางอย่าง โดยเฉพาะบุคลิกภาพที่เป็นขั้วตรงข้ามกัน (Polarities)

17. การใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่า (Empty chair) โดยการใช้สมาชิกกลุ่มได้สื่อสารกับเก้าอี้ที่ว่างเปล่าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สามารถใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ ได้เช่น การสวมบทบาท หรือการจินตนาการ เป็นต้น

18. การสร้างพลัง (Empower) คือการทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีคุณค่า มีศักยภาพ มีความสามารถ และมีความเป็นเอกลักษณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ว่าการเกิดเป็นเพศใดเพศหนึ่งมิได้หมายถึงตนเองเป็นผู้ที่ด้อยกว่า ขาดคุณค่าหรือขาดศักยภาพแต่ให้มองมุมด้านบวกของเพศตน

19. การวิเคราะห์บทบาททางเพศ (Gender-role analysis) การวิเคราะห์บทบาททางเพศจะสำรวจถึงความคาดหวังที่สังคมมีต่อเพศจนส่งผลต่อความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมนำไปสู่การมองตนเองใหม่และการแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคมที่ไม่ทำให้สมาชิกกลุ่มต้องเกิดความทุกข์ ขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์บทบาททางเพศคือการระบุสารทางตรงและทางอ้อมที่สังคมคาดหวังต่อเพศทั้งในรูปแบบของวัจนภาษาและอวัจนภาษาหรืออาจอยู่ในรูปแบบของการทำเป็นแบบอย่าง ขั้นตอนที่สองคือให้หาข้อดีและข้อเสียของสารต่างๆ ที่สังคมคาดหวังต่อเราเหล่านั้น ขั้นตอนที่สามคือการสำรวจว่าสมาชิกกลุ่มมีการกลืน (Internalized) สารภายนอกเหล่านั้นในรูปแบบใดทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวผ่านการพูดกับตนเอง ขั้นตอนที่สุดคือการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเห็นว่าสารใดที่ตนต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนสุดท้ายคือการวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลง

20. การปรับเปลี่ยนมุมมองและการลดการตีตรา (Reframing and relabeling) ซึ่งก็ใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ เช่น การสร้างพลัง การฝึกการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนมุมมองนั้นเน้นที่การปรับเปลี่ยนการรับรู้ความคาดหวังจากสังคมมากกว่าที่จะเน้นการปรับเปลี่ยนปมขัดแย้งในจิตใจ ทำให้สมาชิกกลุ่มมีการมองตนเองใหม่ในแง่บวก คาดหวังกับตนเองน้อยลง และลดการตีตราตนเองถึงความผิดพลาดในอดีตโดยเฉพาะความผิดพลาดที่เกิดจากการที่ตนไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังทางสังคมในเรื่องเพศ ลดการตีตราถึงความอ่อนแอของตนเองที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ว่ามันเป็นความเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ย้อนกลับมาสำรวจชีวิตตนเองเน้นในประสบการณ์ทางบวก แต่หากสมาชิกเปิดเผยถึงประสบการณ์ทางลบหรือปัญหาในชีวิต ผู้นำกลุ่มจะทำการรับฟังปัญหา สำรวจผลกระทบ (Impact) ตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง ผู้กัมัตตนเองกับการเปลี่ยนแปลงและทำการแทรกแซงปัญหา (intervene) ของสมาชิกกลุ่มโดยเน้นให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และมีทิศทางในแง่บวก

2. เพื่อให้สมาชิกที่ไม่ได้เป็นเจ้าของปัญหาได้สำรวจผลกระทบ (Impact) ที่มีต่อตัวเองและจัดการกับความขัดแย้งในจิตใจตนเองไปพร้อม ๆ กับการรับฟังประสบการณ์ของสมาชิกที่ถูกแทรกแซงด้วย นอกจากนั้นยังทำให้สมาชิกกลุ่มเจ้าของปัญหาที่ถูกแทรกแซงเกิดความรู้สึกว่าผู้อื่นก็มีประสบการณ์ที่คล้ายกันกับตนเอง ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก ยอมรับตนเองได้มากขึ้นและเห็นประโยชน์ของการได้ทบทวนชีวิตของตนเองเพื่อที่จะสามารถตัดสินใจใหม่ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการต่อยอดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองให้มากขึ้นผ่านการบ้าน

สื่อและอุปกรณ์

1. กระดาษเปล่าขนาดเอสี่
2. ดินสอไม้ ยางลบ สีเทียนและสีเมจิก

กระบวนการ

1. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มนั่งสมาธิเป็นการเปิดบรรยากาศของการเข้ากลุ่มในช่วงบ่ายและเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความขอบคุณต่อสรรพสิ่งรอบข้างที่ทำให้ตนเองเติบโตมาได้ดังเช่นทุกวันนี้และเพิ่มพูนการตระหนักรู้ในตนเอง

2. แจกกระดาษ ดินสอไม้ ยางลบให้สมาชิกคนละ 1 ชุด

3. ชี้แจงให้สมาชิกวาดถนนลงในกระดาษ จากนั้นให้เขียนเรื่องราวความสำเร็จในชีวิตของตนเองที่สำคัญสั้น ๆ บริเวณด้านข้างของถนนหรือใช้การวาดรูปเพื่อบอกถึงเหตุการณ์ความสำเร็จที่สำคัญในชีวิต จากนั้นใช้ระบายตกแต่งภาพได้ตามที่ต้องการ

4. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยเรื่องราวความสำเร็จในชีวิตของตนผ่านภาพวาด เมื่อสมาชิกกลุ่มสัมผัสถึงประสบการณ์ทางบวกที่มีต่อตนเองชัดเจนขึ้น อาจมีการแบ่งปันเรื่องราววิถีชีวิตของตนเองที่เจ็บปวดเพื่อต้องการการเยียวยาจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ซึ่งผู้นำกลุ่มจะเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงร่วมกับผู้นำกลุ่ม ผู้กัมัตตนเองในการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองและเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มเกิดการสำรวจตนเองในระดับชั้นต่างๆของภูเขาน้ำแข็ง (Personal iceberg) โดยเน้นการแทรกแซงสมาชิกเป็นรายบุคคลด้วยการใช้เทคนิคการปรึกษาทั้งจากทฤษฎีของซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกกลุ่ม

5. หลังทำการแทรกแซง ผู้นำกลุ่มจะเอื้อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนกันว่า กระบวนการที่ผู้นำกลุ่มทำการแทรกแซงนั้นกระตุ้น (Trigger) ตนเองในประสบการณ์ด้านใดและ นำมาอภิปรายกันในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันซึ่งจะ นำไปสู่ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ลดความรู้สึกแปลกแยกเมื่อต้องเผชิญปัญหา (Normalization) ระหว่างสมาชิกกลุ่มได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มเห็นประโยชน์ของการมีโอกาสดำเนินการตามขั้นตอนชีวิตผ่านกิจกรรมถนนชีวิตซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลือก ทางเดินใหม่ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

6. ในช่วงท้าย ผู้นำกลุ่มจะเสนอการบ้านให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้ไปดำเนินการต่อนอก ชั่วโมงการปรึกษาเพื่อต่อยอดการเปลี่ยนแปลงให้มั่นคงมากขึ้นในรูปแบบของการแสดงออกเป็น พฤติกรรม จากนั้นนำผลงานมาแจ้งให้กับกลุ่มทราบในช่วงสุดท้ายที่เป็นขั้นยุติกลุ่ม

การประเมินผล

สังเกตจากพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มที่มีความผ่อนคลายและเป็นไปในทิศทางบวก สามารถตระหนักรู้ในตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น มีความกระตือรือร้นในการมี ความร่วมกับกลุ่มมากขึ้น

ชั้นการเปลี่ยนแปลง

ช่วงที่ 6 วันที่ 3 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ชีวิตของฝั่ง

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

แนวคิดสำคัญ

การใช้กรณีศึกษาเรื่องราวชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่คล้ายคลึงกันสามารถใช้เป็นสื่อเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ในการก้าวผ่านวิกฤติและอุปสรรคในชีวิตของตนได้มากขึ้นเป็นเสมือนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน กรณีศึกษานี้สามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ผลการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) เรื่องเพศ นำไปสู่การโต้แย้งความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลจากการรับรู้การถูกตีตราผ่านการวิเคราะห์บทบาททางเพศ การปรับเปลี่ยนมุมมองและการสร้างพลัง (Empowerment) จากอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็ง เกิดการสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจซึ่งกันและกัน เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาและนำไปใช้ในการก้าวผ่านความเจ็บปวดในชีวิตได้ ทั้งนี้เทคนิคที่ใช้จะเน้นหนักที่ทฤษฎีการปรึกษาแบบสตรีนิยม และผสมผสานเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแนวชาเทียร์และเกสตัลท์ร่วมด้วยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมกลุ่มให้มากที่สุด โดยเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาตามแนวคิดชาเทียร์และเกสตัลท์จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดตระหนักถึงทรัพยากรทางบวกที่ดั่งงามของตน รวมทั้งตระหนักถึงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished business) สิ่งที่ย่อยหาปรารถนาในจิตใจ (Yearning) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มุมมอง ความรู้สึกทั้งต่อตนเองและต่อโลกในทิศทางบวก สามารถสร้างพลังและลดการตีตราตนเองด้านเพศ และตั้งเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้โดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของกระบวนการขัดเกลาทางสังคมและความคาดหวังทางลบทั้งจากภายในตนเองและภายนอกตนน้อยลง ซึ่งจะนำไปสู่การเยียวยาความเจ็บปวดจากประสบการณ์ในอดีตและสามารถลดหรือหยุดใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

เทคนิคที่ใช้

1. การนั่งสมาธิ (Meditation) คือการที่ผู้นำกลุ่มจะทำการเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มนั่งหลับตา ตั้งสมาธิจดจ่ออยู่กับลมหายใจชั่วคราวและกล่าวนำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเกิดการเจริญสติสัมปชัญญะได้ถึงารับสัมผัสถึงสิ่งเร้ารอบตัว ตระหนักรู้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในตนเอง กับผู้อื่น และสรรพสิ่งรอบข้าง เกิดจิตสำนึกขอบคุณในทุกสรรพสิ่งที่เกื้อกูลให้ตนเองสามารถเกิดและเติบโตมาได้ดังเช่นทุกวันนี้ รวมทั้งการเชื่อมโยงตนเองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนให้ความเคารพนับถือ เพื่อเป็นการเตรียมการให้สมาชิกกลุ่มพร้อมกับการเข้าสู่บรรยากาศของกลุ่มในช่วงเริ่มต้น เอื้อให้เกิดการสำรวจตนเองภายในจิตใจได้อย่างลึกซึ้งและรวดเร็วมากขึ้นในขณะที่ทำการดำเนินกลุ่มอยู่

2. การเข้าถึง (Reaching out) คือ การที่ผู้นำกลุ่มใช้จิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณในการเชื่อมโยงกับบุคคลที่อยู่ตรงหน้า เช่น การใช้ร่างกายสัมผัส สายตาที่อ่อนโยน สีหน้าที่ยิ้มแย้มอบอุ่น จริงใจและน้ำเสียงที่สื่อถึงความรู้สึกต้อนรับ เป็นต้น

3. การใส่ใจ (Attending) หมายถึงการจดจ่อที่บุคคลโดยให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้บุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้น ฟังอย่างตั้งใจทั้งน้ำเสียงและการเลือกใช้คำเพื่อสื่อถึงตัวตนของสมาชิกกลุ่ม

4. การสังเกต (Observing) นอกจากที่ผู้นำกลุ่มจะให้การใส่ใจแล้วยังต้องทำการสังเกตภาษาท่าทางกายของสมาชิกกลุ่มอันได้แก่ แววตา สีหน้า อัตรการหายใจและความลึกของการหายใจ ท่าทาง ระยะห่างที่สมาชิกกลุ่มนั่งหรือยืนห่างจากผู้นำกลุ่ม น้ำเสียง ซึ่งลักษณะต่างๆเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ทรัพยากรของสมาชิกกลุ่ม การรับรู้คุณค่าในตนเอง รูปแบบการสื่อสาร การยอมรับตนเองและผู้อื่น กฎครอบครัว ความคาดหวังในตนเองและผู้อื่น

5. การทำให้เกิดความหวัง (Engendering hope) ผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความหวังว่าพวกเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

6. การยืนยันทรัพยากร (Affirming resources) ผู้นำกลุ่มเชื่อว่าทุกคนมีทรัพยากรทางบวกในตนเองที่จะใช้ในการปรับตัว ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะค้นหาทรัพยากรเหล่านั้นในตัวสมาชิกกลุ่มและหยิบยกออกมาเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงทรัพยากรในตนเองเหล่านั้น

7. การทำให้ปัญหาเป็นเรื่องปกติ (Normalization) ผู้นำกลุ่มจะเพิ่มคุณค่าของสมาชิกกลุ่มด้วยการทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกแปลกแยกที่ตนเองมีปัญหาในการปรับตัว แต่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าเป็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นเรื่องที่สามารถพบได้ในบุคคลอื่นๆและเป็นปัญหาพื้นฐานของมนุษย์

8. การสะท้อน (Reflecting) ผู้นำกลุ่มจะสะท้อนความรู้สึกและความคิดของสมาชิกกลุ่มเป็นระยะเพื่อเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนมีคนที่จะเข้าใจและได้ยินเสียงหัวใจของเขา

9. การทำให้กระจ่าง (Clarifying) ผู้นำกลุ่มจะใช้การถามขยายความเพื่อที่จะให้เกิดความเข้าใจในตัวของสมาชิกกลุ่มและทำให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตนเองได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

10. การเอื้อให้เกิดการตระหนักรู้ (Facilitating awareness) คือการเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มมีการตระหนักรู้ถึงทรัพยากรทางบวกในระดับลึกและทราบถึงรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้คำถามเพื่อสำรวจภูเขาน้ำแข็งในมิติด้านพฤติกรรม ความรู้สึก ความรู้สึกเกี่ยวกับความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง กฎเกณฑ์และสิ่งที่โหยหาในจิตใจและยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Yearning)

11. การผูกมัด (Contracting & personalizing) ผู้นำกลุ่มจะใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีความกล้าที่จะสำรวจปัญหาของตนเองในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้นและมีความรู้สึกผูกมัดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

12. การท้าทายรูปแบบการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Challenging dysfunctional patterns) ผู้นำกลุ่มจะทำการท้าทายพฤติกรรม การรับรู้ ความคิดความเชื่อและความคาดหวังที่นำไปสู่การปรับตัวที่ขาดประสิทธิภาพด้วยการใช้คำถามท้าทาย

13. การสอนวิธีการสื่อสารอย่างสอดคล้องกลมกลืน (Modeling congruent communication) ผู้นำกลุ่มจะใช้ตนเองเป็นตัวอย่างในการสื่อสารอย่างสอดคล้องและให้สมาชิกกลุ่มทำตาม จากนั้นก็อาจจะให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้การสื่อสารมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น

14. การจินตนาการ (Invoking imagery) ผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกกลุ่มใช้จินตนาการเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นโอกาสที่จะมีรูปแบบพฤติกรรมใหม่ๆ หรือใช้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบใช้ประสบการณ์เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงมีการตอกย้ำฝังรากมากยิ่งขึ้น (Anchoring) นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อปลดปล่อยความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished business) ได้

15. การปั้นหุ่น (Sculpting) ผู้นำกลุ่มจะใช้การปั้นหุ่นเพื่อให้เข้าใจปัญหาของสมาชิกกลุ่มให้ชัดเจนมากขึ้นและช่วยให้สมาชิกกลุ่มเห็นทางออกของปัญหาในแง่มุมมองใหม่ๆ รวมทั้งเรียนรู้ที่จะมองปัญหาในแง่มุมอื่น

16. การแสดงบทบาท (Enactment) คือการให้สมาชิกกลุ่มสวมบทบาทตามที่ผู้นำกลุ่มเสนอแนะเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดประสบการณ์การตระหนักรู้ในตนเองบางอย่าง โดยเฉพาะบุคลิกภาพที่เป็นขั้วตรงข้ามกัน (Polarities)

17. การใช้เก้าอี้ที่ว่างเปล่า (Empty chair) โดยการใช้สมาชิกกลุ่มได้สื่อสารกับเก้าอี้ที่ว่างเปล่าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สามารถใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆได้เช่น การสวมบทบาท หรือการจินตนาการ เป็นต้น

18. การสร้างพลัง (Empower) คือการทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีคุณค่า มีศักยภาพ มีความสามารถ และมีความเป็นเอกลักษณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ว่าการเกิดเป็นเพศใดเพศหนึ่งไม่ได้หมายถึงตนเองเป็นผู้ที่ด้อยกว่า ขาดคุณค่าหรือขาดศักยภาพแต่ให้มองมุมด้านบวกของเพศตน

19. การวิเคราะห์บทบาททางเพศ (Gender-role analysis) การวิเคราะห์บทบาททางเพศจะสำรวจถึงความคาดหวังที่สังคมมีต่อเพศจนส่งผลต่อความผิดปกติด้านจิตใจและพฤติกรรมนำไปสู่การมองตนเองใหม่และมีการแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของสังคมที่ไม่ทำให้สมาชิกกลุ่มต้องเกิดความทุกข์ ขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์บทบาททางเพศคือการระบุสารทางตรงและทางอ้อมใดที่สังคมคาดหวังต่อเพศทั้งในรูปแบบของวจนภาษาและอวัจนภาษาหรืออาจอยู่ในรูปแบบของการทำเป็นแบบอย่าง ขั้นตอนที่สองคือให้หาข้อดีและข้อเสียของสารต่างๆที่สังคมคาดหวังต่อเราเหล่านั้น ขั้นตอนที่สามคือการสำรวจว่าสมาชิกกลุ่มมีการกลืน (Internalized) สารภายนอกเหล่านั้นในรูปแบบที่รับรู้และไม่รับรู้ผ่านการพูดกับตนเอง ขั้นตอนที่สุดคือการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเห็นว่าสารใดที่ตนต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนสุดท้ายคือการวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลง

20. การปรับเปลี่ยนมุมมองและการลดการตีตรา (Reframing and relabeling) ซึ่งก็ใช้ร่วมกับเทคนิคอื่นๆ เช่น การสร้างพลัง การฝึกการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนมุมมองนั้นเน้นที่การปรับเปลี่ยนการรับรู้ความคาดหวังจากสังคมมากกว่าที่จะเน้นการปรับเปลี่ยนปมขัดแย้งในจิตใจ ทำให้สมาชิกกลุ่มมีการมองตนเองใหม่ในแง่บวก คาดหวังกับตนเองน้อยลง และลดการตีตราตนเองถึงความผิดพลาดในอดีต โดยเฉพาะความผิดพลาดที่เกิดจากการที่ตนไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังทางสังคมในเรื่องเพศ ลดการตีตราถึงความอ่อนแอของตนเองที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ว่ามันเป็นความเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงผลของการขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศที่มีต่อพฤติกรรมของผู้หญิง
2. สมาชิกกลุ่มสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนอนาคตของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นภายหลังจากออกจากสถานบำบัด
3. สมาชิกกลุ่มสามารถตระหนักถึงอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้กลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำอันได้แก่การกลับคบเพื่อนหรือคนรักที่ยังใช้ยาเสพติด รวมทั้งสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิเสธหรือออกห่างเพื่อนหรือคนรักที่ยังใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ซ้ำได้ผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันภายในกลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานกิจกรรม “ชีวิตของผึ้ง”
2. ดินสอไม้และยางลบ

กระบวนการ

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กันเพื่อทำใบงานกิจกรรม “ชีวิตของผึ้ง” โดยให้อ่านเรื่องราวและช่วยกันอภิปรายตามคำถามในใบงาน
2. ให้แต่ละคู่นำเสนอคำตอบที่เกิดจากการอภิปรายกับคู่ของตนตามใบงานให้กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มคนอื่นได้ฟัง
3. ภายหลังจากที่ทุกคู่นำเสนอเสร็จแล้ว ผู้นำกลุ่มจะเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจากกรณีของผึ้ง โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติเพื่อให้เกิดการสัมผัสถึงประสบการณ์จริง (Experiential learning) เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ให้อยากกลับไปใช้ยาเสพติด เช่น การถูกเชิญชวนให้ใช้ยาเสพติดจากกลุ่มเพื่อน คนรัก หรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางลบเช่น ถูกตำหนิจากพ่อแม่ เป็นต้น จากนั้นสมาชิกและผู้นำกลุ่มร่วมกันวางแผนจัดการกับตัวกระตุ้นต่างๆผ่านการแสดงบทบาทสมมติเพื่อเป็นการสร้างพลัง (Empowerment) ให้ผู้ติดยาเสพติดหญิงมีการวางแผนในการจัดการกับตัวกระตุ้นและเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดให้มากขึ้นหลังออกจากสถานบำบัด

การประเมินผล

สังเกตจากการอภิปรายในกลุ่มของสมาชิกแต่ละคน รวมทั้งการตั้งเป้าหมายและขั้นตอนที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากใบงานในการที่จะไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ใบงาน ชีวิตของผึ้ง

“ผึ้งเป็นเด็กสาวอายุ 17 ปี เกิดและเติบโตที่จังหวัดนครสวรรค์เขตอำเภอรอบนอก พ่อและแม่ฐานะยากจนต้องทำอะไรทำนา ผึ้งมีพี่ชาย 1 คนอายุ 22 ปี ปัจจุบันเข้าไปประกอบอาชีพขับมอเตอร์ไซค์รับจ้างที่กรุงเทพฯ นานๆครั้งจะติดต่อและส่งเงินมาให้ที่บ้านซักครั้งหนึ่ง ผึ้งนั้นเรียนหนังสือไม่เก่ง ขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผึ้งติดเพื่อนมาก มักจะหนีเรียนไปเที่ยวที่ห้างสรรพสินค้าในตัวเมืองเพราะไม่ชอบเรียนหนังสือ สุดท้ายก็ต้องออกจากโรงเรียนโดยที่ยังมิได้เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นดี หลังออกจากโรงเรียน ผึ้งก็อยู่กับกลุ่มเพื่อนผู้หญิงที่ชอบเที่ยวตลอด ต่อมาเริ่มออกเที่ยวกลางคืนโดยจะแอบออกจากบ้านไปเที่ยวกับเพื่อนในตัวเมือง เมื่อเที่ยวมากขึ้น ผึ้งก็เริ่มไม่มีเงิน เพื่อนจึงเสนอให้ผึ้งขายยาบ้าเพื่อหาเงินมาเที่ยว แรกๆผึ้งก็ไม่กล้า ต่อมาเริ่มเห็นเพื่อนๆในกลุ่ม ขายยาบ้าแล้วมีเงินเที่ยวกลางคืน มีเงินซื้อเสื้อผ้าสวยๆใส่ ผึ้งก็เริ่มตัดสินใจที่จะเป็นตัวแทนขายยาบ้า และเริ่มเสพเองบ้างเพื่อให้ตื่นตัวทั้งวันและไม่ง่วง นอกจากนั้นพอใช้ยาบ้าไปนานๆก็รู้สึกตัวเองผอมลง ไม่อ้วนเหมือนเมื่อก่อนก็เลยใช้ยาบ้ามากขึ้น วันหนึ่งจะใช้วันละ 2-3 เม็ด อาทิตย์หนึ่งใช้ 3-4 วัน บางวันก็ใช้ถึงวันละ 10 เม็ด ต่อมาผึ้งรู้จักผู้ชายคนหนึ่งที่อยู่ในแวดวงคนขายยาบ้าด้วยกันชื่อ “เอ็ม” เป็นเด็กหนุ่มอายุ 20 ปีรูปร่างหน้าตาดี เอ็มมักจะเอายาบ้ามาให้ผึ้งใช้ฟรีอยู่บ่อยๆเพื่อจีบผึ้ง และผึ้งก็ชอบเอ็มอยู่แล้วเลยตกลงใจเป็นแฟนกัน ผึ้งเริ่มหางกลุ่มเพื่อนไปอยู่กับเอ็มมากขึ้นเพราะเอ็มหายาบ้ามาให้ผึ้งเสพฟรีๆโดยที่ผึ้งไม่ต้องเสียเงิน นอกจากนั้นเอ็มเป็นคนปากหวาน เอาใจผู้หญิงเก่งทำให้ผึ้งหลงรักเอ็มมาก พ่อแม่ที่บ้านของทั้งผึ้งและเอ็มต่างก็ไม่ทราบว่ายาค้าและเอ็มใช้ยาบ้า บ่อยครั้งที่ผึ้งต้องอยู่ตามลำพังกับเอ็มบ่อยๆและเอ็มก็ขอร่วมหลับนอนกับผึ้ง แต่ผึ้งไม่ยอม ต่อมาเอ็มก็ข่มขืนผึ้งขณะที่ใช้ยาบ้าด้วยกัน ผึ้งเสียใจมากที่เอ็มไม่ให้เกียรติตนเองแต่เนื่องจากรักเอ็มมากจึงพยายามลี้ภัยหนี หลังคบกันไปได้ซักประมาณ 1 ปีเอ็มเริ่มติดผู้หญิงอื่นโทรไปหาแล้วไม่รับสาย เพื่อนผึ้งบอกว่าเคยเห็นเอ็มอยู่กับผู้หญิงอื่นบ่อยๆ เมื่อผึ้งถามเอ็ม เอ็มก็ปฏิเสธ จนเมื่อผึ้งแอบตามเอ็ม ออกไปข้างนอกพบว่าเอ็มไปหาผู้หญิงอื่นทำให้ผึ้งเสียใจมากอยากจะเลิกแต่ก็เลิกไม่ได้เพราะว่ารักไปแล้วและยอมตกเป็นของเอ็มแล้ว ต่อมาผึ้งเริ่มมีอาการแพ้ท้อง ไปหาหมอหมอบอกว่าผึ้งท้องได้ 2 เดือนแล้ว ผึ้งมั่นใจว่าเป็นลูกของตนกับเอ็มแน่นอนเพราะผึ้งไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับใคร เมื่อผึ้งไปบอกเอ็ม เอ็มบอกว่าตนยังไม่พร้อมและให้เงินผึ้งไปเอาลูกออก (ทำแท้ง) โดยพาผึ้งไปทำแท้งที่คลินิกเถื่อนแห่งหนึ่ง หลังเอาเด็กออก เอ็มก็ยังแอบมีผู้หญิงคนอื่นอีก ผึ้งบอกให้เลิกอย่างไรเอ็มก็ไม่ยอมฟัง ร่วมกับขณะนั้นผึ้งเริ่มมีอาการตกเลือดจากการทำแท้ง พ่อแม่ต้องพาผึ้งไปหาหมอเนื่องจากปวดท้องมาก หมอแจ้งพ่อแม่ผึ้งว่าผึ้งอาจไปทำแท้งมาจึงมีอาการตกเลือดอย่างมาก พ่อแม่โกรธผึ้งมากและดุตำหนิผึ้งว่านอกจากจะเรียนไม่จบ หนีเที่ยวแล้วยังไปนอนกับผู้ชายจนต้องตั้งท้องและทำแท้ง พ่อแม่บอกว่ารู้สึกอับอายที่มีลูกสาวแบบนี้ที่แทนที่จะอยู่กับบ้านช่วยเหลือพ่อแม่ทำงานเหมือนลูกสาวบ้านอื่นๆ ผึ้งน้อยใจพ่อแม่จึงหนีออกจากบ้านมาอยู่

กับเอ็มที่อพาร์ทเมนต์และคิดว่าจะไม่กลับบ้านอีก เวลาฝั่งเครียดฝั่งจะใช้ยาบ้าเพราะทำให้หายเครียดและลืมเรื่องทางบ้านไปได้บ้าง มีบางครั้งชวนเพื่อนมานั่งล้อมวงห้องเอ็มใช้ยาบ้ากัน แต่กลับถูกตำรวจสืบรู้และมาล้อมจับฝั่งกับเพื่อนไปขึ้นศาล ศาลตัดสินให้ฝั่งเข้ารับการบำบัดที่สถานบำบัดจำนวน 4 เดือน เอ็มมาเยี่ยมบ่อย แต่พ่อแม่ของฝั่งมาเยี่ยมแทบทุกอาทิตย์ ทุกครั้งที่มาเยี่ยมพ่อแม่จะร้องให้ทำให้ฝั่งร้องไห้ไปด้วย พ่อแม่บอกว่าจะให้โอกาสหากฝั่งเลิกใช้ยาแม้ว่าตอนนี้คนในหมู่บ้านฝั่งรับรู้แล้วว่าฝั่งถูกจับเนื่องจากใช้ยาบ้า ฝั่งตั้งใจจะกลับตัวเป็นคนดีหลังจากสถานบำบัดแต่เอ็มที่มาเยี่ยมก็บอกว่าจะรอฝั่ง ฝั่งคิดว่าถ้าออกจากสถานบำบัดแล้วถ้ากลับไปคบกับเอ็มซึ่งชายยาบ้าฝั่งก็คงจะกลับไปใช้ยาอีก แต่จะให้ตัดใจจากเอ็มก็ทำไม่ได้เพราะรักเอ็มมาก เป็นผู้ชายคนแรกของฝั่ง เคยมีลูกด้วยกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ฝั่งจะทำอย่างไร”

คำถามอภิปราย

1. ท่านคิดว่าหากฝั่งมีความตั้งใจมีการเลิกใช้สารเสพติด ฝั่งจะต้องวางแผนชีวิตตนเองอย่างไร
2. ท่านคิดว่าสังคมมองผู้หญิงที่ติดยาเสพติดกับผู้ชายที่ติดยาเสพติดเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร
3. ท่านคิดว่า ผู้หญิงที่ติดยาเสพติด กับ ผู้ชายที่ติดยาเสพติด จะมีความยากง่ายแตกต่างกันหรือไม่ในการเลิกใช้สารเสพติด หากใช่ ท่านคิดว่าประเด็นใดบ้างที่เป็นอุปสรรคของเพศหญิงที่ทำให้เลิกยาเสพติดได้ยากกว่าผู้ชาย
4. หากวันนี้ ท่านมีโอกาสได้พูดคุยกับฝั่ง ท่านจะช่วยให้ฝั่งอย่างไรให้สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างที่ฝั่งต้องการ
5. ท่านมีแผนการในอนาคตอย่างไรภายหลังจากท่านออกจากสถานบำบัดแล้วเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ และแผนการดังกล่าวนี้จะสามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร

ภาคผนวก จ
ขั้นตอนการพัฒนา
และผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดพลังสุขภาพจิต

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตมีรายละเอียดดังบทที่ 4 ผลการวิจัยระยะที่ 1 แต่จะขอนำเสนอคุณภาพของแบบวัดรายข้อโดยมีรายละเอียดดังตาราง 25

ตาราง 25 ค่าดัชนีความสอดคล้อง((Index of item-operational definition congruence: IOC))

ระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation : r)

ข้อ	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ					IOC	r	ผล
	1	2	3	4	5			
1.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.34*	ใช้ได้
2.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.27*	ใช้ได้
3.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.36*	ใช้ได้
4.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.33*	ใช้ได้
5.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.31*	ใช้ได้
6.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.44*	ใช้ได้
7.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.30*	ใช้ได้
8.	+1	+1	+1	+1	+1	0.8	.32*	ใช้ได้
9.	+1	+1	+1	0	+1	0.8	.35*	ใช้ได้
10.	+1	0	0	+1	+1	0.6	.37*	ใช้ได้
11.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.34*	ใช้ได้
12.	0	+1	+1	+1	+1	0.8	.31*	ใช้ได้
13.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.48*	ใช้ได้
14.	+1	+1	+1	+1	0	0.8	.46*	ใช้ได้
15.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.40*	ใช้ได้
16.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.30*	ใช้ได้
17.	+1	+1	+1	-1	+1	1	.31*	ใช้ได้
18.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.44*	ใช้ได้
19.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.28*	ใช้ได้
20.	+1	+1	0	+1	+1	0.8	.25*	ใช้ได้
21.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.44*	ใช้ได้
22.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.50*	ใช้ได้
23.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.38*	ใช้ได้
24.	+1	+1	0	+1	+1	0.8	.43*	ใช้ได้

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อ	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ					IOC	r	ผล
	1	2	3	4	5			
25.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.44*	ใช้ได้
26.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.50*	ใช้ได้
27.	+1	+1	0	+1	+1	0.8	.55*	ใช้ได้
28.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.48*	ใช้ได้
29.	+1	+1	0	0	+1	0.6	.59*	ใช้ได้
30.	+1	+1	+1	0	+1	0.8	.47*	ใช้ได้
31.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.43*	ใช้ได้
32.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.50*	ใช้ได้
33.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.37*	ใช้ได้
34.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.44*	ใช้ได้
35.	+1	0	0	+1	+1	0.6	.43*	ใช้ได้
36.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.51*	ใช้ได้
37.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.53*	ใช้ได้
38.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.51*	ใช้ได้
39.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.54*	ใช้ได้
40.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.58*	ใช้ได้
41.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.55*	ใช้ได้
42.	0	+1	+1	+1	+1	0.8	.42*	ใช้ได้
43.	+1	0	+1	+1	0	0.6	.49*	ใช้ได้
44.	+1	+1	+1	+1	0	0.8	.54*	ใช้ได้
45.	+1	+1	+1	+1	0	0.8	.48*	ใช้ได้
46.	+1	+1	+1	0	0	0.8	.29*	ใช้ได้
47.	+1	+1	+1	+1	0	0.8	.51*	ใช้ได้
48.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.41*	ใช้ได้

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อ	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ					IOC	r	ผล
	1	2	3	4	5			
49.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.40*	ใช้ได้
50.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.43*	ใช้ได้
51.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.43*	ใช้ได้
52.	0	+1	+1	+1	+1	0.8	.50*	ใช้ได้
53.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.35*	ใช้ได้
54.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.54*	ใช้ได้
55.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.38*	ใช้ได้
56.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.44*	ใช้ได้
57.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.46*	ใช้ได้
58.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.51*	ใช้ได้
59.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.43*	ใช้ได้
60.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.38*	ใช้ได้
61.	+1	+1	+1	-1	+1	0.6	.46*	ใช้ได้
62.	+1	+1	+1	0	+1	0.8	.40*	ใช้ได้
63.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.30*	ใช้ได้
64.	+1	+1	0	+1	+1	0.8	.43*	ใช้ได้
65.	0	0	+1	+1	+1	0.6	.27*	ใช้ได้
66.	+1	0	0	+1	+1	0.6	.34*	ใช้ได้
67.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.51*	ใช้ได้
68.	0	0	+1	+1	+1	0.6	.40*	ใช้ได้
69.	0	0	+1	+1	+1	0.6	.34*	ใช้ได้
70.	+1	+1	+1	+1	+1	1	.48*	ใช้ได้
71.	+1	0	+1	+1	+1	0.8	.54*	ใช้ได้

แบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดขึ้นจากนิยามปฏิบัติการที่เกิดจากการประมวลเอกสารทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น มิได้นำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ร่วมกับการพัฒนาแบบวัดแต่อย่างใด แต่จะนำแบบวัดไปตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแบบวัดพลังสุขภาพจิต โดยแบบวัดที่สร้างขึ้นในขั้นตอนแรกนั้นมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อเป็นแบบมาตรา 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ค่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 1 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงการมีความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นทั้งหมด 20 ข้อโดยผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตวิทยาการใช้สารเสพติดอีกจำนวน 3 คนเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำหรับระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นๆบ่งชี้ถึงความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นๆบ่งชี้ถึงความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นๆ ไม่ได้บ่งชี้ถึงความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ผู้วิจัยนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คนด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตวิทยาการใช้สารเสพติดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-operational definition congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการโดยข้อคำถามทั้งหมดจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งผลจากการตรวจสอบพบว่ามีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อที่ผ่านเกณฑ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.6 - 1

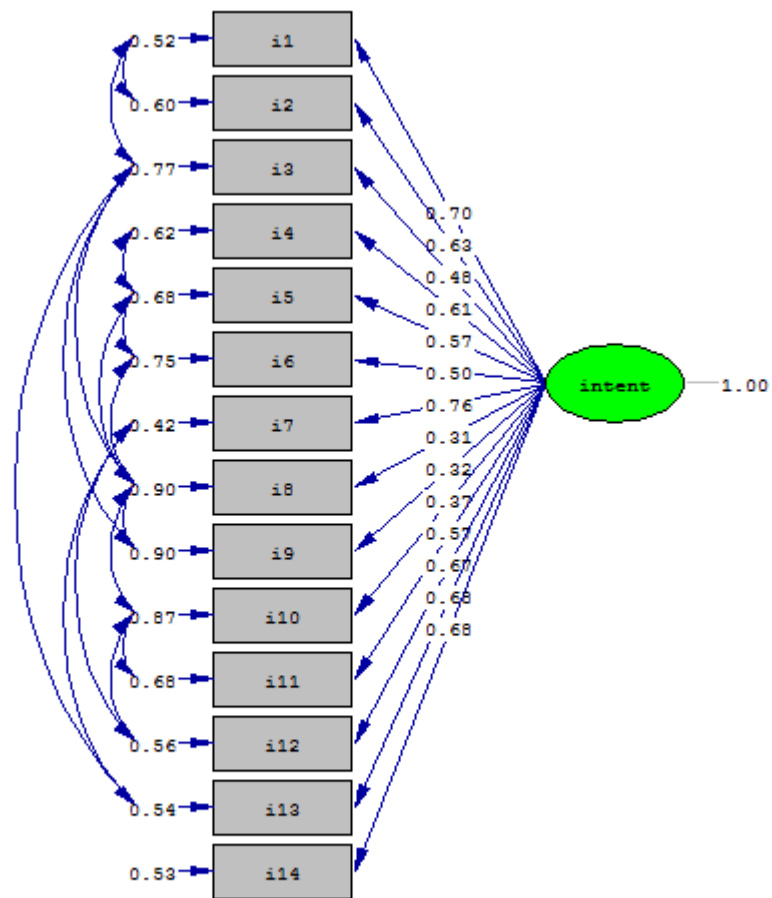
ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้ง 14 ข้อไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิง จำนวน 252 คนจากนั้นนำข้อคำถามทั้งหมดมาพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) อาศัยเกณฑ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .20 ขึ้นไปพบว่าข้อคำถามทั้ง 14 ข้อผ่านเกณฑ์ทั้งหมด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้อที่เหลือตั้งแต่ .46 - .69 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 26 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดทั้ง 14 ข้อที่ผ่านการตรวจสอบ

ดังกล่าวข้างต้นไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยพิจารณาจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity มีค่าเท่ากับ 1107.78 ที่องศาอิสระ 91 ($p < .00$) แสดงว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ดังกล่าวแตกต่างจากเมตริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ .86 ซึ่งเป็นค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรต่างๆในข้อมูลนี้มีความสัมพันธ์กันและเหมาะสมที่จะไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่าปกติหรือไม่ (Normality) โดยพิจารณาจากตัวเบ้และความโด่ง ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงทำการปรับการแจกแจงใหม่โดยใช้คำสั่ง Normal score ในโปรแกรม LISREL 8.72 ได้คะแนนที่มีการแจกแจงเป็นปกติ ก่อนไปทำการวิเคราะห์ต่อไปโดยใช้เมตริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance matrix) ในการนำข้อมูลเข้าสู่การประมาณค่า ผลการวิเคราะห์พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 76.81$, $df = 62$, $p\text{-value} = 0.09$, $RMSEA = 0.03$, $SRMR = 0.04$, $CFI = 0.99$, $AGFI = 0.93$, $PNFI = 0.66$) โดยน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามทุกข้อมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังภาพประกอบ 25 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) ได้เท่ากับ .83 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ภายหลังจากตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดทั้ง 14 ข้อไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นแบบวัดตัวแปรตามตัวที่สองควบคู่กับแบบวัดพลังสุขภาพจิตในงานวิจัยกึ่งทดลองต่อไป

ตาราง 26 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-operational definition congruence: IOC)

ระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation : r)

ข้อ	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ			IOC	r	ผล
	1	2	3			
1.	+1	+1	+1	1	.62*	ใช้ได้
2.	+1	+1	+1	1	.60*	ใช้ได้
3.	+1	+1	+1	1	.60*	ใช้ได้
4.	+1	+1	+1	1	.61*	ใช้ได้
5.	+1	+1	0	0.6	.60*	ใช้ได้
6.	+1	+1	+1	1	.51*	ใช้ได้
7.	+1	+1	+1	1	.69*	ใช้ได้
8.	+1	+1	+1	1	.48*	ใช้ได้
9.	+1	+1	+1	1	.46*	ใช้ได้
10.	+1	+1	+1	1	.46*	ใช้ได้
11.	+1	+1	+1	1	.61*	ใช้ได้
12.	+1	+1	+1	1	.62*	ใช้ได้
13.	+1	+1	+1	1	.63*	ใช้ได้
14.	+1	+1	0	0.6	.66*	ใช้ได้



Chi-Square=76.81, df=62, P-value=0.09751, RMSEA=0.031

ภาพประกอบ 25 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

แบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา

ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรามีรายละเอียดดังนี้

แบบวัดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ ลิงค์และฟีแลน (Link; & Phelan. 2001) โดยการ พัฒนาแบบวัดนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยการรับรู้การถูกตีตราตามแนวคิดของ ลิงค์และฟีแลน (Link; & Phelan. 2001) เท่านั้น มิได้นำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ร่วมกับการพัฒนาแบบวัดแต่อย่างใดแต่จะนำแบบวัดไปตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแบบ วัดพลังสุขภาพจิตด้วย แบบวัดเป็นแบบมาตรา 5 ระดับ จาก ไม่จริงเลย ก่อนข้างไม่จริง ไม่แน่ใจ ก่อนข้างจริง และจริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบจริงที่สุด ถึง 5 คะแนน สำหรับคำตอบไม่จริงเลย ส่วนข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ ให้ 5 คะแนนสำหรับคำตอบไม่จริงเลย ถึง 1 คะแนน สำหรับ คำตอบจริงที่สุด ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงถึงมีการรับรู้การถูกตีตราสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดหญิงที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นเริ่มแรกทั้งหมด 20 ข้อโดยผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนด้านจิตวิทยาการศึกษาและจิตวิทยาการใช้สารเสพติดเพื่อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำหรับระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นๆบ่งชี้ถึงการรับรู้การถูกตีตราในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นๆบ่งชี้ถึงการรับรู้การถูกตีตราในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นๆ ไม่ได้บ่งชี้ถึงการรับรู้การถูกตีตราในผู้ติดยาเสพติดหญิง

ผู้วิจัยนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 คนมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-operational definition congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการโดยข้อคำถามทั้งหมดจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งผลจากการตรวจสอบพบว่ามีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อที่ผ่านเกณฑ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.6 – 1

ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้ง 15 ข้อไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดยาเสพติดหญิง จำนวน 252 คนจากนั้นนำข้อคำถามทั้งหมดมาพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้อที่เหลือ (Item-total correlation) อาศัยเกณฑ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .20 ขึ้นไปโดยตัดข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นออกจำนวน 2 ข้อเหลืออยู่ 13 ข้อดังตาราง 27 โดยพิจารณาจากความครอบคลุมของข้อคำถามตามนิยามปฏิบัติการร่วมด้วย ข้อคำถามทั้ง 13 ข้อมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้อที่เหลือตั้งแต่ .20 - .69 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบ

วัดทั้ง 13 ข้อที่ผ่านการตรวจสอบดังกล่าวข้างต้นไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยพิจารณาจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity มีค่าเท่ากับ 798.08 ที่องศาอิสระ 78 ($p < .00$) แสดงว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ดังกล่าวแตกต่างจากเมตริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ .79 ซึ่งเป็นค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรต่างๆในข้อมูลนี้มีความสัมพันธ์กันและเหมาะสมที่จะไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่าปกติหรือไม่ (Normality) โดยพิจารณาจากตัวเบ้และความโด่ง ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงทำการปรับการแจกแจงใหม่โดยใช้คำสั่ง Normal score ในโปรแกรม LISREL 8.72 ได้คะแนนที่มีการแจกแจงเป็นปกติ ก่อนไปทำการวิเคราะห์ต่อไปโดยใช้เมตริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance matrix) ในการนำข้อมูลเข้าสู่การประมาณค่า ผลการวิเคราะห์พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 85.66$, $df = 56$, $p\text{-value} = 0.00$, $RMSEA = 0.04$, $SRMR = 0.05$, $CFI = 0.97$, $AGFI = 0.92$, $PNFI = 0.67$) โดยน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามทุกข้อมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นข้อ 5 ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำคือเท่ากับ .03 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพิจารณาที่จะคงข้อคำถามดังกล่าวเอาไว้ในแบบวัดเนื่องจากเป็นข้อคำถามที่จะทำให้การวัดตัวแปรการรับรู้การถูกตีตราได้ครอบคลุมการนิยามปฏิบัติการรวมทั้งสอดคล้องกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วย รายละเอียดดังภาพประกอบ 26

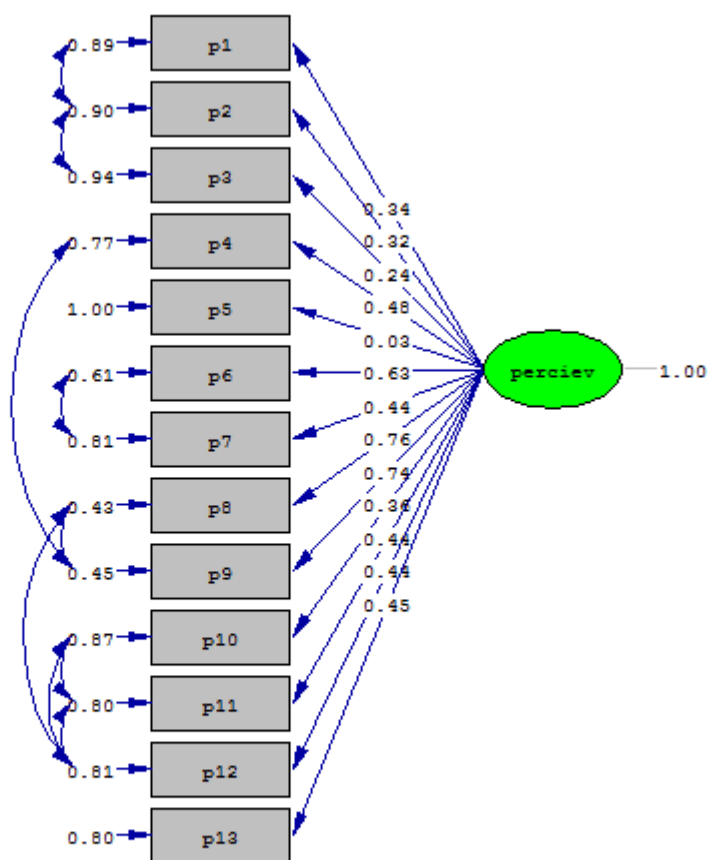
จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบวัดไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient) ได้เท่ากับ .76 ซึ่งถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้การถูกตีตราทั้ง 13 ข้อนำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 เป็นแบบวัดตัวแปรจัดประเภทของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยกึ่งทดลองต่อไป

ตาราง 27 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-operational definition congruence: IOC)

ระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation : r)

ข้อ	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ			IOC	r	ผล
	1	2	3			
1.	+1	+1	+1	1	.46*	ใช้ได้
2.	+1	+1	+1	1	.54*	ใช้ได้
3.	+1	+1	0	0.6	.42*	ใช้ได้
4.	+1	+1	0	0.6	.52*	ใช้ได้
5.	+1	+1	+1	1	.20*	ใช้ได้
6.	+1	+1	+1	1	.63*	ใช้ได้
7.	+1	+1	+1	1	.49*	ใช้ได้
8.	+1	+1	+1	1	.70*	ใช้ได้
9.	+1	+1	+1	1	.62*	ใช้ได้
10.	+1	+1	+1	1	.44*	ใช้ได้
11.	+1	+1	+1	1	.48*	ใช้ได้
12.	+1	0	+1	1	.50*	ใช้ได้
13.	+1	+1	+1	1	.46*	ใช้ได้

* p value < .05



Chi-Square=85.66, df=56, P-value=0.00655, RMSEA=0.046

ภาพประกอบ 26 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดการรับรู้การถูกตีตรา

กระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

ตาราง 28 ค่าดัชนีความสอดคล้องเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

หัวข้อพิจารณา	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผล
ช่วงที่ 1 ประมุขนิเทศ สร้างสัมพันธภาพและการให้ข้อมูล					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ช่วงที่ 2 ทรัพยากรของฉัน					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ช่วงที่ 3 ครอบครัวของฉัน					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ช่วงที่ 4 และ 5 ถนนชีวิต					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

ตาราง 28 (ต่อ)

หัวข้อพิจารณา	ผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ			IOC	ผล
ช่วงที่ 6 ชีวิตของผึ้ง					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ช่วงที่ 7 การศึกษาและอาชีพ					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
ช่วงที่ 8 การอำลา					
1. แนวคิดสำคัญ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
2. เทคนิคที่ใช้	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
3. วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	ใช้ได้
4. กระบวนการ	+1	+1	+1	1	ใช้ได้

แบบตรวจสอบกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ

เรียน ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบกระบวนการกลุ่ม

ขอให้ท่านตรวจสอบกระบวนการทำกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยกรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องผู้ตรวจสอบด้านขวา สำหรับแผนการดำเนินงาน/เป้าหมายที่ผู้นำกลุ่มได้กระทำจริงจากการประเมินของท่าน

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 1 เวลา 9.00-12.00 ปฐมนิเทศ สร้าง สัมพันธภาพ และการให้ข้อมูล	1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและกล่าวเปิด ต้อนรับสมาชิกกลุ่ม 2. อธิบายโครงสร้างการปรึกษาแบบกลุ่ม และข้อตกลงของกลุ่มเบื้องต้น 3. ทำกิจกรรมดอกไม้แห่งการต้อนรับ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง 4. แลกเปลี่ยนมุมมองประโยชน์และข้อเสีย ของการใช้ยาเสพติดเพื่อสร้างแรงจูงใจ 5. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางบวกจาก การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด	/	/
วันที่ 2 เวลา 13.00-17.00 ทรัพยากรของฉัน	1. การปฏิบัติสมาธิ 2. อธิบายกิจกรรมทรัพยากรของฉันและ แจกอุปกรณ์ทำกิจกรรมกับสมาชิกกลุ่ม 3. แสดงภาพหัวใจซึ่งสื่อถึงทรัพยากรของ ผู้นำกลุ่มเป็นภาพตัวอย่าง 4. ให้เวลาสมาชิกทำกิจกรรม “ทรัพยากร ของฉัน” ของตนเอง 5. เชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยน แบ่งปันเรื่องราวจากกิจกรรมทรัพยากร ของฉันโดยเอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีการสำรวจ ตนเองและเพิ่มพูนบรรยากาศของความ ไว้วางใจระหว่างสมาชิกกลุ่ม	/	/

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 2 เวลา 9.00-12.00 ครอบครัวของฉัน	1. การปฏิบัติสมาธิ	/	/
	2. อธิบายกิจกรรมครอบครัวของฉันและ แจกอุปกรณ์ให้กับสมาชิกกลุ่มเพื่อทำ กิจกรรม	/	/
	3. ให้เวลาสมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม ครอบครัวของฉัน	/	/
	4. เชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยน แบ่งปันเรื่องราวจากกิจกรรมครอบครัว ของฉันโดยเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการ เรียนรู้เชิงประสบการณ์ทางบวก (Positive experiential learning)	/	/
	5. ผู้นำกลุ่มสามารถใช้เทคนิคการปรึกษา เอื้อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความรัก ความอบอุ่นและการได้รับการให้อภัยจาก ครอบครัว	/	/
	6. ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการปรึกษาเอื้อให้ สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงทรัพยากรทางบวก ของตนเองเช่น ความเข้มแข็งอดทน การ เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น	/	/
	7. ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการปรึกษาเอื้อให้ สมาชิกกลุ่มสามารถนำครอบครัวมาสร้าง เป็นแรงจูงใจหนึ่งในการเลิกใช้ยาเสพติด ได้	/	/

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 2 เวลา 13.00-16.00 ถนนชีวิต	1. การปฏิบัติสมาธิ	/	/
	2. อธิบายกิจกรรมถนนชีวิตและแจกอุปกรณ์ให้กับสมาชิกกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม	/	/
	3. ผู้นำกลุ่มแสดงภาพถนนชีวิตของตนเองซึ่งสื่อถึงประสบการณ์ทางบวกในชีวิตของผู้ในกลุ่มเป็นภาพตัวอย่าง	/	/
	4. ให้อาสาสมัครกลุ่มทำกิจกรรมถนนชีวิต	/	/
	5. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแบ่งปันเรื่องราวตนเองจากกิจกรรมถนนชีวิต โดยเมื่อสมาชิกกลุ่มเปิดเผยปัญหาวิกฤติชีวิตของตนเองออกมา ผู้นำกลุ่มจะตั้งเป้าหมายการบำบัดร่วมกับสมาชิกกลุ่มและเอื้อให้สมาชิกกลุ่มผูกมัดตนเองในการที่จะเปลี่ยนแปลง	/	/
	6. ผู้นำกลุ่มทำการแทรกแซงสมาชิกกลุ่มโดยเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทางบวก (Positive experiential learning)	/	/
	7. ผู้นำกลุ่มผสานการใช้เทคนิคการปรึกษาแนวซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมร่วมกันเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง	/	/
	8. สัมภาษณ์ประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มที่มีวิกฤติชีวิตที่คล้ายคลึงกันเพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกเมื่อต้องเผชิญปัญหา	/	/
	9. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมถนนชีวิตและเชื่อมโยงไปยังการพัฒนาพลังสุขภาพจิตและสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติดได้	/	/

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 3 เวลา 9.00 – 12.00 ถนนชีวิต	1. การปฏิบัติสมาธิ	/	/
	2. อธิบายกิจกรรมถนนชีวิตและแจกอุปกรณ์ให้กับสมาชิกกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม	/	/
	3. ผู้นำกลุ่มแสดงภาพถนนชีวิตของตนเองซึ่งสื่อถึงประสบการณ์ทางบวกในชีวิตของผู้ในกลุ่มเป็นภาพตัวอย่าง	/	/
	4. ให้อาสาสมัครกลุ่มทำกิจกรรมถนนชีวิต	/	/
	5. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแบ่งปันเรื่องราวตนเองจากกิจกรรมถนนชีวิต โดยเมื่อสมาชิกกลุ่มเปิดเผยปัญหาวิกฤติชีวิตของตนเองออกมา ผู้นำกลุ่มจะตั้งเป้าหมายการบำบัดร่วมกับสมาชิกกลุ่มและเอื้อให้สมาชิกกลุ่มผูกมัดตนเองในการที่จะเปลี่ยนแปลง	/	/
	6. ผู้นำกลุ่มทำการแทรกแซงสมาชิกกลุ่มโดยเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทางบวก (Positive experiential learning)	/	/
	7. ผู้นำกลุ่มผสานการใช้เทคนิคการปรึกษาแนวซาเทียร์ เกสตัลท์และสตรีนิยมร่วมกันเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง	/	/
	8. สัมภาษณ์ประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่มที่มีวิกฤติชีวิตที่คล้ายคลึงกันเพื่อลดความรู้สึกแปลกแยกเมื่อต้องเผชิญปัญหา	/	/
	9. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมถนนชีวิตและเชื่อมโยงไปยังการพัฒนาพลังสุขภาพจิตและสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติดได้	/	/

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 3 เวลา 13.00 -16.00 ชีวิตของผึ้ง	1. การปฏิบัติสมาธิ	/	/
	2. อธิบายกิจกรรมชีวิตของผึ้งจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กันเพื่ออภิปรายกันตามแนวคำถามท้ายกิจกรรม	/	/
	3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคู่แลกเปลี่ยนคำตอบในกลุ่มใหญ่ตามแนวคำถามท้ายกิจกรรม	/	/
	4. ผู้นำกลุ่มเอื้อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงการขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดและการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้	/	/
	5. ผู้นำกลุ่มใช้กิจกรรมชีวิตของผึ้งเป็นสื่อในการอภิปรายเรื่องตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปติดยาเสพติดซ้ำ	/	/
	6. ผู้นำกลุ่มใช้กิจกรรมชีวิตของผึ้งเป็นสื่อในการแสดงบทบาทสมมติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทางบวก (Positive experiential learning) เช่น ทักษะการปฏิเสธ เป็นต้นเพื่อสร้างพลัง (empower) ให้กับผู้ติดยาเสพติดหญิง	/	/
	7. ผู้นำกลุ่มเอื้อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมชีวิตของผึ้งมาใช้ในการตั้งเป้าหมายชีวิตของตนภายหลังออกจากสถานบำบัดได้	/	/

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 4 เวลา 9.00 – 12.00 การศึกษาและอาชีพ	1. การปฏิบัติสมาธิ	/	/
	2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กันเพื่ออภิปรายความสำคัญของการศึกษาและอาชีพที่สุจริตต่อชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิง	/	/
	3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอผลการอภิปรายและแลกเปลี่ยนมุมมองกับกลุ่มใหญ่	/	/
	4. ผู้นำกลุ่มให้ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาต่อและอาชีพแก่สมาชิกกลุ่มโดยเน้นการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม	/	/
	5. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานเป้าหมายด้านการศึกษาและอาชีพแก่สมาชิกกลุ่มและให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนอภิปรายเป้าหมายด้านการศึกษาและอาชีพของตนภายหลังออกจากสถานบำบัด	/	/
	6. ผู้นำกลุ่มเอื้อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตระหนักถึงการเปิดโอกาสจากสังคมรอบข้างที่มีต่อผู้ติดยาเสพติดหญิงมากขึ้น	/	/

วัน เวลา/หัวข้อ	แผนการดำเนินงาน/เป้าหมาย	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 1	ผู้ ตรวจสอบ ท่านที่ 2
วันที่ 4 เวลา 13.00 – 16.00 กิจกรรมอำลา	1. การปฏิบัติสมาธิ	/	/
	2. ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มสำรวจถึงประสบการณ์ทางบวระหว่างสมาชิกกลุ่มในช่วงเวลาสุดท้ายของกระบวนการกลุ่ม	/	/
	3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมอำลาโดยเน้นถึงการตอกย้ำประสบการณ์ (Anchoring) ทางบวให้แก่นักและกันเพื่อจะได้นำไปปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัดให้มากขึ้น	/	/
	4. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษา	/	/
	5. ผู้นำกลุ่มรวบรวมแจกเอกสาร ใบงานจากกิจกรรมทั้งหมดมอบให้กับสมาชิกกลุ่มเพื่อเป็นการเตือนตนเองในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปใช้ภายหลังออกจากสถานบำบัดแล้ว	/	/

ผู้วิจัยคำนวณความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้ให้การประเมินซึ่งมีความรู้ด้านจิตวิทยาการปรึกษาแบบกลุ่มจำนวน 2 คน ที่รับฟังไฟล์บันทึกเสียงการดำเนินการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการโดยผู้วิจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ค้ำปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) พบว่า ทุกหัวข้อของแผนการดำเนินการ/เป้าหมายของกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการได้ดำเนินไปอย่างครบถ้วนถูกต้องโดยมีความสอดคล้องกันระหว่างความเห็นของประเมินเท่ากับ 1

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2
ด้วยโปรแกรม LISREL

DATE: 11/24/2015
TIME: 22:10

L I S R E L

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
Website: www.ssicentral.com

Title Resilience

Observed Variables uni est goal rev pro end fai fasu guil reha
open educ fri

Correlation matrix from file D:\fsnew.corr

Sample Size = 252

Latent Variables ind fam com res

Relationships

uni est goal rev pro end fai = ind
fasu guil = fam
reha open educ fri = com
ind fam com = res
set the error between guil and reha correlate
set the error between pro and end correlate
set the error between rev and guil correlate

Path Diagram

LISREL OUTPUT: ME = ML EF SS SC MI RS

End of Problem

Resilience

Correlation Matrix

	uni	est	goal	rev	pro	end
uni	1.00					
est	0.40	1.00				
goal	0.45	0.54	1.00			
rev	0.27	0.35	0.39	1.00		
pro	0.41	0.44	0.44	0.36	1.00	
end	0.29	0.33	0.34	0.25	0.38	1.00
fai	0.27	0.37	0.36	0.27	0.24	0.19
fasu	0.41	0.43	0.43	0.22	0.29	0.20
guil	0.20	0.30	0.38	0.38	0.32	0.20
reha	0.26	0.34	0.44	0.32	0.25	0.33
open	0.34	0.39	0.38	0.19	0.36	0.27
educ	0.29	0.40	0.40	0.35	0.36	0.24
fri	0.23	0.39	0.44	0.34	0.33	0.28

Correlation Matrix

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
fai	1.00					
fasu	0.36	1.00				
guil	0.33	0.29	1.00			
reha	0.39	0.29	0.42	1.00		
open	0.20	0.32	0.21	0.32	1.00	
educ	0.38	0.37	0.32	0.41	0.34	1.00
fri	0.30	0.29	0.32	0.34	0.30	0.44

Correlation Matrix

	fri
fri	1.00

Resilience

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	ind	fam	com
uni	0	0	0
est	1	0	0
goal	2	0	0
rev	3	0	0
pro	4	0	0
end	5	0	0
fai	6	0	0
fasu	0	0	0
guil	0	7	0

reha	0	0	0
open	0	0	8
educ	0	0	9
fri	0	0	10

GAMMA

	res

ind	11
fam	12
com	13

PSI

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
	14	15	16

THETA-EPS

	uni	est	goal	rev	pro	end
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
uni	17					
est	0	18				
goal	0	0	19			
rev	0	0	0	20		
pro	0	0	0	0	21	
end	0	0	0	0	22	23
fai	0	0	0	0	0	0
fasu	0	0	0	0	0	0
guil	0	0	0	26	0	0
reha	0	0	0	0	0	0
open	0	0	0	0	0	0
educ	0	0	0	0	0	0
fri	0	0	0	0	0	0

THETA-EPS

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
fai	24					
fasu	0	25				
guil	0	0	27			
reha	0	0	28	29		
open	0	0	0	0	30	
educ	0	0	0	0	0	31
fri	0	0	0	0	0	0

THETA-EPS

	fri

fri	32

Resilience

Number of Iterations = 22

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

	LAMBDA-Y		
	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	0.57	- -	- -
est	0.71 (0.09) 8.26	- -	- -
goal	0.75 (0.09) 8.54	- -	- -
rev	0.52 (0.08) 6.63	- -	- -
pro	0.60 (0.08) 7.39	- -	- -
end	0.46 (0.08) 6.00	- -	- -
fai	0.52 (0.08) 6.69	- -	- -
fasu	- -	0.60	- -
guil	- -	0.51 (0.08) 6.42	- -
reha	- -	- -	0.59
open	- -	- -	0.55 (0.08) 6.85
educ	- -	- -	0.66 (0.08) 7.85
fri	- -	- -	0.61 (0.08) 7.43

GAMMA

	res
ind	0.98 (0.11) 8.72
fam	0.96 (0.10) 9.20
com	0.93 (0.11) 8.63

Correlation Matrix of ETA and KSI

	ind	fam	com	res
ind	1.00			
fam	0.95	1.00		
com	0.91	0.89	1.00	
res	0.98	0.96	0.93	1.00

PHI

res
1.00

PSI

Note: This matrix is diagonal.

ind	fam	com
0.03 (0.08) 0.39	0.07 (0.16) 0.47	0.14 (0.09) 1.69

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

ind	fam	com
0.97	0.93	0.86

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

ind	fam	com
0.97	0.93	0.86

THETA-EPS

	uni	est	goal	rev	pro	end
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
uni	0.67 (0.07) 10.30					
est	- -	0.50 (0.05) 9.32				
goal	- -	- -	0.44 (0.05) 8.80			
rev	- -	- -	- -	0.73 (0.07) 10.53		
pro	- -	- -	- -	- -	0.64 (0.06) 10.14	
end	- -	- -	- -	- -	0.11 (0.05) 2.17	0.79 (0.07) 10.68
fai	- -	- -	- -	- -	- -	- -
fasu	- -	- -	- -	- -	- -	- -
guil	- -	- -	- -	0.13 (0.05) 2.64	- -	- -
reha	- -	- -	- -	- -	- -	- -
open	- -	- -	- -	- -	- -	- -
educ	- -	- -	- -	- -	- -	- -
fri	- -	- -	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
fai	0.73 (0.07) 10.51					
fasu	- -	0.64 (0.08) 7.87				
guil	- -	- -	0.74 (0.08) 9.60			

reha	- -	- -	0.15 (0.05) 2.98	0.65 (0.07) 9.78		
open	- -	- -	- -	- -	0.70 (0.07) 10.11	
educ	- -	- -	- -	- -	- -	0.56 (0.06) 9.13
fri	- -	- -	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	fri
fri	0.63 (0.07) 9.66

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

uni	est	goal	rev	pro	end
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.33	0.50	0.56	0.27	0.36	0.21

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

fai	fasu	guil	reha	open	educ
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.27	0.36	0.26	0.35	0.30	0.44

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

fri

0.37

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 59
 Minimum Fit Function Chi-Square = 71.77 (P = 0.12)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 73.10 (P = 0.10)
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 14.10
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 39.98)

Minimum Fit Function Value = 0.29
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.056
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0 ; 0.16)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.031
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.052)
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.93

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.55

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.49 ; 0.65)
 ECVI for Saturated Model = 0.73
 ECVI for Independence Model = 9.16

Chi-Square for Independence Model with 78 Degrees of Freedom = 2273.49

Independence AIC = 2299.49
 Model AIC = 137.10
 Saturated AIC = 182.00
 Independence CAIC = 2358.37
 Model CAIC = 282.04
 Saturated CAIC = 594.18

Normed Fit Index (NFI) = 0.97
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.99
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.73
 Comparative Fit Index (CFI) = 0.99
 Incremental Fit Index (IFI) = 0.99
 Relative Fit Index (RFI) = 0.96

Critical N (CN) = 305.86

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.039
 Standardized RMR = 0.039
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.96
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.93
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.62

Resilience

Fitted Correlation Matrix

	uni	est	goal	rev	pro	end
uni	1.00					
est	0.41	1.00				
goal	0.43	0.53	1.00			
rev	0.30	0.37	0.39	1.00		
pro	0.34	0.42	0.45	0.31	1.00	
end	0.26	0.32	0.34	0.24	0.38	1.00
fai	0.30	0.37	0.39	0.27	0.31	0.24
fasu	0.33	0.40	0.43	0.29	0.34	0.26
guil	0.27	0.34	0.36	0.38	0.29	0.22
reha	0.31	0.38	0.41	0.28	0.32	0.25
open	0.28	0.35	0.37	0.26	0.30	0.23
educ	0.34	0.43	0.45	0.31	0.36	0.28
fri	0.32	0.39	0.42	0.29	0.33	0.25

Fitted Correlation Matrix

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
fai	1.00					
fasu	0.30	1.00				
guil	0.25	0.30	1.00			
reha	0.28	0.32	0.42	1.00		
open	0.26	0.29	0.25	0.32	1.00	
educ	0.31	0.35	0.30	0.39	0.36	1.00
fri	0.29	0.33	0.27	0.36	0.33	0.40

Fitted Correalation Matrix

```

      fri
-----
fri    1.00

```

Fitted Residuals

	uni	est	goal	rev	pro	end
uni	0.00					
est	-0.01	0.00				
goal	0.02	0.01	0.00			
rev	-0.03	-0.01	0.00	0.00		
pro	0.07	0.01	-0.01	0.05	0.00	
end	0.03	0.00	-0.01	0.01	0.00	0.00
fai	-0.03	0.00	-0.03	0.00	-0.07	-0.04
fasu	0.08	0.02	0.00	-0.08	-0.05	-0.06
guil	-0.07	-0.04	0.02	0.00	0.03	-0.02
reha	-0.05	-0.04	0.03	0.04	-0.07	0.08
open	0.06	0.04	0.00	-0.07	0.06	0.04
educ	-0.06	-0.02	-0.05	0.04	0.00	-0.03
fri	-0.09	0.00	0.03	0.05	-0.01	0.03

Fitted Residuals

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
fai	0.00					
fasu	0.06	0.00				
guil	0.08	-0.02	0.00			
reha	0.11	-0.03	0.01	0.00		
open	-0.06	0.02	-0.04	-0.01	0.00	
educ	0.07	0.02	0.02	0.02	-0.02	0.00
fri	0.01	-0.04	0.04	-0.02	-0.03	0.04

Fitted Residuals

```

      fri
-----
fri    0.00

```

Summary Statistics for Fitted Residuals

```

Smallest Fitted Residual = -0.09
Median Fitted Residual = 0.00
Largest Fitted Residual = 0.11

```

Stemleaf Plot

```

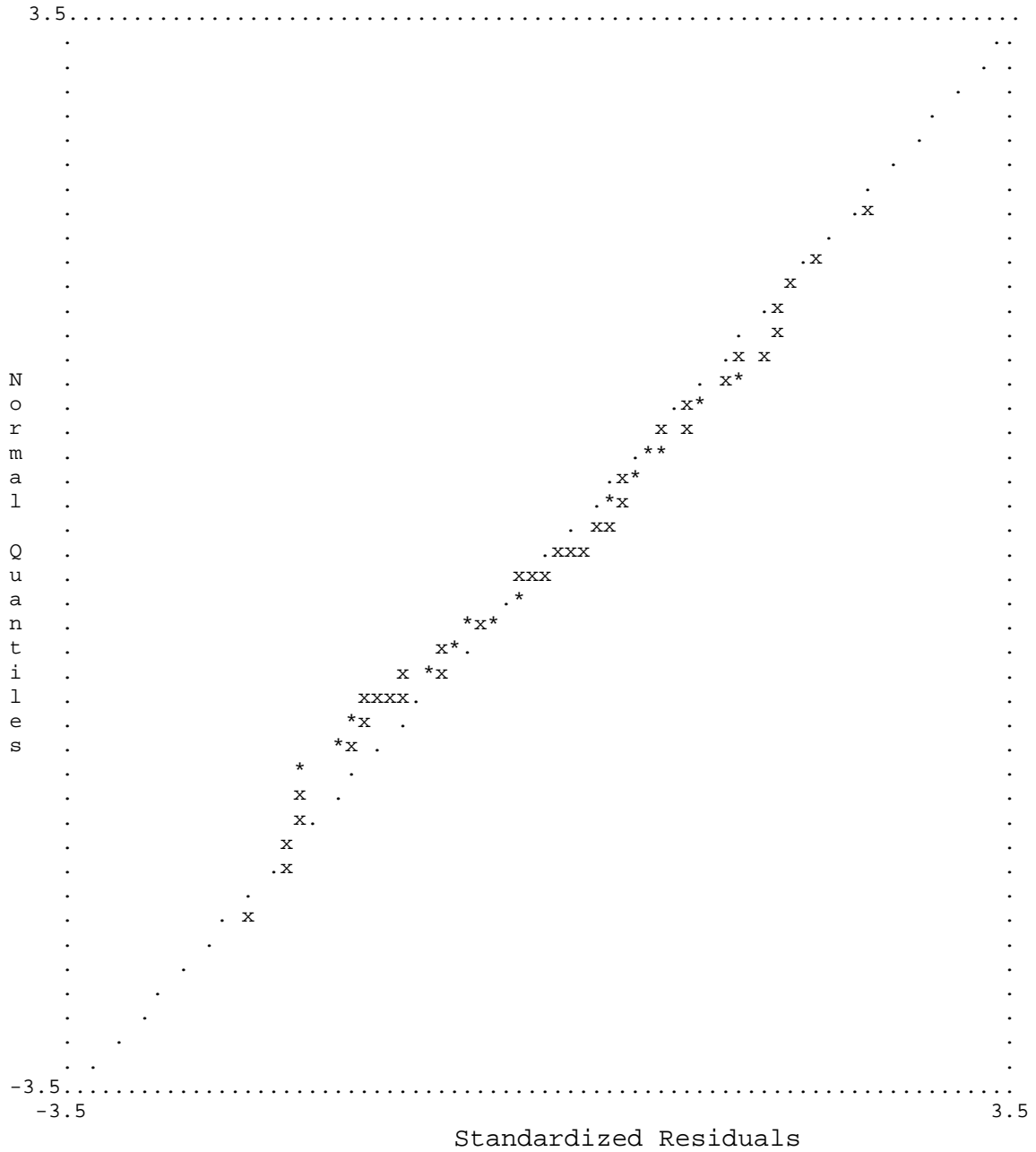
- 8 | 8
- 6 | 530972
- 4 | 87330520
- 2 | 9720096621
- 0 | 9883065554311000000000000000
  0 | 123345900237789
  2 | 033689348

```


2|1
2|5

Resilience

Qplot of Standardized Residuals



Resilience

Modification Indices and Expected Change

Modification Indices for LAMBDA-Y

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	- -	0.02	3.37
est	- -	0.04	0.28
goal	- -	0.02	0.00
rev	- -	2.13	0.68
pro	- -	0.16	0.35
end	- -	1.30	1.28
fai	- -	6.73	3.28
fasu	0.30	- -	0.30
guil	0.30	- -	0.30
reha	0.10	0.00	- -
open	1.30	0.81	- -
educ	2.11	0.54	- -
fri	0.01	0.00	- -

Expected Change for LAMBDA-Y

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	- -	0.08	-0.54
est	- -	-0.13	-0.15
goal	- -	0.09	-0.02
rev	- -	-1.16	0.25
pro	- -	-0.25	-0.17
end	- -	-0.75	0.34
fai	- -	1.71	0.54
fasu	1.49	- -	-0.29
guil	-1.25	- -	0.24
reha	0.11	-0.02	- -
open	0.39	0.31	- -
educ	-0.56	-0.28	- -
fri	0.03	-0.01	- -

Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	- -	0.08	-0.54
est	- -	-0.13	-0.15
goal	- -	0.09	-0.02
rev	- -	-1.16	0.25
pro	- -	-0.25	-0.17
end	- -	-0.75	0.34
fai	- -	1.71	0.54
fasu	1.49	- -	-0.29
guil	-1.25	- -	0.24
reha	0.11	-0.02	- -
open	0.39	0.31	- -
educ	-0.56	-0.28	- -
fri	0.03	-0.01	- -

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	- -	0.08	-0.54
est	- -	-0.13	-0.15
goal	- -	0.09	-0.02
rev	- -	-1.16	0.25
pro	- -	-0.25	-0.17
end	- -	-0.75	0.34
fai	- -	1.71	0.54
fasu	1.49	- -	-0.29
guil	-1.26	- -	0.24
reha	0.11	-0.02	- -
open	0.39	0.31	- -
educ	-0.56	-0.28	- -
fri	0.03	-0.01	- -

No Non-Zero Modification Indices for BETA

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-EPS

	uni	est	goal	rev	pro	end
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
uni	- -					
est	0.03	- -				
goal	0.39	0.23	- -			
rev	0.12	0.04	0.00	- -		
pro	2.78	0.15	0.12	0.86	- -	
end	0.27	0.00	0.02	0.04	- -	- -
fai	0.54	0.00	0.95	0.10	2.57	0.55
fasu	4.80	0.63	0.01	3.51	1.36	1.34
guil	2.18	0.95	0.11	- -	1.17	0.80
reha	0.67	1.07	1.16	0.70	5.48	4.54
open	2.59	1.07	0.01	2.72	2.06	0.25
educ	1.43	0.25	3.40	1.19	0.15	0.93
fri	4.51	0.00	0.90	0.84	0.03	0.30

Modification Indices for THETA-EPS

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
fai	- -					
fasu	1.82	- -				
guil	1.73	- -	- -			
reha	4.13	0.53	- -	- -		
open	3.39	0.31	0.53	0.00	- -	
educ	2.84	0.47	0.05	0.31	0.32	- -
fri	0.00	1.23	1.11	0.76	0.71	2.07

Modification Indices for THETA-EPS

```

          fri
    -----
fri      - -

```

Expected Change for THETA-EPS

	uni	est	goal	rev	pro	end
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
uni	- -					
est	-0.01	- -				
goal	0.03	0.02	- -			
rev	-0.02	-0.01	0.00	- -		
pro	0.08	0.02	-0.01	0.04	- -	
end	0.03	0.00	-0.01	0.01	- -	- -
fai	-0.04	0.00	-0.04	-0.02	-0.07	-0.04
fasu	0.10	0.03	0.00	-0.09	-0.05	-0.06
guil	-0.07	-0.04	0.01	- -	0.05	-0.04
reha	-0.04	-0.04	0.04	0.04	-0.10	0.10
open	0.08	0.04	0.00	-0.08	0.07	0.02
educ	-0.05	-0.02	-0.07	0.05	0.02	-0.04
fri	-0.10	0.00	0.04	0.04	-0.01	0.03

Expected Change for THETA-EPS

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
fai	- -					
fasu	0.06	- -				
guil	0.06	- -	- -			
reha	0.09	-0.04	- -	- -		
open	-0.09	0.03	-0.04	0.00	- -	
educ	0.08	0.03	0.01	0.03	-0.03	- -
fri	0.00	-0.05	0.05	-0.04	-0.04	0.07

Expected Change for THETA-EPS

```

          fri
    -----
fri      - -

```

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	uni	est	goal	rev	pro	end
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
uni	- -					
est	-0.01	- -				
goal	0.03	0.02	- -			
rev	-0.02	-0.01	0.00	- -		
pro	0.08	0.02	-0.01	0.04	- -	
end	0.03	0.00	-0.01	0.01	- -	- -
fai	-0.04	0.00	-0.04	-0.02	-0.07	-0.04
fasu	0.10	0.03	0.00	-0.09	-0.05	-0.06
guil	-0.07	-0.04	0.01	- -	0.05	-0.04
reha	-0.04	-0.04	0.04	0.04	-0.10	0.10
open	0.08	0.04	0.00	-0.08	0.07	0.02
educ	-0.05	-0.02	-0.07	0.05	0.02	-0.04
fri	-0.10	0.00	0.04	0.04	-0.01	0.03

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
fai	- -					
fasu	0.06	- -				
guil	0.06	- -	- -			
reha	0.09	-0.04	- -	- -		
open	-0.09	0.03	-0.04	0.00	- -	
educ	0.08	0.03	0.01	0.03	-0.03	- -
fri	0.00	-0.05	0.05	-0.04	-0.04	0.07

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	fri

fri	- -

Maximum Modification Index is 6.73 for Element (7, 2) of LAMBDA-Y

Resilience

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	0.57	- -	- -
est	0.71	- -	- -
goal	0.75	- -	- -
rev	0.52	- -	- -
pro	0.60	- -	- -
end	0.46	- -	- -
fai	0.52	- -	- -
fasu	- -	0.60	- -
guil	- -	0.51	- -
reha	- -	- -	0.59
open	- -	- -	0.55
educ	- -	- -	0.66
fri	- -	- -	0.61

GAMMA

	res

ind	0.98
fam	0.96
com	0.93

Correlation Matrix of ETA and KSI

	ind	fam	com	res
	-----	-----	-----	-----
ind	1.00			

fam	0.95	1.00		
com	0.91	0.89	1.00	
res	0.98	0.96	0.93	1.00

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
	0.03	0.07	0.14

Resilience

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
uni	0.57	- -	- -
est	0.71	- -	- -
goal	0.75	- -	- -
rev	0.52	- -	- -
pro	0.60	- -	- -
end	0.46	- -	- -
fai	0.52	- -	- -
fasu	- -	0.60	- -
guil	- -	0.51	- -
reha	- -	- -	0.59
open	- -	- -	0.55
educ	- -	- -	0.66
fri	- -	- -	0.61

GAMMA

	res

ind	0.98
fam	0.96
com	0.93

Correlation Matrix of ETA and KSI

	ind	fam	com	res
	-----	-----	-----	-----
ind	1.00			
fam	0.95	1.00		
com	0.91	0.89	1.00	
res	0.98	0.96	0.93	1.00

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	ind	fam	com
	-----	-----	-----
	0.03	0.07	0.14

THETA-EPS

	uni	est	goal	rev	pro	end
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
uni	0.67					
est	- -	0.50				
goal	- -	- -	0.44			
rev	- -	- -	- -	0.73		
pro	- -	- -	- -	- -	0.64	
end	- -	- -	- -	- -	0.11	0.79
fai	- -	- -	- -	- -	- -	- -
fasu	- -	- -	- -	- -	- -	- -
guil	- -	- -	- -	0.13	- -	- -
reha	- -	- -	- -	- -	- -	- -
open	- -	- -	- -	- -	- -	- -
educ	- -	- -	- -	- -	- -	- -
fri	- -	- -	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	fai	fasu	guil	reha	open	educ
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
fai	0.73					
fasu	- -	0.64				
guil	- -	- -	0.74			
reha	- -	- -	0.15	0.65		
open	- -	- -	- -	- -	0.70	
educ	- -	- -	- -	- -	- -	0.56
fri	- -	- -	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	fri

fri	0.63

Resilience

Total and Indirect Effects

Total Effects of X on ETA

	res

ind	0.98 (0.11) 8.72
fam	0.96 (0.10) 9.20
com	0.93 (0.11) 8.63

Total Effects of ETA on Y

	ind -----	fam -----	com -----
uni	0.57	- -	- -
est	0.71 (0.09) 8.26	- -	- -
goal	0.75 (0.09) 8.54	- -	- -
rev	0.52 (0.08) 6.63	- -	- -
pro	0.60 (0.08) 7.39	- -	- -
end	0.46 (0.08) 6.00	- -	- -
fai	0.52 (0.08) 6.69	- -	- -
fasu	- -	0.60	- -
guil	- -	0.51 (0.08) 6.42	- -
reha	- -	- -	0.59
open	- -	- -	0.55 (0.08) 6.85
educ	- -	- -	0.66 (0.08) 7.85
fri	- -	- -	0.61 (0.08) 7.43

Total Effects of X on Y

	res

uni	0.56 (0.06) 8.72
est	0.70 (0.06) 11.03
goal	0.74 (0.06) 11.75
rev	0.51 (0.07) 7.78
pro	0.59 (0.06) 9.16
end	0.45 (0.07) 6.83
fai	0.51 (0.07) 7.91
fasu	0.58 (0.06) 9.20
guil	0.49 (0.07) 7.47
reha	0.55 (0.06) 8.63
open	0.50 (0.06) 7.95
educ	0.61 (0.06) 9.73
fri	0.56 (0.06) 8.92

Resilience

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of X on ETA

	res
ind	0.98
fam	0.96
com	0.93

Standardized Total Effects of ETA on Y

	ind	fam	com
uni	0.57	- -	- -
est	0.71	- -	- -
goal	0.75	- -	- -
rev	0.52	- -	- -
pro	0.60	- -	- -
end	0.46	- -	- -
fai	0.52	- -	- -
fasu	- -	0.60	- -
guil	- -	0.51	- -
reha	- -	- -	0.59
open	- -	- -	0.55
educ	- -	- -	0.66
fri	- -	- -	0.61

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	ind	fam	com
uni	0.57	- -	- -
est	0.71	- -	- -
goal	0.75	- -	- -
rev	0.52	- -	- -
pro	0.60	- -	- -
end	0.46	- -	- -
fai	0.52	- -	- -
fasu	- -	0.60	- -
guil	- -	0.51	- -
reha	- -	- -	0.59
open	- -	- -	0.55
educ	- -	- -	0.66
fri	- -	- -	0.61

Standardized Total Effects of X on Y

	res
uni	0.56
est	0.70
goal	0.74
rev	0.51
pro	0.59
end	0.45
fai	0.51
fasu	0.58
guil	0.49
reha	0.55
open	0.50
educ	0.61
fri	0.56

Completely Standardized Total Effects of X on Y

	res
uni	0.56
est	0.70
goal	0.74
rev	0.51
pro	0.59
end	0.45
fai	0.51
fasu	0.58
guil	0.49
reha	0.55
open	0.50
educ	0.61
fri	0.56

Time used: 0.031 Seconds

ภาคผนวก ช

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ
บันทึกประสบการณ์ภาคสนามและจุดยืนของผู้วิจัย

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิจัยระยะที่ 1

ตัวอย่างการวิเคราะห์ประเด็นหลัก: ภาวะวิกฤติ

ข้อมูล	ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย	หัวข้อหลัก
<p>ชิน: หลังหนีออกจากบ้านมาอยู่กับแฟน ช่วงหลังเค้า เริ่มทำร้ายร่างกายหนู ตอนนั้นหนูคิดว่าสุด ๆ</p> <p>ผู้นำกลุ่ม : สุด ๆนี่คือยังไงหรอคะ</p> <p>ชิน: มันเลวร้ายกับหนูมาก นึกถึงตอนอยู่พัทยา เจ็บปวดมาก มาดูตอนนี้ คือแบบว่าทำไมเราต้องไป อยู่ ณ ตรงนั้นด้วย ทั้งๆที่อื่นก็มีเยอะแยะ แต่ที่ตอน นั้นเราก็ไม่เห็นทางอื่นจริงๆ</p> <p>ผู้นำกลุ่ม :จริงๆประเด็นของชินน่าสนใจมากเลย เนอะ เต็มพีย้อนกลับมาที่ทางชินอีกทีหนึ่ง ไม่ทราบ ว่ามีใครมีเรื่องราวที่คล้ายกับชินมีบ้างมั้ยะ ลองแชร์ หน่อยได้ไหมคะ</p> <p>แก้ว ก็คือก็.....</p> <p>ผู้นำกลุ่ม :คะแก้ว</p>	<p>วิกฤติ</p>	<p>ก่อนใช้ยา</p>	<p>ทำร้าย ร่างกาย</p>
<p>แก้ว: ก็มีนะคะ ตอนที่ออกจากคุกมาแล้วก็ต้องพา ลูกหนีเพราะว่าคนที่เลี้ยงอยู่เดิมเนะเค้าจะเอาลูกเราที่ เลี้ยงอยู่ไปเป็นลูกของตัวเอง หนูก็เลยพาลูกหนีไป ประจวบ แล้วคือเราก็ต้องขึ้นเรือไปอีกเพื่อที่จะไป ขายสินค้าพวกข้าวพวกกับข้าวบนเรือที่เค้าจอดอยู่ กลางทะเลนะ ก็พวกบางมีก็พวกฝรั่ง พวกนี้ชอบที่จะ ลวนลามมั้งคะ มันอยู่กลางทะเลนานๆ ก็อยากที่ ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับเรา เรือที่หนูไป กัปตันมัน เป็นคนกรีก แล้วแบบว่ากัปตันมันใหญ่สุดในเรือละ ใช้ปะคะ ก็คือแบบมันอยากได้หนูมาก ก็ไม่รู้ว่าไปคุย กับแม่ว่าไงไม่รู้ คือแบบว่าเค้าก็ให้หนูขึ้นไปบนห้อง กัปตัน คือแบบให้หนูชิมอาหารให้หน่อย แล้วหนูก็ โดนกัปตันอะ ช่มชี่นี่ หนูก็ลงมาก็ดำๆ สาดหมดเลย</p>	<p>วิกฤติ</p>	<p>หลังใช้ยา</p>	<p>เลี้ยงลูก ตามลำพัง</p>
<p>หนูเกือบฆ่ากัปตันอะวันนั้น (เสียงขึ้นจุก สั่นเครือ)</p>	<p>วิกฤติ</p>	<p>หลังใช้ยา</p>	<p>ละเมิดทาง เพศ</p>

ตัวอย่างการวิเคราะห์ประเด็นหลัก: พลังสุขภาพจิต

ข้อมูล	ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย	หัวข้อหลัก
<p>กิฟ: ของหนูตั้งใจจะเปลี่ยนตัวเองเพื่อลูก แล้วก็บอกตัวเองเสมอว่าพ่อแม่เค้าช่วยเลี้ยงลูกให้เรา</p> <p>ผู้นำกลุ่ม: อะ ทำเพื่อลูก</p> <p>กิฟ: คือเขาเลี้ยงผิดกับตอนที่เลี้ยงหนูมาเลย ตอนนี่กลายเป็นหัวแก้วหัวแหวนในบ้านไปเลย คือสิ่งที่พิสูจน์ที่ทำให้หนูคิดว่าถ้าเค้าไม่รักเราเค้าคงไม่เลี้ยงให้เรา นี่ก็คือสิ่งที่ทำให้หนูยืนหยัดขึ้นมาอีกครั้งนึง ที่จะทำให้หนูไม่กลับไปยุ่งกับตรงนั้นอีก จะทำตัวอย่างให้ลูก ไม่ให้ลูกมีปมด้อยเหมือนเรา</p> <p>ผู้นำกลุ่ม: เยี่ยมเลยอะ</p>	พลังสุขภาพจิต	ครอบครัว	ทำเพื่อลูก
<p>ฝน: ของหนูก็คือทำให้แม่ทำให้ครอบครัว คนรอบๆ ข้างเค้ารู้สึกดี ที่เค้าให้อภัยเรากับความผิดที่เราทำ จะตั้งใจเรียนจบเพื่อแม่</p> <p>ผู้นำกลุ่ม: ก็คือบอกตัวเองว่าทำเพื่อแม่</p> <p>แป้ว: ก็สำหรับหนูสิ่งเดียวที่มันเปลี่ยนความคิดของหนูได้ก็คือไม่ยอมให้คนอื่นมาพูดว่า ลูกก็ไม่ไ้ หลานก็ไม่ไ้เอามาเลี้ยงแล้วทำไมยังทำดีไม่ได้ จากคนในครอบครัว จากญาติพี่น้องลูกพี่ลูกน้องกัน แม่ให้โอกาสเสมอ เป็นแค่คนนอกครอบครัวที่จะดูถูกตลอดว่า มันเหี้ยมาขนาดนี้มันทำดีไม่ได้หรอก ก็เลยจะทำให้เห็นว่าคนที่มันไม่ไ้ลูกแท้ๆ (เน้นเสียง) ที่แม่ให้ทุกอย่างก็สามารถจะทำดีกัหน้ากัตาให้แม่คืนไ้ได้ กับคำที่คนอื่นเค้าดูถูกแม่</p> <p>ผู้นำกลุ่ม : พี่เอาใจช่วยแป้วหน้า</p>	พลังสุขภาพจิต	ครอบครัว	ให้อภัย
	พลังสุขภาพจิต	บุคคล	มุ่งมั่นพิสูจน์

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิจัยระยะที่ 2

ตัวอย่างการวิเคราะห์ประเด็นหลัก: มุลบทและผลลัพธ์

ข้อมูล	ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย	หัวข้อหลัก
<p>ผู้สัมภาษณ์: ถ้างั้นแทนลองทบทวนดูซิว่า เอ๊ะ ตรงไหนหน้าที่เวลาเข้ากลุ่มกับฟีกิตาร์แล้วเนี่ยมันทำให้แทนรู้สึกได้</p> <p>แทน : อะ ก็คือว่า มีการแสดงออกจากฟีกิตาร์ คือแบบเปิดโอกาสด้วยดวงตา มีจิตใจแน่วแน่ ซึ่ง แกจะพูดกับคนนี้สักพักแกก็จะหันมาบอกคนนี้น่าจะสิ่งเดียวของหนูเรื่องนี้ คือคล้ายกับทำให้เรา กล้าพูดเพราะว่าฟีกิตาร์ก็ยิ่งฟังเราอยู่ มีเพื่อน ๆ ทุกคนก็ยิ่งกล้าพูดเลยเพราะเขาใจออกมากหมด เพราะฉะนั้นเราจะอายุใครในเมื่อกลุ่มนั้นมีแค่ 8 คนหรือว่ากลุ่มนั้นจะมีแค่เพียงตรงนี้ซึ่งแต่ละกลุ่มอะไรเงี้ยก็จะมีแค่เรารู้กันเท่านั้นคือแต่ถ้าเราเก็บ ปัญหาไว้คนเดียวเราก็เหมือนคนบ้าเนาะ</p>	มุลบท	ผู้นำกลุ่ม	ยอมรับ ฟังอย่าง ตั้งใจ
<p>ผู้สัมภาษณ์ : เพราะงั้นมันอัดอยู่ในใจเนาะ</p> <p>ผู้ถูกสัมภาษณ์ : อืม...ใช่ กลุ่มฟีกิตาร์นี่บอกจริงๆว่า ถ้าเราเป็นผู้ป่วยหรือเราทำงานในด้านเดียวกันก็จะพัฒนาต่อไปนะ แทนก็คิดว่ามันดีอะอะ คือมันมีแรงโน้มจูงใจเหมือนแสงสว่างอะทำให้ผู้ป่วยอะจริงๆอะทำให้ผู้ป่วยเนี่ยก็ย้อนสะท้อนภาพชีวิต แล้วก็ความผิดพลาดที่ผ่านมาได้ ความผิดพลาดที่ผ่านมานี้ทุกคนต้องมีความผิดพลาดมาอยู่ แล้วถ้าเกิดว่าเราไม่มีความผิดพลาดเราจะรู้หรือว่าเราบกพร่องเรื่องอะไรในชีวิต</p>	มุลบท	บรรยากาศ	รักษา ความลับ
<p>ผู้สัมภาษณ์ : มันชวนให้เรากลับไปมองแล้วยอมรับได้</p>	ผลลัพธ์	บุคคล	ความหวัง
	ผลลัพธ์	บุคคล	ทบทวนชีวิต

ตัวอย่างการบันทึกภาคสนาม (Field note) ของผู้วิจัย

“วันนี้เป็นการทำไฟกัสนกลุ่มครั้งที่ 2 ที่ตึกแพรวา วันนี้เริ่มไปทำไฟกัสนกลุ่มครั้งที่ 2 กับพี่รสด้วยความรู้สึกที่ขอพี่รสมาช่วย พี่รสก็มีสีหน้าเหมือนลำบากใจเหมือนกันที่จะมาช่วยเป็นนิตเทคเกอร์ให้กับเรา เพราะว่าเค้าต้องมีธุระงานของเค้าต้องทำวันเสาร์ อาทิตย์อะ ก็ทำให้เรารู้สึกเกรงใจเหมือนกันว่าพี่รสจะรู้สึกอย่างไร ประมาณนี้ วันนี้ก็เลยบอกไปเรื่องค่าตอบแทนอาจจะไม่ได้เยอะเท่าเดิม เพราะเห็นว่าวันเสาร์พี่รสต้องมาเรียนอยู่แล้วเนอะ ก็กลัวว่าจะลำบากใจเพราะว่าต้องใช้งานพี่รสหนัก ประมาณนี้ละ อิมก็วันนี้ก็ อิม... นัดพี่รสไว้แปดโมงครั้งที่ BTS จัตุจักรละ แล้วก็วันนี้ก็มาถึงช้ากว่าปกติ ประมาณ 10-15 นาที พี่รสก็มารอ พี่รสก็ไม่ได้มีท่าทีโกรธอะไร ก็นั่งรถตุ๊กกันมานะคะ แล้วก็จอดตรงแมคโครตรงข้าม งามตาแล้วก็เดินข้ามสะพานลอยเข้าไปที่ตึกอย่างนี้ละ เออ.. ก็เข้าไปทำนะคะ ก็ผลปรากฏว่าน้องๆ เค้าก็ยกมือไหวสวัสดีเราดี อย่างนี้ละ มันก็ทำให้เรารู้สึกสบายใจอย่างนี้ละ แล้วพอดีเราเข้าไปมันก็เสร็จกลุ่มประชุมเข้าพอดี แต่ว่าเราตั้งใจว่าเราจะซื้อเค้กมาฝากน้องเนี่ย พอดีว่าช่วงเช้าแวะเข้าไปซื้อขนมที่ร้านอาหารเจ อย่างนี้ละ ว่าจะซื้อเค้กมาฝาก แต่ว่าเห็นราคามันแพงมากเลย (เสียงหัวเราะซ้ำๆ) ก็เลยกะว่าเออเนี่ย คงมาซื้อพวกเป๊ปซี่หรือขนมขบเคี้ยวเอาที่หน้างามตากันน่าจะพออย่างนี้ละ ก็เลยซื้อเข้าไปฝากน้องๆ นะคะ เข้ามาถึงก็ประมาณเก้าโมงครึ่งพอดีนะคะ ก็สามารถเริ่มทำไฟกัสนกลุ่มได้พอดีคะ วันนี้ก็มีอุปสรรคหรือมีความซุกซนอยู่บ้างนะคะ เพราะว่า หนึ่งตอนแรกก็ต้องรอน้องนะคะ เพราะน้องเค้าเป็นพี่เลี้ยงและเค้าก็ต้องไปขายพวงมาลัยอยู่บริเวณหน้าตึก ทำให้เราต้องรอน้องนะคะ ต้องมีคนไปเปลี่ยนตัวกับน้อง กว่าน้องจะมาเข้ากลุ่มได้ก็ค่อนข้างเสียเวลารอไปประมาณสิบนาทีเหมือนกัน แล้วที่นี้ซินนี่คะ เค้ามีญาติมาเยี่ยม ซึ่งเป็นพี่สาวเค้า พอดีญาติเค้าคงไม่รู้ว่ามันนี่ซินเค้าต้องเข้ากลุ่มทำไฟกัสน อิม...เพราะปกติญาติเค้าก็ไม่รู้ว่ามาวันไหนได้บ้าง คิดว่ามาวันเสาร์อาทิตย์ก็คงสะดวก พอมาก็ตรงกับกลุ่มตรงนี้พอดี ซินก็บอกว่าต้องขอไปเยี่ยมญาติก่อน เพราะนานๆญาติเค้ามาก็ ก็เลยบอกซินไปว่า ขอสิบนานาที่ไต้มัย สุดท้ายเราก็นั่งรอซินนะคะ เพราะว่าตอนแรกกลุ่มจะเริ่มสิบโมง ก็ยังไม่เริ่มไม่ได้ ต้องรอนซินจนกระทั่งสิบโมงครึ่ง ต้องมีคนไปตามพอสินเข้ามาในกลุ่มเค้าก็เหมือนไม่ได้พูดอะไร เค้าก็นั่งเงียบๆไป เราก็รู้เลย นานๆพี่สาวเค้าจะมาที่ ก็เลยไปถามความรู้สึกเค้าเหมือนกัน ซินรู้สึกอย่างไรบ้างต้องมาเข้ากลุ่มแล้วไม่ได้เจอพี่สาว ซินก็บอกไม่เป็นไร แต่เห็นสีหน้าเค้า เราก็รู้สึกได้ว่าเค้าก็เสียใจเหมือนกัน เค้าบอกว่า ก็ไม่ยากให้พี่สาวมาบ่อย เพราะพี่สาวก็ขำไม่แข็งแรง และก็สบายอย่างนี้ละ ตรงนี้ก็รู้สึกผิดเหมือนกัน ก็พยายามชวนเค้าคุย ตอนหลังๆทำไฟกัสนกลุ่ม ก็เริ่มรู้สึกว่ากลุ่มมันไปได้เหมือนกัน ซินก็เริ่มยิ้มแยม เริ่มมีการ Participation ในกลุ่มมากขึ้นอย่างนี้ละ เริ่มประมาณสิบโมงครึ่ง เสร็จประมาณเที่ยงครึ่ง คือครั้งแรกๆพยายามให้น้องๆได้พูด อธิบายภาพของตัวเองสำหรับคนที่ยังไม่ได้อธิบาย แล้วก็สำหรับในครั้งที่แล้วสำหรับคนไหนที่เรายังสงสัยว่าเค้ายังพูดภาพของเค้ายังไม่หมด เราก็จะให้เค้าพูดเพิ่มเติมเพื่อที่จะให้อธิบายภาพของเค้าเพิ่มเติมอย่างนี้ละ อิม... ละ ก็ได้ น้องแต่ละคนก็ได้พูดภาพเพิ่มเติมของเค้าสำหรับคนที่ยังไม่ได้พูด และสำหรับตัวผู้วิจัยเอง ก็ได้มีโอกาสได้ถามเพิ่มเติมในส่วนของภาพของน้องในอาทิตย์ที่แล้วที่เค้าได้อธิบายไป แล้วเรากลับมาอ่านที่หลังแล้วยังรู้สึกไม่เคลียร์ อย่างนี้ละ ก็ทำให้เราเข้าใจภาพที่น้องเค้าสื่อมากขึ้นอย่างนี้ละ ซึ่งก็จะไปประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วันนี้ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคำถามที่เรายิงคำถามเค้ามากกว่าในประเด็นต่างๆที่เราวิเคราะห์ไปในครั้งที่แล้ว มีประเด็นไหนที่มันยังขาดบ้าง และครั้งนี้ก็จะเน้นในประเด็นที่มันยังขาดอยู่ โดยทำอย่างที่เราอาจารย์ณัฐสุดา (อาจารย์ที่ปรึกษาาร่วม) แนะนำ ก็คือเน้นไปที่ ตัวของ resilience ซึ่งมันจะเป็นประโยชน์ในการที่เราจะเอาข้อมูลจากเค้ามาพัฒนาแบบวัดได้ กลุ่มวันนี้ dynamic ของกลุ่ม มันค่อนข้างชัดว่ากลุ่มเค้าเกาะกันได้มากขึ้นนะค่ะ และน้องๆ เค้าก็เรียกได้ว่าแย่งกันแสดงความคิดเห็นกันค่อนข้างชัดเจนในกลุ่มครั้งนี้ เพราะว่าบางคนยังพูดไม่จบ น้องแต่ละคนเค้าก็เหมือนแบบพยายามที่จะ... ยังไงอะ... คือไม่ได้รับทวนกลุ่ม แต่เหมือนเค้าแสดงความคิดเห็นด้วย ช่วยกัน discuss พยายามพูดคุยกันมากขึ้น ก็เลยถามว่ามันเกิดอะไรขึ้นนะ ที่เค้าพูดกันได้มากขึ้น จากครั้งที่แล้วต่างคนต่างพูด ผลปรากฏว่าจากการที่เค้าได้อยู่ด้วยกันในตึกนี้หนึ่งเดือนกว่ามันทำให้เค้าสนิทกันได้มากขึ้น หลายคนก็นอนอยู่ตึกอยู่ห้องเดียวกัน มันทำให้เค้ากล้าที่จะบอกหรือแบ่งปันถึงความรู้สึกตัวเองมากขึ้น เพราะฉะนั้นวันนี้ ตัวผู้วิจัยเองซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มต้องคอยสรุปเป็นช่วง ๆ ว่าใครได้พูดประเด็นไหนมาบ้าง ซึ่งบางครั้งเนี่ย ฟีดแบ็คที่เป็นโน้ตเทคเกอร์ คิดว่าไม่น่าจะจดทัน เพราะแต่ละคนก็พูด บางทีเค้า discussion กัน วันนี้มันค่อนข้างชัดเจนเลยละค่ะว่ามันเป็นโพกัสกลุ่ม discussion กันจริงๆ มันเกิดการ discuss ในกลุ่มค่อนข้างชัดเจน ซึ่งถ้ามองในแง่ของทางทฤษฎีของกลุ่ม ซึ่งก็คือเหมือนเค้ายอมรับกลุ่มแล้ว คือเค้ากล้าก้าวข้ามความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในกลุ่มมาแล้ว ตอนนั้นเค้าเริ่มรู้สึกว่าการที่เค้าเริ่มยอมรับกลุ่มได้ เค้าก็เลยสามารถที่จะแลกเปลี่ยนแบ่งปันหรือพูดความรู้สึกของตัวเองออกมาได้มากขึ้น ซึ่งตรงนี้ จากด้วยตัวคำถามที่เราดึงออกมาจากครั้งที่แล้วค่ะ ซึ่งอาจจะยังไม่เคลียร์เท่าไรเราก็ถามเพิ่ม นอกจากนั้นเราก็ดึงมาทั้งวิกฤตชีวิต และวิธีก้าวผ่านปัญหาของเค้า จากกลุ่มที่ทำในตึกไข่มุกด้วยว่ามันคล้ายคลึงกับเค้ามัย เพื่อที่จะได้สามารถหา theme และ category ทั้งสองตึกให้มันได้เป็น category เดียวกัน ซึ่งปรากฏว่า ผลส่วนใหญ่ก็สอดคล้องต้องกันจริงๆ ซึ่งจากครั้งที่แล้วน้องๆในตึกแพรวาไม่ได้พูดในประเด็นนี้ๆออกมา ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเราไม่ได้ถามแล้วก็ น้องเค้าก็ยังไม่ถึงด้วย ในประเด็นเหล่านี้ซึ่งเป็นประเด็นที่เราสนใจพอเราโยนข้อมูลเหล่านี้เข้าไป อย่างเช่น น้องคิดอย่างไรกับการพิสูจน์ตัวเองให้กับคนรอบข้างเห็นว่าตรงนี้เป็นตัวที่มันสามารถก้าวผ่านวิกฤตได้ ซึ่งตรงนี้นั้นมันจะชัดมากในกลุ่มของตึกไข่มุก แต่พอตึกแพรวาตรงนี้เค้าอาจพูดไม่ชัดเท่าไร พอถึงประเด็นนี้โยนลงไปในกลุ่ม น้องเค้าก็ discuss กัน พูดกันได้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น มันก็เลยทำให้เราชัดขึ้นว่าจริงๆแล้ว ตัว common theme หลักๆ ของทั้งตึกแพรวา และตึกไข่มุกจริงๆมันคล้ายกัน เนื่องจากประสบการณ์ที่เค้ามาแชร์กัน เนื่องจากเค้าเป็นผู้หญิงที่เชี่ยวชาญเรื่องเพศติด นอกจากนั้นอีกจุดหนึ่งที่เราริเริ่มมองเห็น น้องๆในตึกแพรวาวันนี้ พอเราเข้ามาทุกคนยกระดับจากสมาชิก เช่นบางคนเป็น work หรือ เป็น expeditor ซึ่งมันสูงกว่า word leader ไปอีกทีหนึ่ง ซึ่งตรงนี้นั้นมันแสดงให้เห็นว่าเค้าสามารถปรับตัวในตึกได้ดี จนกระทั่งเค้าได้รับการมอบหมายจากบรรดาเจ้าหน้าที่ในตึกให้ดำรงตำแหน่งระดับหัวหน้างานหรือว่าผู้ตรวจสอบงานหรือ expeditor ซึ่งมันยืนยันให้เห็นว่า จริงๆน้องเค้ามี resilience ดี เค้าสามารถปรับตัวเข้ากับปัจจุบันได้ดี สามารถทำงานในตึกนี้ได้ดี เค้าก็เลยได้รับมอบหมายตำแหน่งให้ดูแลสมาชิกในตึกในระดับที่สูงขึ้น ตรงนี้เหมือนเป็นการยืนยัน resilience ซึ่งน้องสามารถทำปัจจุบันตรงนี้ได้ดีมาก"

จุดยืนของผู้วิจัย (Researcher's stance)

ผู้วิจัยจบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านจิตวิทยาคลินิกและปริญญาโทด้านจิตวิทยาการปรึกษา มีประสบการณ์การทำงานทางด้านจิตวิทยาคลินิกทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา การบริการวิชาการและการฝึกอบรมทางจิตวิทยาตลอดตั้งแต่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีในปี 2548 ในส่วนของประสบการณ์การวิจัย ผู้วิจัยถูกฝึกอบรมด้านการวิจัยเชิงปริมาณ และมีกรอบแนวคิดแบบปฏิฐานนิยมในการมองความรู้ความจริงที่อยู่รอบตัว แต่เมื่อผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อระดับปริญญาเอก ผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งจากคณาจารย์จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และคณาจารย์สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำให้ผู้วิจัยเริ่มมีกรอบในการมองความรู้ความจริงที่กว้างขึ้นกว่าเดิมและมีการขยายกรอบความเชื่อใหม่ว่า การแสวงหาความรู้ความจริงไม่ควรยึดติดกับเทคนิคหรือวิธีการในการเข้าถึงความรู้ความจริงในรูปแบบใดแบบหนึ่งโดยเฉพาะ ผู้วิจัยสามารถมีอิสระและเปิดกว้างที่จะเลือกวิธีการแสวงหาความรู้ความจริงแบบใดก็ได้ที่ช่วยให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยหรือตอบคำถามการวิจัยที่ผู้วิจัยตั้งขึ้น ซึ่งกระบวนการทัศน์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปนี้คือกระบวนการทัศน์แบบปฏิฐานนิยม และนำไปสู่การที่ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีวิทยาการในแสวงหาความรู้แบบผสมวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยเห็นได้จากการวิจัยครั้งนี้ ในแง่ประสบการณ์การทำงานนั้น ในอดีตผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานเป็นนักจิตวิทยา ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยทำงานในส่วนของดูแลผู้ติดยาเสพติดหญิง ทำให้มีโอกาสได้รับรู้ถึงความทุกข์และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ามีรูปแบบเฉพาะ และประสบการณ์ความเจ็บปวดในชีวิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงก็มีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ติดยาเสพติดชายหลายด้าน ประกอบกับตัวผู้วิจัยเองก็มีความต้องการที่จะเป็นกระบอกเสียงให้กับผู้คนในการรับรู้ถึงความทุกข์ของผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มักถูกละเลย มองข้ามและถูกสรุปเหมารวมว่าประสบการณ์ของผู้ติดยาเสพติดหญิงไม่แตกต่างจากผู้ติดยาเสพติดชาย นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาและผ่านการฝึกอบรมด้านสตรีนิยมและการทำวิจัยแนวทางสตรีนิยมในหลักสูตรภาคฤดูร้อนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 3 เดือนทำให้ผู้วิจัยยังมีความเชื่อว่าเพศสภาพที่แตกต่างกันย่อมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งนำไปสู่การใคร่ครวญถึงการตั้งคำถามและจุดมุ่งหมายการวิจัยเพื่อปริญญานิพนธ์ระดับปริญญาเอกในครั้งนี้ ให้มีความครอบคลุมทั้งการศึกษาประสบการณ์ความทุกข์และด้านบวกคือพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดหญิงรวมทั้งพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหญิงที่มีความเฉพาะต่อเพศภาวะครั้งนี้ขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการศึกษานี้ น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้นักวิชาการโดยเฉพาะในประเทศไทยได้ตระหนักถึงการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านเพศภาวะไม่ว่าจะเป็นเพศชาย หญิง เพศที่สาม รวมทั้งนำไปสู่ความเข้าใจ การอยู่ร่วมกันระหว่างคนในสังคมที่มีความหลากหลายทางเพศได้อย่างมีความสุขและยอมรับความแตกต่างของกันและกันได้มากขึ้น

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นันทชัตสนันท์ สกุลพงค์
วันเดือนปีเกิด	27 กันยายน 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2543	จบระดับมัธยมศึกษาจาก จาก โรงเรียนบุญวัฒนา (สายวิทย์-คณิต) จังหวัดนครราชสีมา
พ.ศ. 2547	วิทยาศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 สาขาจิตวิทยาคลินิก จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2554	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2559	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ

ผู้สนใจแบบวัดและกระบวนการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการฉบับเต็มจากการ
ศึกษาวิจัยนี้สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่อีเมลแอดเดรส
nanchatsans@nu.ac.th หรือ guitar_59@hotmail.com