



ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติด
ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
THE EFFECTIVENESS OF FAMILY SUPPORT PROGRAM
FOR FAMILIES OF SUBSTANCE USERS :
THANYARAK UDONTHANI HOSPITAL.

นายนรากร	สารีเหล็ก
ดร.อัจฉรา	คำมะทิตย์
นางสาวกรรณิกา	นามหย่อง
ว่าที่ ร.ต.รัตนชัย	เพ็ชรสมบัติ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภาวส.)

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2559



ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติด
ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
THE EFFECTIVENESS OF FAMILY SUPPORT PROGRAM FOR FAMILIES OF
SUBSTANCE USERS : THANYARAK UDONTHANI HOSPITAL.

นายนรากร	สารีเหล็ก
ดร.อัจฉรา	คำมะทิตย์
นางสาวกรรณิกา	นามหย่อง
ว่าที่ ร.ต.รัตนชัย	เพ็ชรสมบัติ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
โดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)
โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2559



THE EFFECTIVENESS OF FAMILY SUPPORT PROGRAM FOR FAMILIES OF
SUBSTANCE USERS : THANYARAK UDONTHANI HOSPITAL.

MR. NARAKORN

MRS.ADCHARA

MS.KANNIKA

ACTING SUB.LT.RATTANACHAI

SAREELAE

KHAMMATHIT

NAMYONG

PECHSOMBUT

AN STUDY REPORT SUBMITTED IN THANYARAK UDONTHANI HOSPITAL
MEDICAL DEPARTMENT MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

2016

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากผู้ร่วมวิจัย และกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นครอบครัวที่มีผู้ติดยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ที่อนุเคราะห์ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน 1)ดร.อุทยา นาคเจริญ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาธรรมาชนครินทร์ 2)ดร.นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และ 3) นางวิไลรัตน์ ศิริฤกษ์สกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหาให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

ขอขอบคุณ นางอรุณญา แพ้จ้อย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ที่ให้คำชี้แนะ ทำให้เห็นมุมมอง ที่เกิดประโยชน์ในการทำการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธิตี อึ้งอารี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลา ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล การทำกลุ่ม ทำให้คณะผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ตรงจากการดำเนินการโครงการในการวิจัยอย่างมีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนในการดำเนินโครงการวิจัยที่มีประโยชน์ และสามารถนำมาใช้ในการทำงานด้านยาและสารเสพติดได้

ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆและน้องๆทุกท่านที่ให้กำลังใจ รวมทั้งบุคคลต่างๆที่ช่วยเหลือคณะผู้วิจัยมาโดยตลอด ที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

นรากร สารีแท้
หัวหน้าโครงการ

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นที่การสนับสนุนและช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด โดยเปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิตต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ในระยะของการดำเนินการวิจัยพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางคนถอนตัวออกจากการวิจัย คงเหลือกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี (Standard Care) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมมีการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) และแบบประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS และคำถามเชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi square และ Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 24.29$, $p < .001$) ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 23.09$, $p < .001$) ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 24.21$, $p < .001$) ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.34
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.17$, $p < .001$) ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.30

โปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) มีความเหมาะสม เพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติด ควรมีการเผยแพร่ผลงานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลงานด้านยาเสพติดในรูปแบบชุดโปรแกรม และพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับโรงพยาบาลธัญญารักษ์อื่นๆ หรือโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ABSTRACT

This quasi-experimental study investigated the effects of a family support program on family members of illicit drug users (IDUs) in terms of family members' health status, quality of life, attitude towards IDUs and family functioning. Study participants were 60 family members of IDUs receiving treatment at Thanyarak Udonthani Hospital. IDUs family members were randomly assigned to either the experimental or comparison group to form a group of 30 participants before the implementation of the family support program. During the intervention, some participants dropped out from the study, resulting 26 cases completed the treatment and 24 cases completed control condition. Participants engaged into the treatment condition received intervention, called the Modified Thai Family Support (M-TFS) whereas people in control trial were treated as usual, using standard care. Participants were assessed at 3 times; baseline, post intervention, and 1 month after intervention completion. Instruments of this study included The M-TFS, GHQ-28 questionnaires, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, and FFS. Semi-structure interview was also used. Data analyses were undertaken to obtain frequencies, percentages, means and standard deviations. Chi-square statistics and repeated measures ANOVA were performed for hypotheses testing.

Results indicated the followings.

1. The M-TFS was suitable for supporting IDUs family members.
2. Demographic characteristics were not significantly different between participants in the experimental and comparison groups.
3. Before the program implementation, no significant differences were detected in the program effect variables between the experimental and comparison groups.
4. Comparisons of family members' health status, quality of life, attitude towards IDUs, and family functioning between the experimental and comparison groups revealed the followings
 - 4.1. Mean health status scores between the two groups before and after program implementation, and at follow-up period were statistically significantly different ($F = 24.29$, $p < .001$) with the effect size of 0.29.
 - 4.2. Mean quality of life scores within the experimental and comparison groups before and after program implementation, and at follow-up period were statistically significantly different ($F = 23.09$, $p < .001$) with the effect size of 0.29.

4.3. Mean attitude towards IDUs scores within the experimental and comparison groups before and after program implementation, and at follow-up period were statistically significantly different ($F = 24.21$, $p < .001$) with the effect size of 0.34.

4.4. Mean family functioning scores within the experimental and comparison groups before and after program implementation, and at follow-up period were statistically significantly different ($F = 25.17$, $p < .001$) with the effect size of 0.30.

The M-TFS was suitable to support family members of substance users. This program should be promoted to health professional, working in drug addiction field. The training for staff in other Thanyaruk hospitals or similar context is required.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
ภาคผนวก	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
สมมุติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด	6
รูปแบบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี	10
แนวคิดระบบครอบครัวและทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด	21
ผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อครอบครัว	26
แนวคิดโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวไทยที่มีผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว (Thai Family Support)	28
แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	41
พื้นที่ในการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
วิธีดำเนินการวิจัย	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	52	
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	53	
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	54	
การวิเคราะห์ข้อมูล	58	
จริยธรรมในการวิจัย	58	
บทที่ 4 ผลการวิจัย	60	
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	64	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	65	
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองในการ เปรียบเทียบ	67	
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติ ต่อ ผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มทดลอง	68	
ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ	75	
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	83	
สรุปผลการวิจัย	85	
อภิปรายผล	87	
ข้อเสนอแนะ	90	
บรรณานุกรม	92	
ภาคผนวก	97	
ภาคผนวก ก	คู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัว ผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับผู้นำ	98
ภาคผนวก ข	คู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัว ผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับสมาชิก	121
ภาคผนวก ค	แบบสอบถามครอบครัวผู้ป่วยเสพติด	146
ภาคผนวก ง	หนังสือรับรองจริยธรรม	156
ภาคผนวก จ	ประวัติผู้วิจัย	159
ภาคผนวก ฉ	ภาพกิจกรรม	164

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แบบแผนการทดลอง	43
2	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	65
3	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	67
4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรภาวะสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)	67
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล	68
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)	69
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล	69
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)	70
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล	70
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)	71
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล	72

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติ ต่อ ผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง และระยะการก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล	73
13	เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล	74
14	สรุปประเด็นข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม M-TFS	75

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2	การประเมิน	48
3	แผนภาพแสดงการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง	62
4	สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็น ความรู้สึกร่วม	76
5	สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็น การเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม	78
6	สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นเครือข่ายความช่วยเหลือ	81

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยสภาพการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทางการเมืองและทางสังคมในปัจจุบัน ส่งผลสะท้อนให้เกิดปัญหาวิกฤติต่างๆ ตามมาอย่างมากมายจนยากที่จะแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเด็กและเยาวชน พบว่ามีจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาเนื่องมาจากการเลี้ยงดู การถูกทอดทิ้งและขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทางด้านสติปัญญา อารมณ์และจิตใจอย่างเหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการปรับตัวและการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขพร้อมกับก่อให้เกิดปัญหาหลักทางสังคมที่ถือว่าเป็นปัญหาวิกฤติที่สำคัญ มี 4 อย่าง คือ ปัญหายาเสพติด ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพกาย - จิตและจิตเวช และปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จำเป็นจะต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง (เภสัชกรหญิงอารมณี สายเชื้อ,2550) ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติ เป็นปัญหาที่ “เป็นภัยคุกคาม กัดกร่อน บ่อนทำลาย” ประเทศไทยส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อปัจเจกบุคคล และสังคมส่วนรวม และครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด ส่งผลให้เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีปัญหาเสพยาเสพติด สถานการณ์ปัจจุบันปัญหาเสพยาเสพติดยังคงเป็นภัยร้ายแรงต่อโครงสร้างสังคมไทย และประเทศชาติ ซึ่งปัญหาเหล่านี้กำลังได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วน เนื่องจากผู้เสพยาและสารเสพติดทำให้เกิดความเสียหายหลายๆ ด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต โรคแทรกซ้อน ปัญหาครอบครัว ปัญหาความรุนแรง ปัญหาเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาความมั่นคงของประเทศชาติ ผู้ที่เสพยาและสารเสพติดส่วนหนึ่งได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ดังสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ 2552-2554 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นจำนวน 117,883 119,438 และ 145,264 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นสถิติที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข,2554) ซึ่งในการเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นการรักษา และฟื้นฟูฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตามศูนย์บำบัดรักษาต่างๆ มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดในปัจจุบันมีโปรแกรมในการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม และชัดเจนในการดูแลต่างๆ เช่น ในค่ายบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด 8 คืน 9 วัน ของสถาบันธัญญารักษ์ เป็นการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด ต้องดูแลรักษาสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2553,2554,2555 และ2556 จำนวน 156,204,182 และ 120 ราย ตามลำดับ (รายงานผลการดำเนินงานการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี,2556) โดยใช้ระบบการดูแลแบบ Fast model โดยเน้นการดูแลที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในสถานบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดตามภูมิภาคต่างๆ การดูแลจะเน้นที่ตัวผู้ติดยาและสารเสพติดมากกว่าครอบครัว ทำให้บางครั้งครอบครัวไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย เมื่อกลับไปในสภาพแวดล้อมเดิมทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาและสารเสพติดเหมือนเดิม และยังไม่พบสถานบำบัดรักษายาเสพติดใดในประเทศไทยที่มีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้เสพยาและสารเสพติด ระหว่างการมารับบริการอย่างเป็นทางการเป็นรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากจะเป็นการดูแลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ให้คำปรึกษารายบุคคล การให้สุศึกษา ครอบครัวบำบัด ในรายที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้เสพยาและสารเสพติดหรือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถหยุดและเลิกเสพยาได้ แต่ยังคงขาดการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลครอบครัวผู้ติดยาเสพติดค่อนข้างน้อย ทั้งที่มีผลวิจัยยืนยันเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการมีสมาชิกในครอบครัวที่ติดยาเสพติด ผลกระทบดังกล่าวได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งและความรุนแรงในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวแย่งลง คุณภาพชีวิตไม่ดี มีปัญหาในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานน้อยลง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเชิงสังคมที่พบว่า ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมักหลีกเลี่ยงสังคมเนื่องจากอับอายและต้องการปกปิดเรื่องราวที่มีการใช้สารเสพติด และพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดหันไปพึ่งยาเสพติดและดื่มสุราเนื่องจากหาทางออกไม่ได้ ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการใช้ยาและสารเสพติดของผู้ป่วย เช่น ได้รับคำสบประมาทจากเพื่อนบ้านที่มีลูกติดยาเสพติด (อุมพร ตรีงศสมบัติ, 2540) การทำร้ายกันในครอบครัว เป็นภาระในการดูแล เกี่ยวโยงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าในการดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักอันจะส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาบกพร่อง สมาธิ และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง และหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะเกิดอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Piper, 1993) หรืออาจเกิดภาวะเสพติดร่วม (co-dependence) หากผู้ดูแลมีศักยภาพลดลง จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดลดลง ส่งผลให้ผู้ติดยาและสารเสพติดกลับไปเสพยา ทำให้คุณภาพชีวิตครอบครัว ผู้ดูแลและผู้ป่วยติดยาเสพติดต่ำลงไปด้วย

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวใช้สารเสพติด ที่รับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โปรแกรมบำบัดนี้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดสำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีค่อนข้างจำกัด ส่วนมากมุ่งเน้นที่การบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยตรง และครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมักจะถูกมองข้าม ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมีปัญหาทางสังคมเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) พัฒนาและประยุกต์มาจากโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวไทย Thai Family Support program (TFS) ที่สร้างและพัฒนาโดยอัจฉรา คำเชียงตา David Kavanagh และ Ian Shochet ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิตใน

หลักสูตร Doctor of philosophy ณ Queensland University of Technology โดยโปรแกรม TFS ถูกสร้างและพัฒนาเพื่อใช้สำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในบริบทของชุมชน และโปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย โปรแกรม TFS สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตามกรอบแนวคิดแนวคิดของโปรแกรม the 5-step method และ Community Reinforcement And Family Training program (CRAFT) โดยนำมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยซึ่งมีการออกแบบกิจกรรมในด้านของศาสนบำบัดเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย และโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี (ตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมคือ ภาวะสุขภาพ ระดับคุณภาพชีวิต ทักษะคิดของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว)

2.2 เพื่อลดปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของครอบครัวผู้ติดสารเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.3 เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ติดสารเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.4 เพื่อเพิ่มทัศนคติที่ดีของครอบครัวผู้ติดสารเสพติดที่มีต่อผู้ติดสารเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.5 เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. สมมุติฐานการวิจัย

3.1 ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

3.3 ครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดในกลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

3.4 ครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดในกลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษาแบบ pre - post test design with controlled trial ในกลุ่มครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดที่มาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จำนวน 60 คน โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 เมษายน 2558 – 30 กันยายน 2559

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 โปรแกรมครอบครัวบำบัด คือ โปรแกรมครอบครัวบำบัดที่พัฒนาโดยอัจฉรา คำเชียงตา (2555) และทีมผู้วิจัยจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

5.2 ครอบครัวผู้ติดสารเสพติด คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ที่เข้าร่วมวิจัยกำหนดให้ครอบครัวละ 1 คน ที่มีความใกล้ชิดและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี มีโปรแกรมครอบครัวบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด

6.2 โรงพยาบาลธัญญารักษ์ทุกภูมิภาค และโรงพยาบาลที่ใช้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด มีโปรแกรมสำหรับดูแลครอบครัวบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด

6.3 นำผลงานวิจัยไปเผยแพร่ในบทความวิชาการต่างๆ เช่น วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

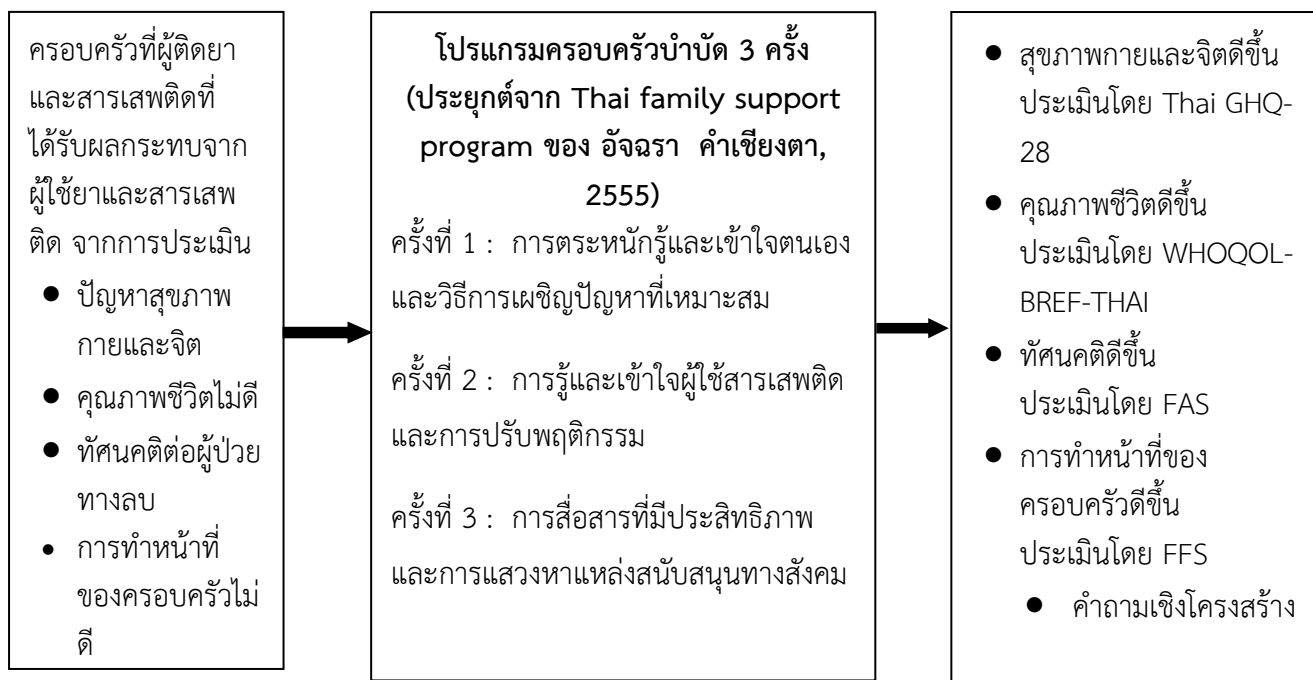
6.4 นำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด

6.5 ครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดได้รับการบำบัดและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตโดยทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมในกระบวนการวิจัย

6.6 ครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดมีความเข้าใจในตัวผู้ติดยาและสารเสพติดมากขึ้น ทำให้ลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และส่งผลให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในชุมชนดีขึ้น

6.7 ครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และลดปัญหาการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Frame work)



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตและการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด
2. รูปแบบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
3. แนวคิดระบบครอบครัวและทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด
4. ผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อครอบครัว
5. แนวคิดโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวไทยที่มีผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว (Thai Family Support)
6. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด

1.1 ความหมายของยาเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วเกิดความต้องการทางร่างกายและจิตใจโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจ

ซึ่งจะสังเกตลักษณะที่สำคัญได้ 4 ประการคือ

1. มีพลังความต้องการยาสูงขึ้น เพื่อจะได้เสพยาต่อไปไม่ว่าจะได้ด้วยวิธีใด
2. มีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณยามากขึ้น
3. ภาวะทางจิตและร่างกายโดยทั่วไปดำรงอยู่ได้โดยอาศัยยา
4. ทำความเสียหายให้แก่ตนเองและสังคม

องค์การสหประชาชาติ ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง สารใด ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ที่มีผลต่อจิตใจและระบบประสาท

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า ยาเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรังทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2528 มาตรา 4 ให้ความหมาย ยาเสพติดให้โทษหมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วนั้นทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลาและสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง

จากที่มีผู้ให้ความหมายของยาเสพติดให้โทษไว้ตามที่กล่าวมาแล้วนั้น พอสรุปได้ว่า ยาเสพติดหมายถึง สารหรือสิ่งใดก็ตามที่เมื่อรับเข้าสู่ร่างกายแล้วไม่ว่าจะ จากการกิน ฉีด สูบ ดม หรือวิธีใดก็ตาม จะทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ ผลนั้นจะทำให้ผู้ใช้ยาต้องเพิ่มปริมาณยาขึ้นเรื่อยๆ เมื่อได้ได้เสพยาจะมีความต้องการอยากยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ละเมื่อยใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

1.2 ประเภทของสารเสพติด

สารหรือยาบางชนิดแม้ว่าร่างกายจะได้รับบ่อยๆ หรือติดต่อกันเป็นเวลานานๆ แต่ก็ไม่เกิดการเสพติด ซึ่งต่างจากสารหรือยาที่มีคุณสมบัติเสพติดได้ เพราะยาเสพติดทั้งหลายเป็นพวกที่เมื่อนำเข้าไปในร่างกายแล้วจะทำให้มีความรู้สึกสบาย เคลิบเคลิ้ม เป็นสุข รู้สึกดี เป็นผลให้ผู้ใช้ติดใจและอยากใช้อีก ดังนั้น สารหรือยาทั้งหลายที่เป็นยาเสพติดจึงเป็นพวกสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งสามารถแบ่งประเภทของสารเสพติดได้ดังนี้

1.2.1 แบ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ. 2522 ปัจจุบันยาเสพติดมีมากมายหลายร้อยชนิดซึ่งในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษพ.ศ. 2522 โดยประกาศของกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษไว้ 151 ชนิดและแบ่งเป็น 5 ประเภทดังนี้

1.2.1.1 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ทั้งสิ้น 15 ชนิด เป็นต้น ตัวที่สำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เมทิลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีนหรือ MDMA (ยาอี) และเมทาสีนไดออกซีแอมเฟตามีน หรือ MDA (ยาเลิฟ) เนื่องจากมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบัน ซึ่งมีบทลงโทษสูงสุดกับผู้เสพ ผู้จำหน่าย ครอบครอง นำเข้าส่งออกยาเสพติดประเภทนี้ไม่ได้ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

1.2.1.2 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 เช่น ผีนมอ์พินโคเคนและไบโคคา ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้สามารถใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยจะใช้ได้เฉพาะบางกรณีที่มีความจำเป็นเท่านั้น

1.2.1.3 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 3 เป็นยาสำเร็จรูปที่ผลิตขึ้นตามทะเบียนตำรับยาและมียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ผสมอยู่และได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีจำหน่ายตามร้านขายยา ได้แก่ยาแก้ท้องเสีย (ยาแก้ไอที่มีตัวยาโคดีอินผสมอยู่) ยาฉีตระงับปวดต่างๆ เช่น มอ์พินเพทิดีนซึ่งสกัดมาจากฝิ่น

1.2.1.4 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 4 คือ สารเคมีที่นำมาใช้ในการผลิตยาเสพติด

ติดให้โทษประเภท 1 และ 2 เช่น น้ำยาเคมีอะเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อะเซทิลคลอไรด์ (Acetyl Chloride) ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟินเป็นเฮโรอีน สารเออร์โกเมทรินหรือคลอซูโดอีเฟดรีน ซึ่งสามารถผลิตยาบ้าได้ ยาเสพติดให้โทษประเภทนี้ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคต่างๆ แต่อย่างใด

1.2.1.5 ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชาซึ่งให้สาร Tetra Hydro Cannabinol (THC) ทุกส่วนของพืชกระท่อมซึ่งให้สาร Alkaloid ของ Mitragynine

1.2.2 แบ่งตามกฎหมายได้แบ่งยาเสพติดเป็น 2 ประเภทคือ

1.2.2.1 ประเภทถูกกฎหมาย เช่น ยาแก้ไอ น้ำดำ บุหรี่ สุรา กาแฟ ฯลฯ

1.2.2.2 ประเภทผิดกฎหมาย ได้แก่ ยาเสพติดให้โทษ เช่น มอร์ฟิน ฝิ่น เฮโรอีน พืชกระท่อม กัญชา วัตถุออกฤทธิ์ เช่น เซโคบาร์บิทัล เพมอสีนอีเฟดรีน สารระเหย เช่น ทินเนอร์ กาว แล็กเกอร์

1.2.3 แบ่งตามฤทธิ์ของยาที่มีต่อระบบประสาท แบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

1.2.3.1 ยากดประสาท (Depressant) ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน บาร์บิทูเรต โคเคน ฯลฯ เป็นยาที่ทำให้ประสาทมึนชา ขาดสมาธิ เฉื่อยชา อารมณ์ ไม่เคร่งเครียด คลายความกังวลช่วยให้ ความทุกข์กลับเป็นสุข ระวังปวด ง่วงซึมร่างกายตื่นตัว และในระหว่างเสพหรือตอนยาออกฤทธิ์ทำให้อารมณ์สบาย แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาแล้วเกิดความรู้สึกอยากเสพ ทำให้อารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงจนไม่อาจควบคุมสติความรับผิดชอบได้ ตลอดจนอารมณ์สบายที่เกิดขึ้นระหว่างการเสพ เป็นเหตุสำคัญของการเสพติดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์หากเสพถึงขนาดอาการกลัวคลื่นเหียนอาเจียน

1.2.3.2 ยากระตุ้นประสาท (Stimulate) ได้แก่ กัญชา กระท่อม แอมเฟตามีน คาเฟอีน เป็นยาที่ทำให้ประสาทตื่นตัว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ทำให้กระฉับกระเฉงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดวงตาแดงกำ ปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน เพ้อฝัน ความรู้สึกเปลี่ยน ความคิดเสื่อม ถอยควบคุมสติไม่ได้ การรับรู้ต่างๆ จากเดิม ผิดไป เป็นยาที่ติดง่ายแต่เลิกยาก นิสิตนักศึกษา นักเรียนชอบใช้ตอนอ่านหนังสือดูหนังสือส่วนคนขับรถบรรทุกชอบใช้เวลาขับรถกลางคืนเพราะทำให้ไม่ง่วง แต่เมื่อยาหมดฤทธิ์จะทำให้เกิดอาการหลับในซึ่งจะเห็นจากภาพข่าวอุบัติเหตุที่ปรากฏอยู่ให้เห็น

1.3 สาเหตุของการติดยาเสพติด

สาเหตุของการติดยาเสพติด มาจาก 3 ปัจจัย ดังนี้ (กรมการแพทย์, 2556)

1. ตัวยาเสพติด คือ การออกฤทธิ์ของตัวยาที่ทำให้เกิดการเสพติด ได้แก่ ตัวยาออกฤทธิ์แรง เร็ว สั้น การเกิดการติดยาเร็ว เกิดอาการอยากยาที่รุนแรง เสพแล้วมีอาการข้างเคียงน้อย ทำให้กล้าเสพ ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนที่ชัดเจนหรือทันที ทำให้กล้าเสพได้น้อย ๆ

2. ตัวผู้เสพ ที่มีบุคลิกลักษณะหรือความผิดปกติบางอย่างทางกายและทางใจ ได้แก่

2.1 สาเหตุทางร่างกาย ได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีแนวโน้มในการใช้ยาเสพติด เช่น โรคซึมเศร้า บุคลิกภาพแบบพึ่งพา ความจำด้านสติปัญญา เช่น ปัญญาอ่อน ความพิการทางร่างกาย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องใช้ยาเสพติดระงับปวด

2.2 สาเหตุทางจิตใจ ได้แก่ โรคทางจิตประสาท เช่น โรคซึมเศร้า โรคประสาท การเลี้ยงดูไม่ถูกต้อง การทำร้ายจิตใจในวัยเด็ก ปัญหาการมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมหรือพึ่งพา

3. สิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดความผูกพันในครอบครัว ขาดความรัก ความอบอุ่นในวัยเด็ก สภาพแวดล้อมทางสังคมใกล้ชิดกับยาเสพติด มีการใช้ยาเสพติด ในครอบครัว การคบเพื่อนที่เสพยา ความเครียดจากการถูกกดดันจากสังคมที่แข่งขัน

1.4 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย

แบ่งเป็น 3 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งระบบแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ

2. ระบบต้องโทษ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม

3. ระบบบังคับ หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

2.รูปแบบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดทุกชนิด ทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โดยให้บริการครบทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1.ขั้นเตรียมการ
- 2.ขั้นถอนพิษยา
- 3.ขั้นฟื้นฟู
- 4.ขั้นติดตามผล

2.1 ขั้นเตรียมการก่อนการบำบัดรักษา

เป็นระยะแรกของการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว เตรียมใจ จัดการกับภารกิจต่างๆ ของตัวเองให้เรียบร้อย เพื่อจะได้เข้ารับการบำบัดรักษาให้ครบตามระยะเวลาโดยไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำ จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ รวมทั้งการเตรียมพร้อมของครอบครัวของผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การตรวจสอบหลักฐาน การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกายละเอียด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปฐมพยาบาลวิธีการรักษา แนะนำขั้นตอนการบำบัดรักษา

2.2 ขั้นบำบัดด้วยยา

เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการยามีอาการทรมาณอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดยาไม่ให้มีอาการทรมาณมากเกินไป สามารถดหรือหยุดยาที่เสพเป็นประจำได้ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด และสามารถผ่านอาการอยากยาได้โดยไม่มีโรคแทรกซ้อน ในระหว่างนี้จะมีการฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมกัน ร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วยประเมินถึงความรุนแรงของการขาดยา และปัญหาที่สัมพันธ์กัน การป้องกันให้เกิดแรงจูงใจและการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษา การรักษาในรูปแบบนี้แบ่งการรักษาเป็น 2 รูปแบบคือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพจิตใจและเสริมสร้างให้สุขภาพแข็งแรงโดยต้องแก้ไขปรับปรุงทั้งนิสัย ความประพฤติ และจิตใจที่เคยถูกครอบงำด้วยฤทธิ์ของยาเสพติดให้ดีขึ้นเดิม แก้ไขสิ่งแวดล้อมและแนวทางการปรับปรุงตนเองที่ดี ขั้นตอนนี้ ต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายฝ่ายและทำงานร่วมกันเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ใช้ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพใช้ในรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยมีแนวคิดคือ เน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่นำมาให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดเป็น

ผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตนดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน

2.4 การติดตามผลหลังการรักษา

เป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ และปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่หันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 ปี ซึ่งวิธีการติดตามสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมถึงบ้านเป็นรายบุคคล มีโอกาสพบผู้ป่วย ครอบครัว และญาติพร้อมกัน สามารถให้การปรึกษาทางจิตใจ ส่งเสริมกำลังใจช่วยแนะนำ ขจัดปัญหาต่างๆ การติดตามโดยทางอ้อมได้แก่ การติดตามผ่านบุคคลอื่น ใช้ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเดินทางไปพบหรือนัดได้ จะมีการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน ผู้บังคับบัญชา หรือญาติพี่น้อง ผู้ป่วยยาเสพติดจะติดสถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิค หรือวิธีการอาจจะเป็นจากอดีต ที่นำมาใช้แล้วประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา และหาวิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา

การบำบัดรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบ Bio-Psycho-Social Treatment ซึ่งพัฒนามาจากการผสมผสานระหว่าง “The Matrix Intensive Outpatient Program” ของมหาวิทยาลัย UCLA ของประเทศสหรัฐอเมริกา กับ Psychosocial Program (PT. Program) ของนายแพทย์ประทีป ลิขิตเลอสรวง จิตแพทย์ รพ.วิชัยยุทธ กรุงเทพมหานคร คลินิกกรีซใจ (Bio-Psycho-Social Treatment) คือ การบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทั้ง 3 ประการ คือ

- 1) Biological treatment
- 2) Psychological treatment
- 3) Social treatment ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรม (Behavior therapy) และการบำบัดครอบครัว (Family therapy)

โดยอาศัยพลัง 3 ประสาน คือ ผู้บำบัด ผู้ป่วย และครอบครัว(ผู้ดูแล) ขั้นตอนกระบวนการดำเนินการเป็นลักษณะ Group learning เน้นการให้องค์ความรู้ต่างๆ (Cognitive domain) เกี่ยวกับการเลิกยาเสพติดผ่านทางกิจกรรมบำบัด (Activities therapy) แบบรายบุคคล (Individual) และแบบรายกลุ่ม (Group) การเรียนรู้และฝึกทักษะในการควบคุมตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะยาวป้องกันการกลับไปเสพยา ใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ การเสริมแรงบวก การดูแลประคับประคองให้เลิกยาเสพติด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการให้กำลังใจ ผู้เสพ/ผู้ติดยา

เสพติดในระหว่างการบำบัดรักษา มีการตรวจปัสสาวะเป็นระยะๆ (ในการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ใช้หลักการ Immunoassay) เทคนิคและวิธีการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มต้น (2 เดือนแรก)

1.1. ระยะขาดยา (เดือนแรก) หลังจากหยุดใช้ยาเสพติด 1-10 วันแรก ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบาย เช่น เพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ และที่สำคัญผู้ป่วยจะมีอาการอยากยา (Craving) ซึ่งจะมีความรุนแรงมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประเภทของยาเสพติดที่ใช้ รวมทั้ง ปริมาณ ความถี่และระยะเวลาของการใช้ อาการขาดยาที่รุนแรงเป็นปัญหาทางจิตเวช เนื่องจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองทำให้ไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติ กระบวนการการบำบัดรักษาต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด โดยการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย ดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย กิจกรรมการบำบัดทำได้เพียงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตัว เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ

1.2. ระยะฟื้นตัว (เดือนที่ 2) ผู้บำบัดจะเริ่มโดยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวศึกษา (Individual counseling & Family education) เพื่อสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือในการบำบัดรักษา เรียนรู้กระบวนการเสพติดยา ขั้นตอนการบำบัดรักษา เส้นทางฟื้นสภาพสุขภาพสู่ปกติ และบทบาทของครอบครัว ตลอดจนภาพรวมของการบำบัดและกิจกรรมบำบัดในแต่ละสัปดาห์ ครอบครัวจะได้เรียนรู้แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาวិกลตเฉพาะหน้า ดำเนินกิจกรรมครอบครัวบำบัด (Family therapy) โดยการมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืนดำเนินกิจกรรมบำบัดตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น กิจกรรมนันทนาการ เพื่อลดความเครียด กลุ่มบำบัด เพื่อเป็นการรักษาทางด้านจิตใจ กิจกรรมพัฒนาคุณค่าชีวิตเพื่อเสริมความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมถึงกิจกรรมทางเลือกต่างๆ เช่น โยคะบำบัด พุทธธรรมบำบัด ทักษะบำบัด

2. ระยะกลาง (เดือนที่ 3)

ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะพื้นฐานในการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skill) การให้คำแนะนำ ให้ความรู้และเทคนิคการเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงการหยุดเสพยา โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวกระตุ้น → ความคิด → ความอยากยา → การเสพยา การเรียนรู้ตัวกระตุ้นภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม และตัวกระตุ้นภายในหรือสภาวะจิตใจและอารมณ์ต่างๆ สำหรับครอบครัว จะเริ่มมีกำลังใจขึ้นคอยสอดส่องและให้การสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการหยุดยา แต่ไม่เข้าข้างหรือปกป้อง ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีเหตุผลต่อกัน และเห็นคุณค่าของสมาชิกทุกคนในครอบครัว

3. ระยะเวลา (เดือนที่ 4)

เป็นระยะป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention) เป็นหัวใจหลักของการบำบัดรักษา การเรียนรู้จักวิธีจัดการกับตัวกระตุ้นในด้านแรก และวิธีการหยุดความคิดในด้านสุดท้าย เพื่อไม่ให้เกิดความอยากยาและเสพยาในที่สุด มีการวางแผนโครงสร้างการดำเนินชีวิตโดยจัดตารางกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การหยุดเสพยาให้ได้วันต่อวัน การลดอารมณ์ความรู้สึกต่อต้านการดำเนินชีวิตเดิมๆ ในช่วงที่เสพยา แสวงหาสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เลิกยาต่อไปได้ อาจเป็นกลุ่มเพื่อนที่ให้การช่วยเหลือหรือบุคคล ที่ติดต่อได้ในภาวะวิกฤติ สำหรับครอบครัวควรปรับเปลี่ยนทัศนคติ ปรับตัว ปรับใจ ให้การยอมรับในตัวผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการสำรวจปฏิสัมพันธ์และความอดทนของผู้ป่วยกับกระบวนการเลิกยา ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหภายในครอบครัวและเป็นระยะพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงโดยยึดหลักการเรียนรู้

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อน → พฤติกรรม → ผลที่ตามมา การประคับประคอง/เยียวยา การสร้างคุณค่าในตนเอง การสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การนำเสนอทางเลือก การให้โอกาสเชิงความคิดและการกระทำ การส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมเชิงบวก การพัฒนา/ขยายพื้นที่บวก

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การบำบัดด้วยยา

เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยชั้นถอนพิษยา เน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ร่วมกับการดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถผ่านระยะดังกล่าวได้อย่างปลอดภัย ลดอาการทุกทรมานจากการขาดยา โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการบริการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและคุณภาพ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุการณ์ที่ป้องกันได้ระหว่างการบำบัดรักษา
3. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพครบทุกขั้นตอน
4. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาสามารถหยุดการใช้ยาและสารเสพติดได้โดยไม่กลับไป

ติดซ้ำ โดยมีกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.ระยะถอนพิษยา เน้นกิจกรรมที่เสริมกับผู้ป่วย ได้แก่

- โรคร่อมองตติยา (Motivational interviewing 1)
- โทษพิษภัยยาเสพติด (Motivational interviewing 2)
- เส้นทางการติดยา (Motivational interviewing 3)
- DSM-IV ประเมินการติดยา (Motivational interviewing 4)
- Individual counseling
- Family counseling

2.ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ผลกระทบของยาเสพติด (Motivational Enhancement Therapy 1)
- วัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง (Motivational Enhancement Therapy 2)
- การสร้างแรงจูงใจด้วยตนเอง (Motivational Enhancement Therapy 3)
- หยุดวงจรการใช้ยา (Early recovery skill 1)
- ระบุตัวกระตุ้นภายนอก (Early recovery skill 2)
- ระบุตัวกระตุ้นภายใน (Early recovery skill 3)
- การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะเลิกยา (Early recovery skill 4)
- ปัญหาต่างๆ ในการเลิกยาระยะแรก (Early recovery skill 5)
- ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Early recovery skill 6)
- Music Therapy
- Senior member
- อาชีวนำบัด
- Art feeling
- Individual counseling
- Family counseling

การบำบัดขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ได้นำแนวคิดการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา โดยได้มีการประยุกต์และปรับปรุงเนื้อหาบางส่วนเพื่อให้สอดคล้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหา ยาเสพติดและสภาพ แต่ยังคงประเด็นสำคัญของกระบวนการบำบัดไว้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family) กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity) กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self help) กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคมและมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อตัวเรา ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลและส่งเสริมพัฒนาศักยภาพต่างๆ ของคนเรา รวมทั้งช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ด้วย ครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะป้องกัน หรือผลักดันสมาชิกให้เข้าสู่วงจรรยาเสพติด ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมาย ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัว เพราะการที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้ พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วย โดยจะต้องเปลี่ยนความคิดของครอบครัวให้เข้าใจเสียใหม่ว่าปัญหาเสพติดเป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ทุกคนในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

2. เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะเป็นเสมือนเกราะป้องกันภัยอันตรายต่าง ๆ ที่จะเข้ามาสู่ครอบครัว

3. เพื่อให้ครอบครัวจำเป็นต้องทราบขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู ระเบียบปฏิบัติที่สถานบำบัดกำหนดให้ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ทำให้ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ประกอบด้วย

การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family education)

เป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับครอบครัว เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการบำบัดรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปสู่ชุมชน โดยเนื้อหาประกอบด้วย

- บทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทตามหน้าที่ ความผูกพันตามอารมณ์ การตอบสนองอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม

- ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงกระบวนการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา

- สมองติดยา เส้นทางสู่การเลิกยา เพื่อให้เรียนรู้เกี่ยวกับ โรค และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ให้สามารถเข้าใจกระบวนการติดยาเสพติดที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัว และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

- การดูแลที่บ้าน เน้นการช่วยเหลือ ประคับประคองให้สามารถหยุดยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง

การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว(FamilyCounseling)

การให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ติดยาเสพติดขณะรับการบำบัดรักษาจะเริ่มตั้งแต่การเตรียมครอบครัว ดูแลผู้ป่วยขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปเยี่ยมบ้านเมื่อกลับไปอยู่บ้านรวมทั้งการให้คำปรึกษาในเรื่องของ การเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาในครอบครัว เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางแล้วว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นส่วนที่มีความสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานแรกของการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อมีผู้ติดยาเสพติดในครอบครัว สมาชิกใน

ครอบครัวมักจะมีความรู้สึกและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น สภาพครอบครัว อาจมีส่วนส่งเสริมให้กลับไปติดยาเสพติดซ้ำอีก ดังนั้น การให้คำปรึกษาครอบครัว จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวให้สามารถดูแลและอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้ครอบครัวเข้าใจแนวทางการ ช่วยเหลือและมีทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน จะช่วยให้ครอบครัวมีแรงจูงใจ ช่วยส่งเสริมการบำบัดให้ประสบความสำเร็จ การให้คำปรึกษามีทั้งรายครอบครัว และรายกลุ่มครอบครัว

ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

ครอบครัวทุกครอบครัวต่างมีปัญหาภายในครอบครัวแต่ครอบครัวบางครอบครัวสามารถผ่านวิกฤติการณ์ในการเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไข้ปัญหาได้โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ติดยาและสารเสพติด ดังนั้นในขณะที่ผู้ติดยา เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในการวิเคราะห์ปัญหาและนำมาช่วยเหลือและแก้ไข้ให้ปัญหาผ่านพ้นไปได้ บางครอบครัวเพียงแค่ให้ความรู้ ในการทำหน้าที่ของครอบครัวก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่บางครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการปรึกษาและแก้ไข้เป็นพิเศษเป็นรายครอบครัว

วัตถุประสงค์การดำเนินการครอบครัวบำบัด

1. เพื่อให้ครอบครัวมีโอกาสได้ทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัว
2. เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อหยุดการใช้สารเสพติดสิ่งสำคัญที่จะทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ คือ ต้องมีการตกลงกันกับครอบครัวตั้งแต่แรกว่า จะจัดการกับการใช้สารเสพติดอย่างไร จะต้องมีการละเอียดว่า ในแต่ละระยะของการบำบัด ครอบครัวจะปฏิบัติอย่างไร

หลักการดำเนินครอบครัวบำบัด

1. สร้างพลังครอบครัวให้มีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือผู้ป่วย
2. ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความเชื่อ พร้อมจัดระบบความคิด ความเชื่อใหม่ สร้างความหวัง ลดความรู้สึกผิด พร้อมช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สร้างทักษะที่สำคัญและมีการฝึก เช่น ทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความขัดแย้ง ฯลฯ

กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity)

หมายถึง กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสามารถเลือกและแสดงถึงความต้องการในการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการแสดงออกถึงศักยภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถความสนใจเฉพาะตนได้อย่างเต็มความสามารถ
2. ส่งเสริมให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
3. สนับสนุนให้ผู้รับบริการได้แสดงออกถึงควมมีคุณค่าของตนเอง
4. ส่งเสริมให้สามารถนำไปประกอบอาชีพในสังคมภายนอก

กิจกรรมประกอบด้วย

1. ชมรมที่ฉันสนใจ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้รับบริการตามภูมิปัญญาชาวบ้าน เหมาะสมกับวัฒนธรรมในพื้นที่ ลงทุนน้อย สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยนำเอากลุ่มหรือชมรมในชุมชนมามีส่วนร่วมด้วย ได้แก่ ชมรมกีฬา ชมรมดนตรีสากล ชมรมธรรมะ
2. ฝึกอาชีพ ได้แก่ เลี้ยงไส้เดือน ตัดผมชาย เลี้ยงไก่ไข่ ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงกบ เลี้ยงปลา ดูก เพาะเห็ด เพาะพันธุ์ไม้
3. กิจกรรมงานสร้างสรรค์ ภาพวาดฝาผนัง บ่อน้ำพุ

กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง(Self-help)

กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง คือ กระบวนการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อปรับพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก การปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาด้วยตนเองจนผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคม อย่างปกติสุขปลอดภัย และป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

วัตถุประสงค์การนำกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและมีวิธีการช่วยเหลือตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่พึ่งพายาเสพติด

กิจกรรมประกอบด้วย

1. กลุ่มสมาชิกใหม่
 - แบบแผนการดำเนินชีวิตในสถานฟื้นฟูฯ
 - ค้นหาความหมายปรัชญา อุดมการณ์
 - ระเบียบปฏิบัติ กฎ กติกาการอยู่ร่วมกัน
 - บทบาทหน้าที่สมาชิก ทีมงานต่างๆ
 - มารยาทไทย
 - ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ
2. กลุ่มสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด ประกอบด้วย
 - ผลกระทบของยาเสพติด
 - ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- สร้างแรงจูงใจด้วยตนเอง
- รวมพลังสร้างแรงจูงใจ
- 3. กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม
 - เส้นทางสู่การเลิกยา
 - การวางเป้าหมายในชีวิต
 - ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม
 - การเผชิญปัญหาและความเครียด
 - ความรู้สึกผิดและความละอายใจ
 - สิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ
- 4. กลุ่มป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ
 - การเลิกสุราและยาเสพติดทุกชนิด
 - การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยาซ้ำ
 - ความรับผิดชอบเรื่องชีวิต/การเงิน
 - การฟื้นฟูสัมพันธภาพและความสุข
- 5. กิจกรรมบันทึกสมุดทางสายใหม่

กระบวนการชุมชนบำบัด(Therapeutic Community)

เป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่ช่วยให้ช่วยตนเองโดยปราศจากยาเสพติด ซึ่งบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ กลุ่มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พลังกลุ่ม(Peer Pressure) แต่ละคนต้องมีความรับผิดชอบและมีบทบาท มีโครงสร้างที่เหมาะสมและมีการฝึกทำหรือฝืนทำ การมีตัวแบบที่ดี(Role Model) การเรียนรู้จากประสบการณ์(Learning Experience) การเปิดเผยตนเอง ความเชื่อภายในชุมชน(Belief System) การใช้กฎกติการ่วมกัน(Use of Shared Norms and Values) การสร้างสัมพันธภาพ(Use of Relationships)

1. กลุ่มบำบัด(Group Therapy)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| - กลุ่มสัมภาษณ์สมาชิกใหม่ | - กลุ่มประเมินงานบำบัด |
| - กลุ่มประชุมเช้า | - กลุ่มนัดนาการ |
| - กลุ่มสุขศึกษา | - กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ |
| - กลุ่มสัมมนา | - กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |
| - กลุ่มปรับความเข้าใจ | - กลุ่มอำลา |
| - กลุ่มจิตบำบัด | |

2. งานบำบัด(Work Therapy)

- ทีมงานครัว
- ทีมงานประชาสัมพันธ์

- ทีมงานปรับแต่งภูมิทัศน์
- ทีมงานเกษตรเพาะปลูก
- ทีมงานเกษตรเลี้ยงสัตว์

3. กิจกรรมช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Re-shape behavior)

3.1 เครื่องมือ/โปรแกรมบ้าน (Tools of the house)

- Talking to
- Pull up
- Hair cut
- House meeting
- Prospective chair
- Learning experience
- Shot down
- Ban/Bench

3.2 เครื่องมือให้แรงเสริม (Rein forcers)

- ชมเชย (Push-Up) ได้แก่ ชมด้วยวาจา หรือเขียน
- ประกาศชมเชย ได้แก่ การขึ้นทำหน้าที่ การเลื่อนระดับ สมาชิกดีเด่น ประจำเดือน
- การให้สิทธิพิเศษ ได้แก่ ลดวันนอน ใส่เครื่องประดับ เพิ่มการรับ-โทรศัพท์

4. มีโครงสร้าง สายบังคับบัญชา บทบาทหน้าที่ ความเชื่อ กฎกติกาที่ชัดเจน

4.1 ความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว ประกอบด้วย

- ปรัชญาชุมชนบ่าบัต
- อุดมการณ์ของสมาชิก

4.2 โครงสร้าง สายบังคับบัญชา

- คณะกรรมการสถานพื้นฟูฯ ประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม พนักงานช่วยการพยาบาล พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
- สมาชิกอาวุโส ได้แก่ สมาชิกที่ผ่านการฟื้นฟูฯ พี่เลี้ยงอาสา
- คณะรับผิดชอบ ได้แก่ ผู้ดูแลและประสานกิจกรรม ผู้ควบคุมกิจกรรม หัวหน้าแผนก
- หัวหน้าทีมงาน
- สมาชิก
- สมาชิกใหม่ ได้แก่ สมาชิกที่เข้ารับการฟื้นฟูฯ รายใหม่

4.3 กฎกติกา ระเบียบปฏิบัติ

- กฎหลักชุมชนบ่าบัต
- ระเบียบปฏิบัติ ได้แก่ ระเบียบการเข้าร่วมกิจกรรม การรับประทานอาหาร การขึ้นเรือนนอน การใช้โทรศัพท์ ญาติเยี่ยม เป็นต้น

โดยกำหนดเป้าหมายในการบำบัด ดังนี้

1. มีวิถีการดำเนินชีวิตที่สมดุล (Life Style)
2. มีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว สังคม
3. มีคุณค่าในตนเอง
4. กำจัดพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือไม่พึงประสงค์
5. รู้จักทำงาน
6. มีความเข้มแข็งทางจิตใจนำไปสู่การเลิกยาได้

3. แนวคิดระบบครอบครัวและทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญที่สุด เป็นสถาบันที่มีบทบาทสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับมนุษย์ทุกคนในสังคม นับตั้งแต่เกิด เจริญเติบโต จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวเป็นระบบประกอบด้วย ระบบย่อยหลายระบบมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความสัมพันธ์กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน (Wright & Leahey, 2013) เช่น หากในครอบครัวมีวัยรุ่นติดยาเสพติดจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวมีบทบาท ในการดูแลอบรมสั่งสอน เลี้ยงดู ปลูกฝัง ถ่ายทอดค่านิยม ทศนคติ ความเชื่อ เป็นที่หล่อหลอม กล่อมเกลาจิตใจ หล่อหลอมบุคลิกภาพ ของบุคคล วิธีประพฤติปฏิบัติตน รวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้แก่บุคคลรุ่นใหม่ไปสู่การ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ ดูแล เยียวยา ในยามที่ต้อง เผชิญกับปัญหาวิกฤตที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย ครอบครัวเป็น จุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่น และครอบครัวยังถือเป็นหน่วยเศรษฐกิจย่อย ที่สุดที่มีความสำคัญสูงต่อระบบเศรษฐกิจส่วนรวม ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการผลิต การบริโภค และการ ออม ที่ต้องเริ่มจากครอบครัวรวมทั้งเป็นรากฐานการสร้าง และพัฒนาชุมชนและสังคมให้เข้มแข็งต่อไป

ครอบครัว คือ กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก เป็นรากฐานที่ สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตในสังคม ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบ และหลายลักษณะ นอกเหนือ จาก ครอบครัวที่ประกอบด้วยบิดา มารดา และบุตร (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2548) มี การแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสรุปร่วมกัน ทำหน้าที่สมาชิกในครอบครัว โดยอาจไม่ได้มี ความสัมพันธ์กันทางสายเลือด (จินตนา วชิรสินธุ์, 2550) โดยลักษณะครอบครัวที่ดี ต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน สม่่าเสมอในครอบครัว และมีปฏิสัมพันธ์กับระบบภายนอก สามารถเผชิญปัญหา และหาแนวทางแก้ไขได้ มีความยืดหยุ่น (Pratt, 1976) ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบ (Friedman et al., 2003) เช่น ครอบครัว เดี่ยว (Nuclear family) คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา ไม่มีบุตรหรือบิดา มารดา บุตร อยู่ ร่วมครัวเรือนเดียวกัน ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเลี้ยง เดี่ยว (Single parent family) คือ ครอบครัวที่ ประกอบด้วยบุตร และบิดาหรือมารดาที่ทำหน้าที่เลี้ยงบุตรคนเดียว จากการหย่าร้าง เสียชีวิต ถูกทอดทิ้ง หรือแยกกันอยู่ ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยง (Stepparent family) ซึ่งแต่ละลักษณะของครอบครัวอาจ ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว แตกต่างกัน นอกจากนี้ในแต่ละครอบครัวจะมีบทบาทหน้าที่ในการ เลี้ยงดู อบรมสั่งสอนให้ความรักความเอาใจใส่ มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ หน้าที่ในการผลิตสมาชิก และ หน้าที่ในการจัดการทางเศรษฐกิจ (Friedman et al., 2003)

ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี มีการจัดการภายในครอบครัวที่สมดุล มีขอบเขตที่ ชัดเจน มีกฎที่ต้องปฏิบัติเหมาะสม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ก็ส่งผลให้ครอบครัว มีความสุข มีความ ผูกพันกัน มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี ไม่เกิดความรุนแรงหรือความขัดแย้งในครอบครัว ส่งผลให้มีการ ปรับตัวได้ดี ครอบครัวมีความยืดหยุ่น มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดเวลา และไม่คาดฝันหรือการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสากล ตามระยะพัฒนาการครอบครัวที่มีการเปลี่ยน ผ่านเป็นวงจรชีวิตครอบครัวมีความสมดุล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างให้มี

ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ต้องมีการสื่อสาร ที่ดี มีการสื่อสารทางบวก และการใช้เวลาร่วมกันในการทำกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดความผูกพันกัน (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2554) นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่นได้ เช่น การใช้ยาเสพติด สอดคล้องกับ การศึกษาของ จูฬาลักษณ์ ศรีคงอยู่ (2546) ที่พบว่า สถาบันครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนได้ถึงร้อยละ 52.50 เมื่อสถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง เยาวชนจะมีความเข้มแข็ง มีทักษะชีวิต มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้ดี ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม ป้องกันยาเสพติดได้มากขึ้น การศึกษาของ ธงชัย กลุวิริยะ (2551) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติด คือ การได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากครู อาจารย์ เพื่อน และการได้รับข่าวสาร การศึกษาของ วิรุธ สอนกอง (2546) ที่พบว่า สภาพปัญหาการติดยาเสพติด และสารเสพติดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น มีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน ไม่ใกล้ชิดกับครอบครัว สาเหตุการติดยาเสพติดมาจากเพื่อน ผู้มีบทบาทในการป้องกันเยาวชนรุ่นหลังไม่ให้ติดยาเสพติด คือ บิดามารดา ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวมีการทำหน้าที่บกพร่องไม่สมบูรณ์ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ขาดการปฏิสัมพันธ์ มีการสื่อสารทางลบ มีการทะเลาะเบาะแว้ง มีความขัดแย้งในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ไม่ดี การใช้ยาเสพติดในครอบครัว ขาดความยืดหยุ่น ในครอบครัว ส่งผลให้มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดความผูกพัน โดยจะมีการรับรู้ จากการกระทำที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้ส่งผลกระทบต่อทัศนคติในทางลบ มีความเชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกกดดัน คับข้องใจ เหนงา ว่าเหว่ ขาดความรักความอบอุ่น ไม่มีความสุข ทำให้มีบุคลิกภาพอ่อนแอ ไม่เข้มแข็ง ขาดความเชื่อมั่น ถูกชักจูงไปในทางไม่ดีได้ง่าย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดได้ง่าย (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2553)

ทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด

มีหลายทฤษฎีที่ใช้อธิบายการติดยา และสาเหตุ/ ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับ การใช้ยาเสพติด ในมนุษย์ และพบว่า สาเหตุการใช้ยาเสพติดไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลาย สาเหตุประกอบกัน ทฤษฎีเกี่ยวกับการติดยาเสพติดมีหลายทฤษฎี ดังต่อไปนี้

1. **ทฤษฎีการติดยา (Theory of addiction)** มีผู้ศึกษาว่าเหตุใดที่ทำให้เกิดการติดยา ค้นพบครั้งแรกในปี ค.ศ. 1977 โดย Engel (1977) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ค้นพบแนวคิด Biopsychosocial model แนวคิดนี้ใช้ในทางการแพทย์ไม่ได้ใช้สำหรับศึกษาในเรื่องการติดยาเสพติดโดยเฉพาะ 10 ปีต่อมา Donovan and Marlatt (1988), Wallace (1990) ได้ประยุกต์ Biopsychosocial model เพื่อศึกษาในเรื่องการติดยาเสพติดโดยเฉพาะพบว่า การติดยามีสาเหตุมาจากแนวคิด Biopsychosocial model ซึ่งแนวคิดนี้จะประกอบด้วยองค์ประกอบสามปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยทางสังคม และจิตวิญญาณ รูปแบบ Biopsychosocial model เป็นรูปแบบที่ใช้อธิบาย พฤติกรรมการติดยาเสพติดว่ามีความซับซ้อน มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ

มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเป็นพลวัตร ขึ้นอยู่กับ แต่ละบุคคลสามารถอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรม การติดยาเสพติด ดังนี้

1.1 Biological model รูปแบบทางชีวภาพนี้เน้นความสำคัญทางพันธุศาสตร์ ให้ความสำคัญทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะผลที่เกิดจากสมอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (Milam & Ketchum, 1981 cited in Fisher, 2010) ซึ่งให้เห็นว่า ความผิดปกติของสารเคมี ในสมอง โครงสร้างของสมองและพันธุกรรมก่อให้เกิดพฤติกรรมมนุษย์ (Horvath, Misra, Epner, & Cooper, 2013)

1.2 Psychological model แนวคิดทางจิตวิทยาเชื่อว่า ด้านจิตวิทยาเกี่ยวข้องกับแนวคิดหลายอย่าง ได้แก่ ด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด บุคลิกภาพ การเรียนรู้พฤติกรรม จิตวิทยา พัฒนาการ จิตวิทยาปกติ จิตวิทยาสังคม เป็นต้น การติดทางใจเริ่มต้นจากการใช้ยาเสพติด เพื่อความสนุก จนกลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดส่วนหนึ่งของชีวิต การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่สำคัญมากส่งผลให้ สามารถทำสิ่งอื่นในชีวิตได้เช่น การงาน บิดา มารดา (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2545) แนวคิดเรื่อง พยาธิสภาพภายในจิตใจ ผู้ติดยาเสพติดมักให้เหตุผลที่เขาต้องใช้ยาเสพติด เพราะว่าชีวิตเขามีปัญหา ไม่สามารถแก้ปัญหาตามลำพังได้เป็นผลให้เกิดความรู้สึกล้มเหลวตกต่ำ กลุ่ม โกรธ ซึมเศร้า และอื่น ๆ บีบคั้นให้บุคคลต้องใช้ยาเสพติดเพื่อลดสภาวะความกดดัน

1.3 Sociological theory ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การใช้ยาเสพติดเป็นผลมาจากการเรียนรู้ทางสังคม จากประสบการณ์ตรง พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้การแสดงออกทาง พฤติกรรมใหม่ โดยจะเก็บไว้ในความทรงจำ (Bandura, 1977) การเรียนรู้เกิดขึ้นภายในในกลุ่มสังคม ซึ่งรวมถึง ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และชุมชนขนาดใหญ่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีอิทธิพลมากที่สุด เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ ปัญหาภายในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก มีความขัดแย้งในครอบครัว ขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดการทำหน้าที่ครอบครัว ครอบครัวมีการใช้ยาเสพติด ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ สังเกตจดจำ เลียนแบบในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาเสพติด การใช้ความรุนแรงหรือสภาพสังคมต่าง ๆ เช่น การว่างงาน ความยากจน ได้รับความไม่ยุติธรรม เป็นต้น ปัจจัยทางชีวภาพ ทางจิตใจ ทางสังคม และจิตวิญญาณที่เกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด ได้รับความทุกข์ใจ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้บุคคลจึงปรับตัวโดยการ ใช้ยาเสพติด (Alcohol and Drug Servic, 1996)

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทฤษฎี จิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานของจิตใจ อันประกอบไปด้วยสามส่วน คือ 1) Id เป็นสภาวะจิตที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดรวมถึงสัญชาตญาณ มักเกี่ยวกับการตอบสนองทางกาย ความพอใจโดยไม่คำนึงถึงเหตุผลความเป็นจริงความดีงาม 2) Ego เป็นสภาวะจิตแห่งการรับรู้และเข้าใจ รับรู้ข้อเท็จจริง การใช้เหตุผล 3) Super ego เป็นสภาวะจิตที่เกิดจากการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพในอุดมคติ เช่น ความถูกต้อง มโนธรรม ความยุติธรรม (ไพฑูริย์ แสงพุ่ม, 2549) Super ego เป็นส่วนสำคัญของมโนธรรม ถือหลักการประพฤติดั้งเดิมเป็นที่นิยมทำกันในสังคม ส่วนประกอบสามส่วนนี้เป็นแรง

ซับซ้อนภายในของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อสัญชาตญาณในการดำรงชีวิตอยู่ของตนเอง แรงขับเป็นส่วนของพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ภาวะจิต มีสองส่วนคือ ภาวะจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก จิตใต้สำนึกมีผลต่อจิตสำนึก กระตุ้นให้พฤติกรรมต่าง ๆ การใช้อยาเสพติด เกิดจากการทำงานของ Id ego และ Super ego ที่ไม่เหมาะสม เน้นการตอบสนองต่อความสุขความพอใจมากกว่าความมีเหตุผล ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการไม่ได้รับการตอบสนองในวัยเด็กอย่างเพียงพอ ทำให้มีผลต่อบุคลิกภาพ ขาดความเข้าใจในตนเอง ไม่มีเอกลักษณ์ ทำให้มีบุคลิกภาพอ่อนแอ ถูกชักจูงให้ใช้อยาเสพติดได้ง่าย และผลของการใช้อยาเสพติดในช่วงแรก ร่างกายจะได้รับความสุขความพอใจ ทำให้ใช้อยาเสพติด รู้สึกมีความสุข เมื่อใช้อยาเสพติดเป็นประจำ ภาวะจิตใต้สำนึกจะได้รับการกระตุ้นให้ทำงานเต็มที่ตามสัญชาตญาณ ความกดดันในจิตใจ ทำให้สามารถควบคุมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมมีเหตุผลได้

3. ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The triadic influence theory) Flay and Petraitis (1994) ได้นำแนวคิดของนักสังคมศาสตร์หลายท่านที่ได้ศึกษาและวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้อยาเสพติด (Bandura, 1986; Frakenhaeuser, 1991; Magnusson, 1981; Sandava, 1987 cited in Flay & Petraitis, 1994) มาเสนอเป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการใช้อยาเสพติด ซึ่งกล่าวถึงประเภทของอิทธิพลที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้อยาเสพติดของบุคคล ตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อยาเสพติด ดังนี้

3.1 ปัจจัยทางด้านบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและบุคลิกภาพส่วนบุคคล มีคุณลักษณะ 5 ประการ คือ 1) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) ทำให้เกิดบุคลิกลักษณะประจำตัว เช่น บุคลิกภาพแบบก้าวร้าว ย้ำคิดย้ำทำ เกียจคร้าน กระตือรือร้น 2) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ทำให้เกิดการตัดสินใจเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ เช่น การยับยั้งชั่งใจ 3) การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่น (Extraversion/ Introversion) มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผยหรือแบบเก็บตัวทำให้ มีผลต่อกิจกรรมทางสังคม 4) ความสามารถในการเข้าสังคม (Sociability) ทำให้เกิดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การยอมรับผู้อื่น การยินยอมทำตามผู้อื่น 5) ความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence)

3.2 ปัจจัยทางสังคม เป็นปัจจัยทางสังคมหรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยระบบครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู กลุ่มเพื่อน สภาพชุมชน แหล่งที่อยู่อาศัยการควบคุม ทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยในส่วนนี้ให้ความสำคัญกับบุคลิกลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นแบบอย่าง (Flay, Synder, & Petraitis, 2009)

3.3 ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยนี้จะเน้นสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ส่งผลต่อทัศนคติ โดยสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมจะหล่อหลอมความรู้สึกนึกคิดหรือให้คุณค่า ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สำคัญของบุคคล อิทธิพลด้านทัศนคติจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากในสังคม วัฒนธรรมมีการปลูกฝังถ่ายทอดความรู้ ค่านิยม ความรู้สึกนึกคิด การให้คุณค่า ความเชื่อ ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการ

ปฏิบัติพฤติกรรมและการประเมินค่าของผลลัพธ์ จึงเกิดเป็นทัศนคติของบุคคล และส่งผลต่อการตัดสินใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น เช่น การขาด เป้าหมายในชีวิต การชื่นชมกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การไม่ได้ รับการยอมรับจากสังคมทั่วไป รู้สึกเข้าสังคมไม่ได้

จากอิทธิพลทั้งสามประเภทที่กล่าวมาพบว่า มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลต่อ การเกิด พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด แต่ปัจจัยของอิทธิพลแต่ละประเภทจะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมในระดับที่ แตกต่างกัน ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ 1) อิทธิพลที่ส่งผลโดยตรง (Proximal influence) อิทธิพลนี้ สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เช่น ทัศนคติทางบวกต่อการใช้ยาเสพติด 2) อิทธิพลที่ส่งผล ปานกลางหรือโดยอ้อม (Distal influence) อิทธิพลนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ทำให้มีการ แสดงพฤติกรรม ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการใช้ยาเสพติด เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอบรม เลี้ยงดู 3) อิทธิพลที่ส่งผลได้น้อยหรือในระยะห่าง (Ultimate influence) อิทธิพลนี้เป็นปัจจัยที่ห่าง อยู่เหนือการควบคุม จึงมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดในระยะยาว เช่น โอกาสในการเข้ารับการศึกษ การประกอบอาชีพ อาชญากรรมในแหล่งที่อยู่อาศัย เป็นต้น

4. ผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อครอบครัว

ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดสารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว แต่ขณะเดียวกัน ครอบครัวเองก็ได้รับผลกระทบจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวติดสารเสพติดอีกด้วยซึ่งผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวจากการใช้สารเสพติดมีดังนี้

พ่อแม่ พ่อแม่จะรู้สึกไร้อำนาจ ขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถควบคุมลูกได้ บางรายพยายามปิดความรับผิดชอบหรือทำเป็นไม่สนใจปัญหาที่เกิดขึ้น บางรายปฏิเสธการติดยาของลูก แต่ความยุ่งยากที่ลูกก่อขึ้น ก็มักกลายเป็นวิกฤติการณ์ที่ทำให้พ่อแม่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ ความสัมพันธ์ของพ่อแม่ลูกมักสลับกันระหว่างการถูกทอดทิ้ง กับการยุ่งเกี่ยวกับมากเกินไป บางครั้งพ่อแม่พยายามควบคุมลูกมากขึ้น จนอาจจะเกิดความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งก็จะทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงเรื่อย ๆ ในที่สุด พ่อแม่ก็จะเกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่เองอาจจะแย่งเพราะความกังวลเกี่ยวกับตัวลูก

พี่น้อง พี่หรือน้องอาจติดตามไปด้วย แต่บางคนก็มีความประพฤติที่ดีและประสบความสำเร็จในชีวิต การที่มี เด็กดี และ เด็กไม่ดี ในบ้านทำให้คนที่ติดยาในบ้านมีปัญหามากขึ้น เพราะรู้สึกที่ตนเองไม่มีอะไรดีและเปลี่ยนแปลงชีวิตไม่ได้ บางคนทำตัวเป็นผู้เสียสละ คือ ไม่ยอมมเลิกยาและสร้างปัญหาขึ้นมาซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อตนเองกลายเป็นคนเลว และพี่น้องคนอื่นกลายเป็นคนดีและเป็นที่รักของพ่อแม่ สำหรับพี่หรือน้องที่ไม่ติดยาจะมีภาระหนักในการพยายามทำทุกวิธีทางเพื่อให้พ่อแม่มีความสุข เพื่อทดแทนความทุกข์จากการที่พ่อแม่มีลูกติดยาเสพติด เช่น ขยันเรียน เชื้อฟุ้ง คอยปรนนิบัติดูแลพ่อแม่ พยายามให้ความคาดหวังของพ่อแม่เป็นจริง เพราะว่าถ้าคนประสบความสำเร็จ ก็จะช่วยลดค่าสบประมาทที่ครอบครัวได้รับ เพราะมีลูกติดยา ถึงแม้ว่าพี่น้องที่ไม่ติดยาเสพติดจะพยายามทำตามความคาดหวังของพ่อแม่จนสำเร็จก็มักมีชีวิตที่ตึงเครียด โดดเดี่ยว และรู้สึกผิดว่าตนเองยังทำให้พ่อแม่ไม่ดีพอ

สามีภรรยา ปัญหาการใช้สารเสพติดนั้นจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของสามีภรรยา คือทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายบุตรและคู่สมรส อาจจะทำเป็นครั้งคราวหรือทำเป็นประจำ บางกรณีมีการประทุษร้ายทางเพศต่อบุคคลในครอบครัว เช่น ข่มขืนบุตรและภรรยา

นอกจากนี้บิดามารดาที่ติดยาเสพติดจะไม่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของบุตรได้ เมื่อบุตรเห็นและซึมซับพฤติกรรมของบิดามารดา และไม่ได้เรียนรู้ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี แร่กอบกับขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่มีใครห้ามปราม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544, หน้า 25) ทำให้บุตรในครอบครัวที่มีบิดามารดาติดยาเสพติดมีโอกาสที่จะใช้ยาเสพติดได้ง่ายมากขึ้น (อุทัยวรรณ ศรีสำราญ, 2557, หน้า 38)

The Columbo Pland Drug Advisory Programme (2003, pp. 12-15) ได้อธิบายไว้ว่า ยาเสพติดมีผลกระทบต่อครอบครัว 5 ประการ ดังนี้

1. การเสื่อมถอยของครอบครัว ปัญหาของผู้ที่ใช้อย่างมากมายซึ่งเปรียบได้กับโรคของการติดยาที่มีแต่จะแย่งลงเรื่อย ๆ ในเวลาเดียวกันความทุกข์ใจของครอบครัวก็มีเพิ่มขึ้น ถึงกระนั้นครอบครัวก็พยายามปิดบังความวิตกกังวลเมื่อทราบถึงปัญหาการติดยา เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นปัญหาก็ยิ่งทวีความรุนแรงมาก

ขึ้น ครอบครัวยิ่งพยายามจัดการกับปัญหา แต่ผลที่ได้ก็ไม่เป็นที่น่าพอใจ ครอบครัวพยายามที่จะปรับตัว แต่กลับกลายเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทีละเล็กละน้อย จนไม่รู้ขอบเขตของการจัดการกับปัญหา ดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัวมากขึ้น

2. พฤติกรรมในวงจรของความเมาและไม่เมาของผู้ติดยาเสพติด การแสดงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความรู้สึกของพวกเขา แต่ขึ้นกับอาการเมาของสมาชิก สมาชิกครอบครัวอาจมีกิจกรรมกับผู้ติดยาเมื่อเขาไม่มา และจะแยกตัวเองไปเป็นส่วนตัวหรือจะตกอยู่ในความวิตกกังวลเมื่อผู้ติดยาอยู่ในอาการเมา การใช้ยาของผู้ติดยาจึงมีผลต่อการแสดงบทบาทและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว

3. พัฒนาการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การติดยาไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ยาเพียงคนเดียว แต่ยังส่งผลถึงทุกคนในครอบครัว นั่นคือ ทำให้ความคิด การกระทำ และการแสดงความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป เช่น การสนทนากับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่ไม่ได้ติดยา แต่กลับมีการสนทนากับสมาชิกคนนั้นเหมือนสนทนากับผู้ติดยา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดยาส่งผลถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวรวมถึงคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวอีกด้วย สามิภรรยาอาจจะเกิดการโต้แย้งหรือแสดงอารมณ์ที่เกรี้ยวกราดต่อกัน หรือกับลูก หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

4. เกิดการทำนายบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวมักจะมีการคาดเดาถึงแบบแผนของพฤติกรรมของผู้ติดยา และจะมีการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบต่อพฤติกรรมที่พวกเขาคาดเดาถึงการไปใช้ยาของผู้ติดยา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวหรือกับตัวผู้ติดยาเอง

5. มีอิทธิพลต่อความมั่นคงและพัฒนาการของครอบครัว ครอบครัวที่ดีจะมีความมั่นคงและพัฒนาความสมบูรณ์เกิดในครอบครัว แต่สำหรับครอบครัวของผู้ติดยาจะมีแต่ความตึงเครียดและมีข้อจำกัดในการพัฒนา

Fawcett (1993, pp. 378-379) ได้กล่าวถึงผลกระทบยาเสพติด ที่มีต่อครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลไว้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลจะทำหน้าที่อุทิศตัวให้ผู้ติดยาเสพติดเสมือนว่า “เป้าหมายของชีวิตของเขาคือ การช่วยให้ผู้เสติดนั้นรอดพ้น” (Schaefer as cited in Fawcett, 1993, p. 378) ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ดูแลขาดความเป็นตัวของตัวเอง

2. ผู้ดูแลจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปเป็นแบบมีความทุกข์ทรมาน เพื่อผดุงความสุขในครอบครัว

3. ผู้ดูแลจะมีการเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้น เนื่องจากขาดการดูแลสุขภาพของตนเองคอยแต่เป็นห่วงดูแลผู้ติดยาเสพติด

4. ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง อ่อนล้า ไม่สนใจความรู้สึกของตนเอง ครอบครัว และสมาชิกของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมถึงผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว จะมึอารมณ์ความรู้สึกว่าวุ่นสับสน เมื่อรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด

จะเห็นได้ว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด ก็มักจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น โดยเฉพาะสภาพจิตใจที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมา จากการที่สมาชิกติดยาเสพติด

5. แนวคิดโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวไทยที่มีผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว

(Thai Family Support)

มีแนวคิดในการสร้างโปรแกรมที่เป็นการช่วยให้ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม หลังจากที่ได้รับผลกระทบจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด ดังนี้(อัจฉรา คำเชียงตา : 2555)

1. การเข้าใจตนเองและเข้าใจบุตรหลานของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อ 1) สร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิก 2) เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบในครอบครัวที่มีผู้ใช้สารเสพติด 3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเสพติด 4) ช่วยให้สมาชิกเข้าใจบุตรหลานของตนเอง โดยประกอบด้วยกิจกรรม การรู้จักซึ่งกันและกัน การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัวของตนเอง การทำความเข้าใจตนเอง และ การทำความเข้าใจบุตรหลานของตนเอง

2. การเผชิญปัญหาและแนวทางในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีเป้าหมายเพื่อ 1) อธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาและสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มใช้แนวทางในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม 2) ให้สมาชิกกลุ่มใช้กระบวนการเสริมแรงทางบวกและการเสริมแรงทางลบเพื่อช่วยให้ญาติของตนเองลดปริมาณการใช้สารเสพติด 3) ให้สมาชิกกลุ่มปรับปรุงการใช้การทำโทษที่ถูกต้อง โดยประกอบด้วยกิจกรรม ค้นหาแนวทางในการเผชิญปัญหาสำหรับสมาชิกกลุ่ม ช่วยให้ญาติของสมาชิกกลุ่มลดการใช้สารเสพติด

3. ศาสนบำบัด มีเป้าหมายเพื่อ 1) ส่งเสริมสุขภาพจิตของสมาชิกกลุ่มโดยใช้ศาสนาในการบำบัด 2) ส่งเสริมการใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุขของสมาชิกกลุ่ม 3) สร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิก โดยประกอบด้วยกิจกรรม การร่วมกิจกรรมทำบุญที่วัด และศาสนาบำบัด

4. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายเพื่อ 1) ปรับปรุงวิธีการสื่อสารของสมาชิกให้มีประสิทธิภาพ 2) เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของสมาชิกกลุ่ม โดยประกอบด้วยกิจกรรม ค้นหาสัมพันธภาพในครอบครัว และการทำความเข้าใจการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่จำเป็นในครอบครัว

5. การดูแลตนเองและการเสริมสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีเป้าหมายเพื่อ 1) ดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกกลุ่มและตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 2) เสริมสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยประกอบด้วยกิจกรรม การดูแลตนเอง การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

6. การใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข และการสร้างเครือข่าย มีเป้าหมายเพื่อ 1) ตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 2) ส่งเสริมให้สมาชิกมีโอกาสสร้างสรรค์และใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม 3) สร้างเครือข่ายและกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยประกอบด้วยกิจกรรม สันทนาการ และ สร้างเครือข่าย

6. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

Epstein และคณะ (1984) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยได้เสนอเป็น The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วยงาน 3 ด้าน ด้านแรกการทำหน้าที่เกี่ยวกับงานพื้นฐาน เช่น การหาปัจจัย 4 เพื่อการดำรงชีพ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดใน 3 ด้าน ด้านที่สอง การทำหน้าที่ทางด้านพัฒนาการ ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ของวงจรการพัฒนาการในครอบครัว ทั้งในระดับบุคคล ในแต่ละช่วงวัย และในระดับครอบครัวแต่ละช่วงของการดำเนินชีวิต เช่น การแต่งงาน การมีบุตรคนแรก ด้านที่สาม การทำหน้าที่ทางด้านภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย การตกงาน รูปแบบการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ให้มีความสำคัญกับงานพัฒนาการทั้ง 3 ด้าน ซึ่งหากครอบครัวใดไม่สามารถทำงานทั้ง 3 ด้านได้อย่างเหมาะสม ก็อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ได้

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบของ McMaster Model นั้น จะคำนึงถึงครอบครัวในลักษณะเชิงระบบ คือยอมรับครอบครัว เป็นระบบ ๆ หนึ่งที่เป็นระบบเปิด คือ มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อกล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบ ทำให้ครอบครัวหนึ่ง ๆ ย่อมประกอบไปด้วยระบบย่อย คือ สมาชิกแต่ละคน(Individual Subsystem) คู่สมรส (Spousal Subsystem) และ พี่น้อง (Sibling Subsystem) ความสัมพันธ์กับระบบภายนอกของครอบครัว คือ ความสัมพันธ์กับครอบครัวอื่น ความสัมพันธ์กับชุมชน และองค์กรทางสังคมอื่น ๆ ระบบความสัมพันธ์ของครอบครัวนี้ จึงมีทฤษฎีหลายทฤษฎีมาเกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทฤษฎีทั้งหลายเหล่านี้ จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ จึงทำให้การศึกษาบทบาทของครอบครัวต้องคำนึงถึงว่าระบบย่อยแต่ละส่วนในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ทั้งทางด้านอิทธิพลและผลกระทบต่อระบบย่อยอื่น ๆ ภายในครอบครัว

ดังนั้นการวิเคราะห์พฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว จึงต้องวิเคราะห์ระบบย่อยทุกส่วนของครอบครัวร่วมกันในเชิงความสัมพันธ์ เนื่องจากพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ของระบบย่อยภายในครอบครัวนั้นๆ ด้วย

The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ได้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้านดังนี้ (Epstein และคณะ, 1984)

1.การแก้ปัญหาภายในครอบครัว (Problem Solving) หมายถึงลักษณะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่อย่างปกติสุขของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท

1.1 ปัญหาด้านวัตถุ ได้แก่ ปัญหาภายนอกของบุคคลได้แก่ ปัญหาการเงินทรัพย์สินที่อยู่อาศัย เครื่องอุปโภคบริโภค เป็นต้น

1.2 ปัญหาด้านจิตใจหรืออารมณ์ ได้แก่ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ และส่งผลกระทบต่อ

ถึงอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ปัญหาความขัดแย้งจากการทะเลาะเบาะแว้ง ความรู้สึกว่าเหว ไร้คุณค่า ความไม่ไว้วางใจของสามี-ภรรยา

ลักษณะการเกิดปัญหาทั้ง 2 ประเภท อาจเกิดขึ้นทั้งอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ในแต่ละครอบครัวมักพบว่าในครอบครัวที่มีปัญหาทางอารมณ์ อาจไม่มีปัญหาทางวัตถุเกิดขึ้น แต่ถ้าครอบครัวมีปัญหาทางวัตถุมักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ตามมาด้วยเสมอ การแก้ปัญหาในครอบครัวมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น บางครอบครัวมุ่งแก้ปัญหาทางวัตถุ แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาทางอารมณ์ได้ ลักษณะและวิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพของครอบครัว ครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ด้านการแก้ปัญหาได้ดีที่สุดตามแนวคิดของ McMaster Model of Family Functioning คือ การที่ครอบครัวใช้วิธีการแก้ปัญหาตามขั้นตอน 7 ขั้น ได้แก่

1. การแยกแยะประเด็นปัญหา
2. การสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น
3. การวางแผนแก้ปัญหา
4. การตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด
5. การลงมือแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก
6. การติดตามผลการแก้ปัญหา
7. การประเมินความสำเร็จของการแก้ไขปัญหา

ในการแก้ปัญหาของครอบครัวที่เหมาะสม สมาชิกของครอบครัวควรจะได้รับรู้และร่วมมือกันแก้ปัญหาจะทำให้เกิดความเรียบร้อยและไม่เป็นปัญหาที่เรื้อรังภายในครอบครัวต่อไป

2. การสื่อสารภายในครอบครัว(Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิก ทั้งทางคำพูด (Verbal) และโดยไม่ใช้คำพูด (Non-Verbal) องค์ประกอบของการสื่อสารที่ดีประกอบด้วย

2.1 การสื่อสารด้านเนื้อหา คือ การสื่อสารข้อมูล ที่มีเนื้อหาชัดเจน มีใจความที่เข้าใจไม่คลุมเครือ

2.2 การสื่อสารนั้นต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ว่ามุ่งตรงไปที่บุคคลใด โดยไม่อ้อมค้อมหรือใช้การบอกผ่านผู้อื่น หรือพูดกับคนหนึ่งเพื่อให้มีความหมายกระทบไปถึงอีกคนหนึ่ง

เมื่อใช้เกณฑ์ทางด้านองค์ประกอบของการสื่อสาร เป็นหลักในการพิจารณา จะพบว่าเกิดการสื่อสาร 4 รูปแบบ คือ

1. การสื่อสารแบบเนื้อหาชัดเจน และตรงต่อบุคคลที่เป็นเป้าหมาย ได้แก่ การพูดที่แสดงถึงเนื้อหาที่ชัดเจนและตรงไปยังเป้าหมายโดยตรง เช่น การที่แม่รู้สึกไม่สบายใจที่ลูกกลับบ้านผิดเวลา จึงพูดกับลูกว่า “แม่ไม่ชอบให้ลูกกลับบ้านผิดเวลาเพราะแม่เป็นห่วง”

2. การสื่อสารที่เนื้อหาชัดเจน แต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น ภรรยาบ่นกับสามีที่กลับบ้านช้าว่า “คนบ้านนี้กลับบ้านไม่ตรงเวลาเลยสักคน” คุณนี้มีเนื้อหาที่ชัดเจนว่าไม่ตรงเวลา แต่ไม่ระบุเป้าหมายที่ชัดเจนว่าพูดกับใคร

3. การสื่อสารที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจน แต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น แม่พูดกับลูกว่า “ลูกทำอะไรไม่เคยคิดถึงจิตใจแม่เลย” เป็นการพูด ที่ไม่มีความชัดเจนในเนื้อหาว่าพูดถึงเรื่องอะไรแต่ตรงกับเป้าหมายที่ต้องการพูดด้วยคือ ลูก

4. การสื่อสารแบบเนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เช่น “คนบ้านนี้เป็นเหมือนกันหมดทั้งบ้าน” เป็นลักษณะการพูดที่ไม่ชัดเจนว่าพูดเรื่องอะไรและพูดกับครอบครัวที่ทำหน้าที่ด้านการสื่อสารได้ดีที่สุด หมายถึงครอบครัวที่มีการสื่อสารแบบมีเนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย การสื่อสารที่ดีจะทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งหรือคับข้องใจ ครอบครัวที่มีการสื่อสารแบบไม่ชัดเจนและไม่ตรงเป้าหมายบ่อยครั้ง จะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีไปด้วย

3. บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (Role) หมายถึง แบบแผนของพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวได้รับมอบหมาย หรือถูกกำหนดไว้ตามบรรทัดฐานของสังคม บทบาทแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

3.1 บทบาททั่วไป ได้แก่ แบบแผนของพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปที่จะทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ด้วยความเป็นปกติสุข เช่น การประกอบอาชีพ การอบรมเลี้ยงดู

3.2 บทบาทเฉพาะ ได้แก่ แบบแผนของพฤติกรรมทั้งครอบครัวใด ๆ กำหนดขึ้นเป็นแบบแผนภายในของครอบครัวที่ปฏิบัติตามประเพณีหรือวัฒนธรรมของครอบครัวนั้น เช่น การให้ความสำคัญกับลูกชายมากกว่าลูกสาว ลูกที่เรียนเก่งต้องเป็นผู้นำชื่อเสียงมาสู่ครอบครัว เป็นต้น

การกระทำหน้าที่ด้านบทบาทของบุคคล ในครอบครัวจะดีหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ต้องมีการมอบหมายหน้าที่ตามบทบาทอย่างชัดเจนและยุติธรรมกับสมาชิกทุกคน (Clear Allocation to Reasonable Individuals)

2. ต้องมีการกำกับดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท เช่น การดูแลให้ลูกทำงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างสม่ำเสมอ (Accountability is built in)

4. การตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว (Affective Responsiveness) หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม การแสดงออกทางอารมณ์แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

4.1 การแสดงความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Welfare Emotions) ได้แก่ การแสดงความรู้สึก ชื่นชม ยินดี ห่วงใย ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอันเกิดจากความรัก ความผูกพันระหว่างสมาชิก

4.2 การตอบสนองภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emergency Emotions) ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงถึงการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกทางด้านความไม่สบายใจ ไม่พอใจ หรือความโกรธของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอย่างเหมาะสมทั้งต่อบุคคลและสถานการณ์

การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมควรเป็น การแสดงออกทางอารมณ์ที่สมดุลกันทั้งสองแบบ และอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกต้อง ถ้าครอบครัวใดมีแต่การแสดงออกของอารมณ์ในทางความรักความห่วงใย แต่ไม่ยอมรับการแสดงออกของอารมณ์ทางภาวะวิกฤต หรือไม่มีการแสดงออกของอารมณ์ในทางความรักความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเลย จะมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพและภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ

5. ความผูกพันทางอารมณ์ของคนในครอบครัว (Affective Involvement) หมายถึงผูกพันทางด้านจิตใจ ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันอาจแสดงออกให้เห็นได้จากความสนใจ ความเอื้ออาทร และเห็นคุณค่าของกันและกันความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

5.1 แบบไม่มีผูกพันกันเลย (Absence of involvement) หมายถึง สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลยแม้อยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกัน

5.2 ความผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings) เป็นความผูกพันโดยหน้าที่ที่ไม่มีความหมาย หรือความลึกซึ้งทางอารมณ์ใด ๆ หรือทำเพราะความต้องการ อยากรักษาอีกฝ่ายหนึ่งเท่านั้น

5.3 ความผูกพันเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง (Narcissistic involvement) เป็นการสนใจบุคคลอื่น เพื่อเสริมคุณค่าให้กับตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่จริงจัง เช่น การแสดงบทบาทของสามีภรรยาที่จำใจอยู่ร่วมกันเพื่อรักษาสถานภาพทางสังคม

5.4 ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic involvement) เป็นความผูกพันที่มีพื้นฐานมาจากการเข้าใจและยอมรับในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง ทำให้ตอบสนองอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสมที่สุด

5.5 ความผูกพันที่มากเกินไป (Over-involvement) เป็นความผูกพันมากเกินไปจนทำให้ไม่มีขอบเขตความเป็นส่วนตัวของแต่ละคน เช่น การปกป้อง ห่วงใย หรือจัดการกับคนอื่น ๆ มากเกินไป ความจำเป็น

5.6 ความผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic involvement) เป็นความผูกพันที่มากเกินไป จนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกันทำให้ไม่มีขอบเขตความเป็นตัวเอง

ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะเปลี่ยนแปลงไปตามวงจรชีวิตของครอบครัว เช่น ในช่วงระยะที่ครอบครัวมีลูกเล็กก็ต้องการความผูกพันที่แน่นแฟ้นระหว่างพ่อ แม่และลูก เมื่อลูกค่อยๆ โตขึ้นความผูกพันจะค่อยๆ ลดลง เช่น ช่วงที่ลูกเป็นวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนในสังคมเพิ่มขึ้น ความผูกพันกับพ่อ แม่จึงต้องลดน้อยลง จนถึงช่วงที่ลูกมีครอบครัวของตนเอง ความผูกพันก็จะลดลงเพื่อให้ลูกมีความเป็นผู้ใหญ่และมีความเป็นอิสระที่จะสร้างความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว

ของตนเอง ครอบครัวที่ทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่ดีจะมีความเข้าใจและปรับเปลี่ยนความผูกพันตามวงจรพัฒนาการของชีวิตได้เหมาะสม

การทำหน้าที่ของครอบครัวทางด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่ดี คือต้องมีความผูกพันทางอารมณ์แบบเข้าอกเข้าใจ ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวที่บกพร่องคือความผูกพันในลักษณะอื่นๆตามที่กล่าว ความผูกพันทางอารมณ์ที่ดีมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีด้วย

6. การควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว (Behavior Control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตามอยู่ในขอบเขตที่ถูกต้องตามที่ครอบครัวกำหนด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคม เช่นพฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ได้แก่ การกินอยู่หลับนอน พฤติกรรมทางสังคม เช่นการ คบเพื่อน เป็นต้น การควบคุมพฤติกรรมแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

6.1 การควบคุมแบบเข้มงวด (Rigid Behavior Control) เป็นลักษณะที่ครอบครัวมีความเข้มงวดในการกำหนด กฎ ระเบียบ และหน้าที่ของสมาชิก ทุกคนในครอบครัวไว้ชัดเจน และทุกคนต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ไม่สามารถต่อรองได้ นอกจากนี้ยังมีการลงโทษ เมื่อสมาชิกไม่ทำตามกฎหรือหน้าที่ที่กำหนด การควบคุมแบบเข้มงวดนี้ส่งผลให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดี แต่สมาชิกจะมีความตึงเครียด คับข้องใจง่าย และอาจเกิดการต่อต้านแบบดื้อเงียบเกิดขึ้น

6.2 การควบคุมแบบยืดหยุ่น (Flexible Behavior Control) เป็นการที่ครอบครัวควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก ด้วยการมีกฎเกณฑ์ยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ตั้งไว้

6.3 การควบคุมแบบไม่มีทิศทาง (Laissez-faire Behavior Control) เป็นการควบคุมพฤติกรรมแบบไม่มีทิศทางที่แน่นอน ไม่มีการกำหนดกฎระเบียบ สำหรับสมาชิกไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดๆ สมาชิกสามารถทำทุกสิ่งได้ตามต้องการ โดยไม่มีการสอนแนะหรือชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกัน สมาชิกแต่ละคนจะไม่เคารพ เชื่อฟังใคร ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ และบทบาทของตนเอง ควบคุมตนเองไม่ได้ และมีความเสี่ยงในการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจการทำหน้าที่ที่มีลักษณะไม่มีทิศทางของครอบครัว ดังกล่าว จะทำให้ครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในครอบครัวมักมีปัญหาทางอารมณ์ และยึดความต้องการของตนเองเป็นที่ตั้งโดยไม่มีใครให้ความช่วยเหลือใครได้

6.4 การควบคุมพฤติกรรมแบบไม่มีแบบแผนแน่นอน (Chaotic Behavior Control) เป็นลักษณะการควบคุมพฤติกรรมที่ปะปนระหว่างความเข้มงวด ยืดหยุ่น หรือบางครั้งไม่มีทิศทาง ครอบครัวจะไม่มีควมสม่ำเสมอในการใช้แผนการควบคุมพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความมั่นคง และไม่ชัดเจนในบทบาทของตนเอง ไม่มีความเสมอต้นเสมอปลาย ในการปฏิบัติหน้าที่และขาดความรู้สึกมั่นคงในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวเนื่องจากความไม่สม่ำเสมอของรูปแบบการควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลใช้ความคิดและสติปัญญาแปลสิ่งเร้าที่เกิดจากการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 6 ด้าน มาเป็นความคิด ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัวของตนเองว่ามีหน้าที่ดีมากหรือน้อยเพียงใด ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยจะใช้รูปแบบการทำหน้าที่ของครอบครัว ตาม The Mc Master Model เป็นแนวทางประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ใช้ยาและสารเสพติดต่อไป

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธวัชชัย นาคศรีสังข์ (2548) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาบ้า ในค่ายบำบัดรักษายาเสพติดของเรือนจำกลางจังหวัดนครปฐม จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Compromise experimental group control group design) พบว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนคนกลับไปเสพยา ร้อยละ 26.70 น้อยกว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่นซึ่งมีถึงร้อยละ 50

ญาดา จินประชา มรรยาท รุจิวิษณุ และพิทักษ์พล บุญยมาลิก (2551) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา แต่ได้รับเอกสารคู่มือการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา และทั้งสองกลุ่มจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามปกติของทางสถาบันธัญญารักษ์โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาได้ประยุกต์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุราและแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดยาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยติดสุรามีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพราะเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมและให้ประโยชน์มาก

บุบผา บุญญามณี และคณะ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา จำนวน 120 ราย พบว่าความเครียดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับด้านภาวะจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สัมพันธภาพ สภาวะการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ภัตติมา บุรพลกุล, วันพณี ผลสมบุญ, ภาวินี บุญสุวรรณสง, ปราณนา รัตนถาวรณ (2552) ได้ศึกษา ครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา มักมีข้อจำกัดที่พบเป็นส่วนมากได้แก่ เรื่องการดูแลและการปรับตัวอยู่ในสังคม การดูแลไม่เหมาะสม ซึ่งทำให้พัฒนาการของผู้บกพร่องทางสติปัญญาเกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น แยกตัว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ซึ่งในการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดในการดูแลความเครียดของผู้ปกครอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัด และศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัด ประชากร คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่มารับบริการงานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 คัดเลือกโดยให้ทำแบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) กรมสุขภาพจิต ได้คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับเครียดปานกลาง) จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมครอบครัวบำบัด แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) กรมสุขภาพจิต และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัด ซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดความเครียดสวนปรุง (STPT-20) เท่ากับ .7 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปแบบ Non Parametric ผลของการวิจัย พบว่า ระดับความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาหลังได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความคิดเห็นของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดอยู่ในระดับเห็นด้วย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36)

วัจนินทร์ โรหิตสุข ,ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ ,สมร อริยานุชิตกุล (2542) ได้ทำการศึกษาครอบครัวที่เข้ารับการรักษาด้านจิตเวชเข้ามารับการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 25 ครอบครัว จากคำตอบของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจำนวนทั้งหมด 104 คน พบว่าไม่มีผู้ใดที่เข้าใจความหมายของคำว่า “ครอบครัวบำบัด” ได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 55 เข้าใจความหมายถูกบ้างเป็นบางส่วน การศึกษามุมมองระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว พบว่ามีความคิดเห็นที่แตกต่างกันถึงร้อยละ 72 ในขณะที่มุมมองระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันถึงร้อยละ 68 มีปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กร้อยละ 46 ปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสหรือคู่ครองร้อยละ 25 ปัญหาปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยร้อยละ 16 และปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องร้อยละ 13 ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนการรักษาแบบครอบครัวบำบัดเป็นสิ่งจำเป็น ความหลากหลายของมุมมองปัญหาครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เป็นการย้ำเตือนให้ทีมผู้รักษาเห็นความสำคัญของการได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่นในครอบครัวเพื่อความเข้าใจปัญหาและหาทางช่วยเหลือได้

อย่างถูกต้อง ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว ดังนั้น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

สำเนา นิลบรรพ์,สุกมา แสงเดือนฉาย(2546) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบิดา มารดา หรือบุคคลสำคัญใกล้ชิดกับผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) จำนวน 15 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .8967 และแบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวก่อนและหลังการทดลองด้วย Willcoxon Sign Rang Test ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หลังการใช้โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ โดยรวม ด้านบทบาท ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัจฉรา คำเชียงตา และคณะ (2555) ได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวไทย (Thai Family Support Program) ขึ้นและได้ทำการวิจัยแบบ RCT เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม โดยโปรแกรมดังกล่าวได้มีการพัฒนามาจาก The 5-step method และ CRAFT ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่มีคุณภาพพบว่าโปรแกรมทั้งสองมีประสิทธิผลค่อนข้างสูงในการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ติดสารเสพติดเนื่องจากเน้นในเรื่องการเสริมแรงโดยใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่วน the 5-step method ถูกออกแบบมาให้ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากเนื้อหาสั้น กระชับ เน้นให้ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดได้ระบายความรู้สึก จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์กับแนวคิดการบำบัดโดยใช้พุทธศาสนาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 36 คน ส่วนมากพบว่าเป็นมารดาของผู้เสพสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่ม Immediate group (n=18) และ Delayed group (n=18) โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยอีกครั้งกลุ่มละประมาณ 5-6 คน สถานที่

ที่ใช้ในการศึกษาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 แห่ง คือ รพสต. เชียงพิณ รพสต. สามพร้าว และ รพสต. กุดสระ ซึ่งในแต่ละ รพสต. จะมี 2 กลุ่มย่อยทั้ง Immediate group และ Delayed กลุ่ม โดยกลุ่ม Immediate ทั้ง 3 รพสต. จะได้รับการบำบัดโดยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวไทยก่อน โดยใช้ระยะเวลา กลุ่มละ 6 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่ม Delayed จะยังไม่ได้รับการบำบัดใดๆ ซึ่งสามารถใช้เป็นกลุ่มควบคุมได้ในขณะนั้น ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่ม Immediate สมาชิกในกลุ่ม Delayed จึงจะได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวไทยตามลำดับต่อไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการประเมินโดย Thai-GHQ 28, WHOQOL-BREF, FA ในระยะก่อนเข้าโปรแกรม, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมของกลุ่ม Immediate และ ระยะติดตามผล 12 อาทิตย์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Repeated measure ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากที่กลุ่ม Immediate เข้าร่วมโปรแกรม ปัญหาทางด้านสุขภาพกายลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีทัศนคติต่อผู้เสียหายดีขึ้น และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อกลุ่ม Delayed เข้าร่วมโปรแกรมพบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ (2547) ได้ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานีและศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา จำนวน 197 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระดับดีมาก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก แต่การเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกครอบครัว ขณะผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาให้มากขึ้นต่อไป

ลักขณา ใจตรง (2548) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด 2) เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่มีปัจจัยส่วนตัวต่างกัน 3) เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ติดยาเสพติดต่างกัน 4) เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่มีจำนวนครั้งที่ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาต่างกัน 5) เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่มีชนิดของยาเสพติดที่ผู้ติดยาเสพติดใช้แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดและนำผู้ติดยาเสพติดมารับการบำบัดรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนตัว และแบบประเมินสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวผู้ติดยาเสพติดอยู่ในระดับปกติทุกด้าน ปัจจัยส่วนตัวของครอบครัวที่มีผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพความเกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติด และลักษณะครอบครัว ไม่แตกต่างกัน ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่มีจำนวนครั้งที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกันจะมีปัญหาสุขภาพจิตในด้านพฤติกรรมและความคิดที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิตแตกต่างกัน ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่มีระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ติดยาเสพติดต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่ชนิดของยาเสพติดที่ผู้ติดยาเสพติดใช้ต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

วราภรณ์ มั่งคั่ง (2558) ได้ศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยครอบครัวต่อการใช้ยาเสพติด ของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย วัยรุ่นเพศชาย อายุระหว่าง 15 - 19 ปี ที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดที่อยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง จำนวน 124 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นชาย การทำหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว และ การใช้ยาเสพติด พบว่า ปัจจัยความขัดแย้งในครอบครัวมีอิทธิพลและสามารถทำนายการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง ได้ร้อยละ 13.30 ($p < .05$) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นชายควรตระหนักถึงการประเมินความขัดแย้งในครอบครัวและพัฒนา รูปแบบ/ กิจกรรม วิธีการเพื่อลดความขัดแย้งนี้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) (ตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมคือ ภาวะสุขภาพ ระดับคุณภาพชีวิต และทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด) ลดปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของครอบครัวผู้ติดสารเสพติด เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ติดสารเสพติด เพิ่มทัศนคติที่ดีของครอบครัวผู้ติดสารเสพติดที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด และเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางการวิจัย ดังนี้

1. พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้าน การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา/ ผู้ติดสารเสพติดทุกชนิดรวมถึง สุราและบุหรี่ ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัด ให้บริการที่ยุ่งยากและซับซ้อน ได้ครบ 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนพิชยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นติดตามดูแลหลังการรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ ที่มีความชำนาญในการ ให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วย

มีแพทย์ จบเฉพาะทางด้านจิตแพทย์ให้การดูแลที่มีความครอบคลุมด้านอาการและ ภาวะแทรกซ้อนทางจิต แพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยา ที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมอง ติดยา

พยาบาล มีพยาบาลที่จบหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้เสพยาและสารเสพติด หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิต พยาบาลจบหลักสูตร Matrix Program หลักสูตรการ บำบัดผู้ป่วยสุรา หลักสูตรการบำบัดยาบ้าและไอซ์ หลักสูตร FAST Model หลักสูตร CBTและหลักสูตร การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับ รพ.สต.

มีทีมสหวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็น เกษัชกร ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยากับผู้ป่วยแบบ ตัวต่อตัว นักจิตวิทยา ที่เป็นผู้ประเมินอาการทางจิต และวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ที่มีรูปแบบกิจกรรมบำบัดและการส่งเสริมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ นักสังคม สงเคราะห์ ผ่านการอบรมหลักสูตรครอบครัวบำบัดทำให้เหมาะสำหรับพื้นที่ที่ทำการวิจัย

นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี เพิ่มขึ้น จากปี 2557 จำนวน 786 คน เป็นจำนวน 1,236 คนในปี 2558 และมีการดูแลที่เชื่อมโยงไปยังครอบครัวสำหรับ ผู้ติดยาและสารเสพติดด้วย เพื่อเป็นการดูแลที่ครอบคลุม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษา แบบ pre - post test design with controlled trial ในกลุ่มครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จำนวน 60 คน ไม่จำกัดเพศ อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณค่า effect size จากผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยการคำนวณขนาด effect size ของงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้เครื่องมือเหมือนกันและมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่า effect size = 0.80 (Khamchiangta, Kavanagh & Shochet, 2012). จากนั้นนำค่า Effect size มาเปิดตาราง เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย กำหนด $\alpha = 0.05$ Power Analysis = 0.80 (Cohen, 1977 cited in Polit, 1996, p.141) และ effect size = 0.80 เปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนต่อกลุ่ม (Polit, 1996, p. 143) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน เนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า drop out rate ของงานวิจัยเชิงทดลองพบประมาณ 20% เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวจากงานวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 20% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ block of 4 ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรม computer block of 4 ในการ random จากนั้นนำผลการ random มาจัดทำเป็นสัญลักษณ์ของกลุ่มทดลองและควบคุมใส่ในซองตามที random ได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองและเข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะถูกแจกของสัญลักษณ์ และทราบว่าตนเองได้เข้าร่วมกลุ่มทดลองหรือควบคุม โดยกำหนดให้มีกลุ่มควบคุม (n=30) และ กลุ่มทดลอง (n=30)

กลุ่มควบคุม(Control)

การวิจัยครั้งนี้มีการออกแบบโดยให้มีกลุ่มควบคุมเพื่อใช้เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งนี้กลุ่มควบคุมดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบใดๆอันเกิดจากการทดลองของงานวิจัย เนื่องจากกลุ่มควบคุมจะเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการตามกระบวนการเดิมที่เป็นอยู่ (Standard care) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- ไม่จำกัดเพศ
- ไม่จำกัดการศึกษา แต่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

- เป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเสพติดเป็นหลัก
- อาศัยอยู่ในครอบครัวผู้ติดสารเสพติดหรืออาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน
- เป็นผู้ที่พาผู้ติดสารเสพติดมารับการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
- เป็นผู้ที่มีผลการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการโดยใช้แบบวัดทั้ง 4 ส่วน ดังนี้
 - ผลการประเมินโดยแบบวัด GHQ-28 อยู่ในระดับปานกลาง – สูง
 - ผลการประเมินโดยแบบวัด WHO Quality Of Life (WHOQOL-BREF-THAI) อยู่ในระดับต่ำ ถึง ปานกลาง
 - ผลการประเมินโดยแบบวัด Family Attitude Scale (FAS) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง
 - ผลการประเมินโดยแบบวัด Family function Scale (FFS) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง
- ไม่เป็นผู้ที่เคยมีประวัติใช้สารเสพติดรุนแรงให้โทษหรือในกรณีเคยใช้ ต้องเป็นบุคคลที่เลิกใช้และไม่มีผลกระทบของการใช้ยาเสพติด อันส่งผลถึงการรับรู้ และการดำเนินชีวิตประจำวัน

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

- เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตและกำลังได้รับการรักษา

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ (Discontinuation criteria)

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการประกอบด้วย

- ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 70 ของกิจกรรมในโปรแกรม
- ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลการประเมินผลในระยะสิ้นสุดโครงการและระยะติดตามผล
- ผู้เข้าร่วมโครงการขอถอนตัวออกจากกระบวนการในระยะใดระยะหนึ่งของการเข้าร่วมโครงการ

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษาแบบ pre - post test design with controlled trial วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) (Edmonds & Kenedy, 2013, p. 27) มีแบบแผนการทดลองดังนี้ ตาราง 1 แบบแผนการทดลอง

Group	Pretest	Treatment	Posttest
1	O1	X	O2
2	O1	-	O2

Time →

โดยกำหนดให้

1 แทนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง (E)

2 แทนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม (C)

O1 แทนการวัดค่าข้อมูลตัวแปรตามก่อนทดลอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต
ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด และ การทำหน้าที่ครอบครัว

O2 แทนการวัดค่าข้อมูลตัวแปรตามหลังทดลอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต
ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด และ การทำหน้าที่ครอบครัว

X แทนการใช้โปรแกรม Thai Family Support ในกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง ใน 1
สัปดาห์

3. วิธีดำเนินการวิจัย (Research design)

รูปแบบการศึกษา (Study design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษาแบบ pre - post test design with controlled trial โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง หมายถึงกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดที่ประยุกต์มาใช้ในการศึกษานี้ โปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (standard care) มีแบบประเมินก่อนและหลังการทดลอง (pre and post intervention) การประเมินผลประสิทธิผลของโปรแกรมมีการประเมินผลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพ 2) คุณภาพชีวิต 3) ทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ติดสารเสพติด 4) การทำหน้าที่ของครอบครัว นอกจากนี้มีการวัดผลเชิงคุณภาพโดยการประเมินผลภายหลังการเข้าร่วมโครงการโดยการสัมภาษณ์และใช้คำถามเชิงโครงสร้าง (Structured question interview) การการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ในระยะเตรียมการมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ศึกษาโปรแกรม Thai Family Support

พัฒนาโดย อัจฉรา คำมะทิติย์ มาศึกษาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ รายละเอียดของโปรแกรม คือ Thai Family Support (TFS) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีบุตรหลานที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โปรแกรมบำบัดนี้ถูกพัฒนาและประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแนวคิดของโปรแกรม the 5-step method และ Community Reinforcement And Family Training program (CRAFT) (Khamchiangta, Kavanagh & Shochet, 2012). โดยนำมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย โปรแกรม TFS ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 14 ชั่วโมง การทำกลุ่มจะจัดให้มีขึ้นทั้งหมด 6 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (1 ครั้ง/ สัปดาห์) โดยเนื้อหาในการกลุ่มบำบัดประกอบไปด้วยการฝึกทักษะต่างๆที่สำคัญและการสอนเทคนิคและวิธีการต่างๆให้กับครอบครัวของผู้มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เพื่อให้สมาชิกครอบครัว

สามารถใช้ทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด รวมทั้งช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสติดมีสุขภาพจิตที่ดี และคงไว้การเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งมีรายละเอียดในการทำกลุ่มดังนี้

1.1 การทำกลุ่มครั้งที่ 1 การเข้าใจตนเองและเข้าใจบุตรหลานของตนเอง เป็นการนำแนวคิด The 5-step method ในระยะแรกมาใช้ในการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่นโดยใช้การพูดคุยระบายความรู้สึก

1.2 การทำกลุ่มครั้งที่ 2 การเผชิญปัญหาและแนวทางในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นขั้นตอนการค้นหารูปแบบการเผชิญปัญหาของสมาชิกกลุ่ม และอธิบายแนวทางการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้กระบวนการเสริมแรงทางบวกและการเสริมแรงทางลบเพื่อช่วยให้ญาติของตนเองลดปริมาณการใช้สารเสติด

1.3 การทำกลุ่มครั้งที่ 3 ศาสนบำบัด ในขั้นตอนนี้จะใช้กิจกรรมทางศาสนาในการบำบัดให้สมาชิกเกิดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จรรโลงจิตให้เข้มแข็ง และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาตามบริบทของสังคมไทย โดยให้สมาชิกกลุ่มไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา ทำสังฆทานที่วัดในชุมชนของตนเอง รับฟังเทศน์จากพระอาจารย์ที่วัด เพื่อให้เกิดความร่มเย็นทางจิตใจ

1.4 การทำกลุ่มครั้งที่ 4 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการเชื่อมโยงระหว่างลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ในกระบวนการนี้สมาชิกจะได้ค้นหาว่าลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวของตนเองเป็นแบบใด การสื่อสารในครอบครัวมีผลอย่างไรต่อสัมพันธภาพ และได้รับการสอนทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้กับผู้ติดสารเสติด โดยใช้กระบวนการบทบาทสมมติในกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ

1.5 การทำกลุ่มครั้งที่ 5 การดูแลตนเองและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาของตนเอง และค้นหาวิธีการบำบัดด้วยตนเองให้เหมาะกับบริบท โดยค้นหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง การใช้แหล่งประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เมื่อเกิดปัญหาในภาวะวิกฤติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดสารเสติด

1.6 การทำกลุ่มครั้งที่ 6 การสร้างเครือข่าย เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้พบปะและเกิดการตั้งกลุ่มเครือข่ายความช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยให้สมาชิกมีการกำหนดบทบาทหัวหน้าทีม และบทบาทอื่นๆตามที่สมาชิกต้องการ เพื่อคอยช่วยเหลือเพื่อนในกลุ่ม เมื่อต้องเผชิญปัญหาต่างๆในการอยู่ร่วมกับผู้ติดสารเสติด

2. การพัฒนาโปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS)

มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเนื้อหาสาระของ TFS มาปรับปรุงและพัฒนามาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์จึงมีการพัฒนาและปรับปรุงโดยผ่านความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านโปรแกรมบำบัด และมีประสบการณ์ในการทำงาน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ M-TFS

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม:

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดมีสุขภาพจิตดีและลดการเจ็บป่วย
2. เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติด

โปรแกรม M-TFS ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการจัดกลุ่มภายใน 1 สัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) โดยเนื้อหาในการกลุ่มบำบัดประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สามารถสรุปได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การทำกลุ่มครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเป็นการปรับกิจกรรมครั้งที่ 1 2 และ 3 เดิม มาประยุกต์รวมกันโดยในครั้งแรกถือเป็น hooker ที่จะทำให้ สมาชิกกลุ่มต้องการเข้ากลุ่มต่อไป

- เน้นเรื่องการเข้าใจตนเอง
- สร้างอารมณ์ร่วมของการเป็นครอบครัวของผู้ใช้สาร
- กระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- เน้นย้ำให้ทราบว่า สมาชิกกลุ่มเป็นกลุ่มที่มักถูกมองข้าม และไม่มีโปรแกรมช่วยเหลือ
- กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงการเผชิญปัญหา ตามประสบการณ์เดิม
- ให้ข้อมูลวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม
- เน้นย้ำเรื่องการใช้ศาสนบำบัด

การทำกลุ่มครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติด และการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

- ฝึกการมองผู้ใช้สารเสพติดในมุมมองใหม่ โดยเริ่มจากการเรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้ใช้สาร โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคสมองตื้อยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด ฝึกการวิเคราะห์ปัจจัยตามใบงาน

- เรียนรู้การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยหลักการ positive and negative reinforcement โดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมของตนเอง โดยใช้ใบงานพฤติกรรม

- การฝึกมองบวก โดยให้ concept เกี่ยวกับการมองบวก และ ฝึกให้สมาชิกนึกภาพในอดีตที่ผู้ใช้สารมีพฤติกรรมด้านบวก (สมัยเมื่อครั้งเป็นเด็ก)

การทำกลุ่มครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- ฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกพูดถึงวิธีการสื่อสารของตนเอง เมื่อผู้ใช้สารเสพติดในสถานการณ์ต่างๆ (ตามประสบการณ์เดิม)

- ให้สมาชิกพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อมีการปะทะกันทางคำพูดเมื่อใช้การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม
- ฝึกการสื่อสารที่เหมาะสม ตามสถานการณ์ต่างๆ Role play

- ให้ข้อมูลเรื่องการสนับสนุนทางสังคม แหล่งช่วยเหลือต่างๆ เมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน
- สร้างเครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- ประชุมทีมวิจัยเพื่อนำโปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) มาประยุกต์ โดยเฉพาะที่การทำกลุ่มครั้งที่ 3 เรื่อง ศาสนบำบัด ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้จะประยุกต์จากโปรแกรมเดิมของ อัจฉรา คำเชียงตา จากโปรแกรมเดิม สมาชิกกลุ่มต้องไปประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่วัดในชุมชน ส่วนการประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลจะใช้กิจกรรมทางศาสนาที่สามารถปฏิบัติได้ในโรงพยาบาล
- จัดทำคู่มือโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในฉบับปรับปรุงเพื่อประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และปรับแก้ตามคำแนะนำ
- เตรียมทีมผู้นำกลุ่ม โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการเป็นผู้นำกลุ่มในโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว เพื่อให้ผู้นำกลุ่มเข้าใจเนื้อหา วิธีการ ในการทำกลุ่ม เพื่อควบคุมคุณภาพ ให้ผู้นำทำกลุ่มไปในทิศทางเดียวกัน และจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในบทบาท ผู้นำกลุ่ม ผู้สังเกตการณ์กลุ่ม และกระบวนการประชุมกลุ่มภายหลังการทำกลุ่ม

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

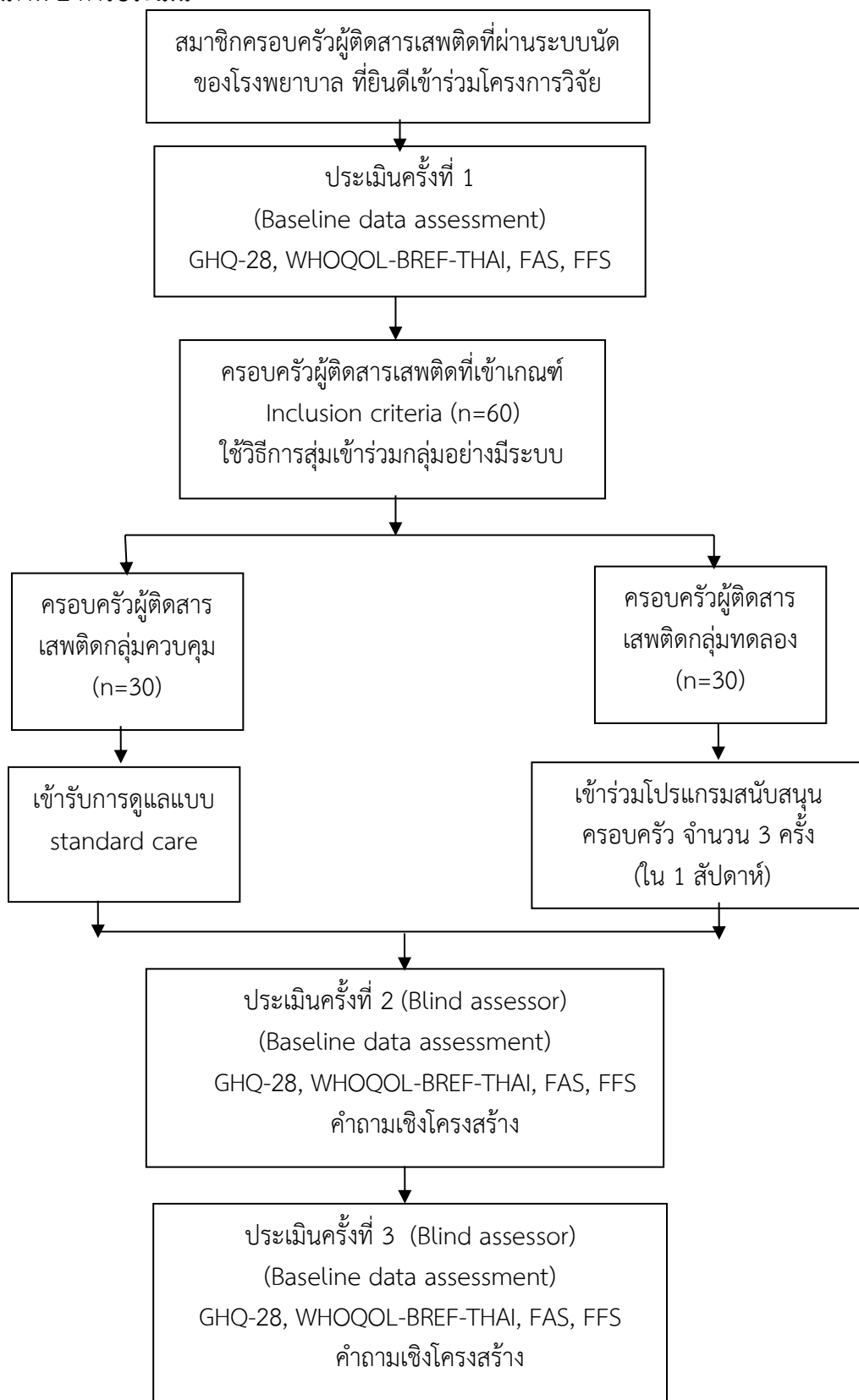
ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมดำเนินการโดยใช้รูปแบบ pre - post test design with controlled trial โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดที่ประยุกต์มาใช้ในการศึกษานี้ (Family support program) และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (standard care) มีแบบประเมินก่อนและหลังการทดลอง (pre and post intervention) การประเมินผลประสิทธิภาพของโปรแกรมมีการประเมินผลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพ 2) คุณภาพชีวิต 3) ทศนคติของครอบครัวต่อผู้ติดสารเสพติด 4) การทำหน้าที่ของครอบครัว นอกจากนั้นมีการวัดผลเชิงคุณภาพโดยการประเมินผลภายหลังการเข้าร่วมโครงการโดยการสัมภาษณ์และใช้คำถามเชิงโครงสร้าง (Structured question interview)

1. การประเมินครั้งที่ 1 (pre test) ใช้การประเมินในวันแรกของการเริ่มต้นโครงการโดยเป็นการใช้แบบสอบถามทั้ง 4 แบบสอบถาม เป็นการ Screening ผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง และข้อมูลที่ได้จะเป็นการประเมินในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. การประเมินครั้งที่ 2 (Post test) ใช้แบบสอบถามทั้ง 4 แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง โดยใช้สำหรับประเมินกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากที่กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมทันที

3. การประเมินครั้งที่ 3 (Follow up) ใช้แบบสอบถามทั้ง 4 แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง โดยใช้สำหรับประเมินกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังจากการกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน ตามรายละเอียดการดำเนินงานดังแสดงในแผนภูมิภาพต่อไปนี้

แผนภูมิภาพ 2 การประเมิน



4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรม Modified Thai Family Support (M-TFS) และทีมผู้วิจัยจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

2. เครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยแบ่งเป็นเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและนำบางส่วนมาจากแบบประเมินมาตรฐาน โดยศึกษาจากทฤษฎี งานวิจัย บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด คำจำกัดความของการวิจัยและปรับปรุงจากรายงาน การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

เชิงปริมาณ ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพของท่าน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว บุคคลที่ท่านคิดว่าผู้ป่วยไว้วางใจสามารถพูดคุยหรือขอรับคำปรึกษาได้ในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน

- แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว Family Function Scale (FFS) เป็นแบบประเมินครอบครัวในด้านการทำบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย นับเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดเข้มแข็ง หากญาติและผู้ป่วยเสพติดมีความเข้าใจกันจะมีส่วนช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ภายใน สธร. มีข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ในแต่ละข้อมีคำตอบในเลือก 4 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ญาติผู้ป่วยมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 10, 12, 16, 19, 23, 28, 30, 32 และ 35 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน	
	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่ตรงเลย	1	4
ตรงเล็กน้อย	2	3
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงมากที่สุด	4	1

ตัวอย่างการประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว

การทำหน้าที่ครอบครัว	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านได้				

แปลผล การประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว

คะแนน < 45	การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 46 – 95	การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 96 – 140	การทำหน้าที่ครอบครัวของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

- แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28) Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหา สุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด คุณสมบัติของแบบสอบถามผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือ ได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2545)

สำหรับ Thai GHQ – 28 ซึ่งเป็น Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่ม 1 ข้อ 1 – 7	เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)
กลุ่ม 2 ข้อ 8 – 14	เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)
กลุ่ม 3 ข้อ 15 – 21	เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)
กลุ่ม 4 ข้อ 22 – 28	เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ คิดคะแนนแบบ Likert score (0–1–2–3)

ตัวอย่างแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28)

1) รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี

ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. แย่กว่าปกติ ง. แย่กว่าปกติมาก

แปลผลแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28)

Thai GHQ – 28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก Quality Of Life (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตถินรินทร์กุล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้

ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดีโดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดีโดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545) โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, และ 11 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ระดับคะแนน	
	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่เลย	1	5
เล็กน้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

ตัวอย่างแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ - 28)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					

แปลผล แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ - 28)

26 - 60 คะแนน	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี
61 - 95 คะแนน	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
96 - 130 คะแนน	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

- แบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS) สำหรับประเมินทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยเสพติดของ (Kavanagh, 1997 แปลโดย อัจฉรา คำเชียงตา, 2555) แบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อยมาก บางวันเกือบทุกวัน และทุกวัน ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นมากที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด 20 และข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด 10 ข้อ คือข้อ 1, 9, 12, 15, 16, 20, 21, 24, 28 และ 30 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS)

ระดับทัศนคติ	ระดับคะแนน	
	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่เลย	0	4
เล็กน้อย	1	3
บางวัน	2	2
เกือบทุกวัน	3	1
ทุกวัน	4	0

ตัวอย่างแบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	บางวัน	เกือบทุกวัน	ทุกวัน
มันเป็นเรื่องดีที่มีเขาอยู่ใกล้ๆ					

แปลผลแบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS)

คะแนนเต็ม 120 คะแนน ใช้การแปลผลโดยดูจากค่าคะแนนที่ได้ ยิ่งค่าคะแนนเข้าใกล้คะแนนเต็มมากเท่าไร หมายถึงทัศนคติของครอบครัวต่อผู้สูงอายุและสารเสพติดยิ่งมีค่ามาก

เชิงคุณภาพ

คำถามเชิงโครงสร้าง

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ผู้สูงอายุ และสารเสพติด ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ และผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบโปรแกรมครอบครัวบำบัด เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

- 1) ดร.อุทยา นาคเจริญ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาธรรมาชนครินทร์
- 2) ดร.นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สพยช.)

- 3) นางวิไลรัตน์ ศิริฤกษ์สกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
(สยช.)

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะโดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้ครอบคลุมนิยามปฏิบัติการ และ
แนะนำให้ปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้อง เหมาะสม และเข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

5.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try Out) กับครอบครัวผู้ติดยา
และสารเสพติด ภายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน เก็บในช่วง
ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 15 พฤษภาคม 2559 จำนวน 30 คน ทดลองใช้เครื่องมือ เพื่อทดสอบความ
เชื่อมั่นของแบบประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยก่อนนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง นำข้อมูลมา
วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.80 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของ
แบบประเมินก่อนนำไปใช้จริงมีผลลัพธ์ดังนี้

- แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.83
- แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.82
- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่า
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.86
- แบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS) มีค่าความเชื่อมั่น
ทั้งฉบับ = 0.84

6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้ที่เข้าร่วมวิจัย
กำหนดให้ครอบครัวละ 1 คน ที่มีความใกล้ชิดและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ
กลุ่มทดลองและควบคุม ได้เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน
3. กลุ่มทดลองแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย กลุ่มย่อยละ 7-8 คน โดยแต่ละกลุ่มย่อยจะได้รับการบำบัด
โดยการเข้าร่วมโปรแกรมเหมือนกัน และต้องเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้งในทุกๆกลุ่มซึ่งในการบำบัดของ
ทั้ง 4 กลุ่มย่อยของกลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดจากผู้นำกลุ่มที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรม
ครอบครัวบำบัด เพื่อให้การทำกลุ่มมีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน ขณะดำเนินกลุ่มจะมีผู้
สังเกตการณ์จดบันทึกกระบวนการดำเนินการในกลุ่ม และมีการประชุมกลุ่ม (Post group discussion)
ร่วมกันระหว่างผู้นำกลุ่ม ผู้สังเกตการณ์ และทีมวิจัย เพื่อการควบคุมมาตรฐาน และหาแนวทางร่วมกัน
ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการกลุ่ม

4. กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี คือ ในกรณีที่มาตามนัดปกติผู้ป่วยจะมาพร้อมญาติและระยะเวลาในการนัดจะเป็น 2 สัปดาห์ต่อครั้ง จำนวน 4 ครั้ง 4 สัปดาห์ต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วนจะมีระบบการนัดที่ถี่ขึ้นจากเดิม และครอบครัวจะได้เข้ารับการบำบัดรักษาและให้คำแนะนำกับพยาบาลที่อยู่ติดผู้ป่วยนอก ตามระบบการนัดของ Matrix program พบนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่ประเมินและควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

5. การประเมินใช้การประเมิน 2 ครั้ง การควบคุมคุณภาพในการประเมินผลจะใช้ Blind assessor ในการประเมินผลครั้งที่ 2 โดยผู้ที่ประเมินจะไม่ทราบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มอยู่กลุ่มใด รายละเอียดในการประเมิน มีดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS

ครั้งที่ 2 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS นอกจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินด้วยคำถามเชิงโครงสร้างเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ประเมินเป็น Blind assessor

ครั้งที่ 3 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS โดยใช้การสอบถามทางโทรศัพท์ (Telephone interview) ผู้ประเมินเป็น Blind assessor

7. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งวิธีดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะก่อนการทดลอง

ระยะทดลอง

ระยะหลังการทดลอง

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

7.1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ ในการดำเนินการโปรแกรม Modifide Thai Family Support (M-TFS) เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยและขออนุญาตให้บุคลากรมาเป็นผู้ช่วยนักวิจัย มีการดำเนินการดังนี้

การเตรียมกลุ่มอาสาสมัคร

7.1.1 ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ผู้วิจัยประชุมกลุ่มวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมทดลอง และศึกษาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

7.1.2 สํารวจข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลาเริ่มเสพใหม่ ระยะเวลาบำบัด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามผลการรักษา เพื่อหาข้อมูลของครอบครัวที่เข้ารับการรักษา ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ระหว่างเดือน มกราคม 2559-พฤษภาคม 2559 มีจำนวน 158 คน

7.1.3 ประกาศและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อรับสมัครอาสาสมัครคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) จะได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับข้อกำหนดทั้งสิ้น 60 คน

7.1.4 สุ่มอาสาสมัครเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ block of 4 ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรม computer block of 4 ในการ random จากนั้นนำผลการ random มาจัดทำเป็นสัญลักษณ์ของกลุ่มทดลองและควบคุมใส่ในซองตามที random ได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองและเข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะถูกแจกของสัญลักษณ์ และทราบว่าตนเองได้เข้าร่วมกลุ่มทดลองหรือควบคุม โดยกำหนดให้มีกลุ่มควบคุม (n=30) และ กลุ่มทดลอง (n=30)

7.1.5 จัดทำคู่มือการทำกลุ่มดังนี้

7.1.5.1 คู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับผู้นำกลุ่ม Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS) For families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital : For group leader

7.1.5.2 คู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับสมาชิกกลุ่ม Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS) for families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital : For group member

7.1.6 ผู้วิจัยเชิญอาสาสมัคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) มาเริ่มทำกลุ่มประชุมที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี พร้อมกับแนะนำตนเอง ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิ ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้อาสาสมัครหรือผู้ดูแลลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนโดยนักวิจัย หลังจากนั้นนัดหมายอาสาสมัครเพื่อเตรียมตัวสำหรับการดำเนินการโปรแกรม Modifide Thai Family Support (M-TFS)

7.1.7 นัดหมายวัน เวลา กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวิธีการทดลอง

7.1.8 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประกาศรับสมัครผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี เนื่องจากว่าการทดลองในครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งสิ้น 30 คน และต้องฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม Modifide Thai Family Support (M-TFS) จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ และศุกร์) จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการวิจัย จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา

นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โดยฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัยในการทำกลุ่ม ระหว่างวันที่ 10-12 พฤษภาคม 2559 ทำหน้าที่ช่วยจัดกิจกรรมตามโปรแกรม Modifide Thai Family Support (M-TFS) ซึ่งในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยจะประกอบไปด้วยกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- ครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม
- ครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

7.2 ระยะเวลาทดลอง

การทดลองดำเนินการตามโปรแกรม Modifide Thai

7.2.1 การเตรียมทำกลุ่มโปรแกรม Family Support (M-TFS) จัดทำกลุ่มตามคู่มือโปรแกรม แก่กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 8 คน โดยแบ่งการทำกลุ่มออกเป็นส่วนเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

7.2.1.1 กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครจำนวน 7 คน ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ 2 คน) ทำกลุ่ม ครั้งที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2559 ครั้งที่ 2 วันที่ 1 มิถุนายน 2559 และครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิถุนายน 2559

7.2.1.2 กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครจำนวน 8 คน ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน) ทำกลุ่ม ครั้งที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2559 ครั้งที่ 2 วันที่ 1 มิถุนายน 2559 และครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิถุนายน 2559

7.2.1.3 กลุ่มที่ 3 อาสาสมัครจำนวน 7 คน ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน) ทำกลุ่ม ครั้งที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2559 ครั้งที่ 2 วันที่ 1 มิถุนายน 2559 และครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิถุนายน 2559

7.2.1.4 กลุ่มที่ 4 อาสาสมัครจำนวน 8 คน ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน) ทำกลุ่ม ครั้งที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2559 ครั้งที่ 2 วันที่ 1 มิถุนายน 2559 และครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิถุนายน 2559

รายละเอียดของการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ดังนี้

การทำกลุ่มครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเป็นการปรับกิจกรรมครั้งที่ 1 2 และ 3 เดิม มาประยุกต์รวมกันโดยในครั้งแรกถือเป็น hooker ที่จะทำให้ สมาชิกกลุ่มต้องการเข้ากลุ่มต่อไป

- เน้นเรื่องการเข้าใจตนเอง
- สร้างอารมณ์ร่วมของการเป็นครอบครัวของผู้ใช้สาร
- กระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- เน้นย้ำให้ทราบว่า สมาชิกกลุ่มเป็นกลุ่มที่มักถูกมองข้าม และไม่มีโปรแกรมช่วยเหลือ

- กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงการเผชิญปัญหา ตามประสบการณ์เดิม
- ให้ข้อมูลวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม
- เน้นย้ำเรื่องการใช้ศาสนาบำบัด

การทำกลุ่มครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติด และการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

- ฝึกการมองผู้ใช้สารเสพติดในมุมมองใหม่ โดยเริ่มจากการเรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้ใช้สาร โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคสมองติดยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด ฝึกการวิเคราะห์ปัจจัยตามใบงาน

- เรียนรู้การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยหลักการ positive and negative reinforcement โดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมของตนเอง โดยใช้ใบงานพฤติกรรม

- การฝึกมองบวก โดยให้ concept เกี่ยวกับการมองบวก และ ฝึกให้สมาชิกนึกภาพในอดีตที่ผู้ใช้สารมีพฤติกรรมด้านบวก (สมัยเมื่อครั้งเป็นเด็ก)

การทำกลุ่มครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- ฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกพูดถึงวิธีการสื่อสารของตนเอง เมื่อผู้ใช้สารเสพติดในสถานการณ์ต่างๆ (ตามประสบการณ์เดิม)

- ให้สมาชิกพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อมีการปะทะกันทางคำพูดเมื่อใช้การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม
- ฝึกการสื่อสารที่เหมาะสม ตามสถานการณ์ต่างๆ Role play
- ให้ข้อมูลเรื่องการสนับสนุนทางสังคม แหล่งช่วยเหลือต่างๆ เมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน
- สร้างเครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

7.2.2 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแนวทางการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

7.2.3 หลังจากทำกลุ่มเสร็จครั้งที่ 3 อาสาสมัครทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS โดยใช้การสอบถามทางโทรศัพท์ (Telephone interview) ผู้ประเมินเป็น Blind assessor

7.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

7.3.1 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองประเมินครั้งที่ 3 นี้ นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ทำการประเมิน จะไม่ทราบว่ารายใดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Double blind) เพื่อเป็นการป้องกันความลำเอียง (Bias) ที่อาจเกิดขึ้น (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2550, หน้า 96) โดยใช้แบบประเมิน GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS และคำถามเชิงโครงสร้าง

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์โดยแยกวิเคราะห์ ดังนี้

8.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows version 20

8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอ้างอิง ได้แก่ ใช้สถิติ Repeated measure ANOVA สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล

9. จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิด้านจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาล ัญญารักษ์อุดรธานี ได้เสนอขอรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รหัสโครงการวิจัยที่ 58041 เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยที่ 004/2559 ซึ่งมีรายละเอียดด้านจริยธรรมการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย หลักการและเหตุผลการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และสิ่งที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติระหว่างการวิจัย รวมถึงเหตุผลในการขอให้อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยอย่างเปิดเผยและครบถ้วน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามความเข้าใจในโครงการวิจัยของอาสาสมัครและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยเห็นว่าหากอาสาสมัครไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัคร เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

3. ระหว่างดำเนินการวิจัย หากเกิดความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่ออาสาสมัครทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความคับข้องใจ ความเครียด เป็นต้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการช่วยเหลือทันทีโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล รายครอบครัว

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเคารพในการรักษาความลับของอาสาสมัคร โดยในแบบบันทึกข้อมูลและการรายงานผลการวิจัยไม่มีการระบุตัวอาสาสมัคร

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ร่วมการวิจัย ดังนั้นผู้ทำการวิจัยจะไม่ทำการใดๆ ที่เป็นการก่อให้เกิดอันตราย หรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ร่วมการศึกษา โดยการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมการศึกษา ความรับผิดชอบของผู้วิจัย จริยธรรมในการวิจัยเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง จึงต้องมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประการ มีรายละเอียด ดังนี้

1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ผู้วิจัยเคารพการตัดสินใจและตระหนักในสิทธิของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย ให้โอกาสและสิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งได้ทำการยินยอมด้วยวาจาแทนการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ร่วมวิจัยหรือ ผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างชัดเจนในกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

3) หลักยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิจัยแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม ให้แต่ละบุคคลได้รับในสิ่งที่พึงได้รับ ผู้วิจัยให้ความเคารพสิทธิของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับ ไม่เปิดเผยชื่อสกุลจริง ให้เกียรติทุกคน นอกจากนี้ตัวของ ผู้วิจัยได้ยึดมั่นในความมีจริยธรรมและความซื่อสัตย์ในการดำเนินโครงการวิจัย ประพฤติตนบนพื้นฐานมารยาทสุภาพชน ตรงต่อเวลา ไม่ผิดคำพูด และอย่าให้ทราบถึงความเคร่งครัดในการพิทักษ์สิทธิและ การรักษาความลับเพื่อช่วยให้ผู้ร่วมศึกษา มีอิสระ รู้สึกปลอดภัยในการให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี (The Modified Thai Family Support program (M-TFS) for families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital) ซึ่งโปรแกรมบําบัดนี้มุ่งเน้นที่การสนับสนุนและช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด

โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ได้เสนอขอรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากสถาบันบําบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รหัสโครงการวิจัยที่ 58041 เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยที่ 004/2559

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ pre-post test design with control trial กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ และระดับการศึกษา เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวผู้ติดยาเสพติดหรืออาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน และเป็นผู้ที่พาผู้ติดยาเสพติดมารับการบําบัดที่สถานบําบัดธัญญารักษ์อุดรธานี ไม่เป็นผู้ที่เคยมีประวัติใช้สารเสพติดรุนแรงให้โทษหรือในกรณีเคยใช้ต้องเป็นบุคคลที่เลิกใช้และไม่มีผลกระทบของการใช้ยาเสพติด อันส่งผลถึงการรับรู้ และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดกรองก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมโครงการต้องเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการอยู่ร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด ทีมวิจัยมีการประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดเข้าร่วมโครงการวิจัย และคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยผ่านทางคลินิกผู้ป่วยนอก โดยพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พบผลการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- ผลการประเมินโดยแบบวัด GHQ-28 อยู่ในระดับปานกลาง – สูง
- ผลการประเมินโดยแบบวัด WHO Quality Of Life (WHOQOL-BREF-THAI) อยู่ในระดับต่ำ ถึง ปานกลาง
- ผลการประเมินโดยแบบวัด Family Attitude Scale (FAS) อยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง
- ผลการประเมินโดยแบบวัด Family function Scale (FFS) อยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง

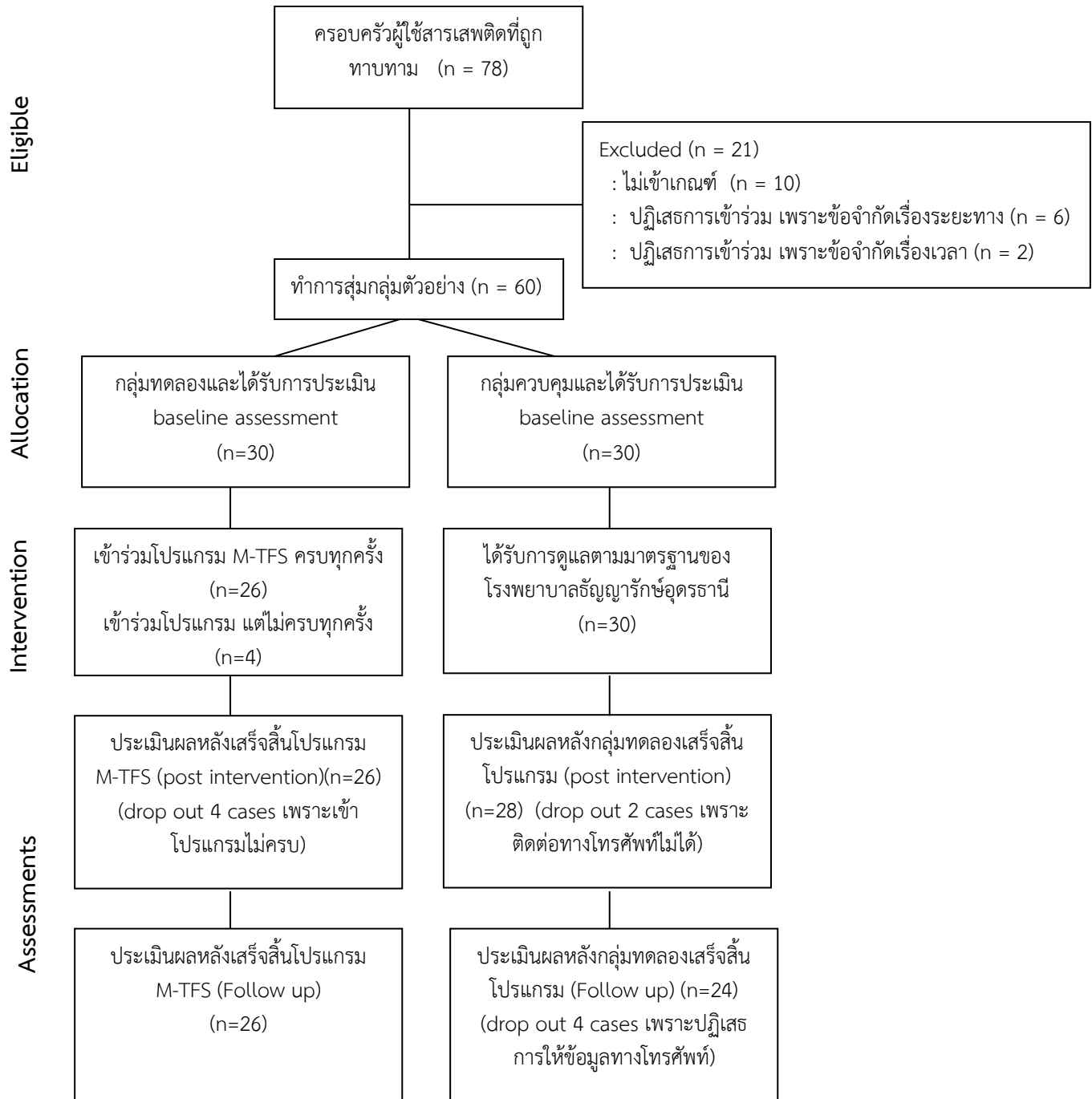
ภายหลังพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมบําบัดที่ประยุกต์มาใช้ในการศึกษานี้ (M-TFS) จำนวน 30 คน (n=30) และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (standard care) (n=30) โดยในกลุ่มทดลองมีการจัดแบ่งเข้ากลุ่มบําบัดจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 7-8 คน ในแต่ละกลุ่มจะมีผู้บําบัดที่ผ่านการอบรมจากทีมวิจัยในการใช้โปรแกรม M-TFS

ผู้นำกลุ่มเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการใน 2 แผนกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี คือ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกติดตาม โดยในแผนกผู้ป่วยนอกจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โดยเป็นกลุ่มที่ผ่านการบำบัดจากติ๊กผู้ป่วยในและอยู่ในระยะของการบำบัดแบบติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่แผนกติดตามจะเป็นกลุ่มของสมาชิกครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในระยะติดตามของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

จากการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดจำนวน 78 คนให้ความสนใจและถูกทาบทามให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากทำแบบประเมิน GHQ-28, QOL, FAS, และ FFS พบว่า 10 คน ไม่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม เนื่องจากคะแนนของแบบประเมินไม่เป็นไปตามข้อกำหนด อีก 6 คนมีภูมิลำเนาไกลจากจังหวัดอุดรธานี และไม่สะดวกในการติดตามผลทางโทรศัพท์ และอีก 2 คน ไม่สะดวกในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามวันและเวลาที่กำหนด ทำให้มีกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 60 คน โดยทั้ง 60 คนถูกสุ่มเข้าร่วมกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม (M-TFS) จำนวน 30 คน (n=30) และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (standard care) (n=30) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการตลอดการศึกษาทั้งหมด 26 คน เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ในทุกครั้ง (drop out) จำนวน 4 คน และ กลุ่มควบคุมที่สามารถติดตามผลได้ทั้งหมด 28 คน และมี 2 คนที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้จำนวน (drop out) 2 คน ส่วนในระยะติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม 1 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองสามารถติดตามผลได้ 26 คน และในกลุ่มควบคุมสามารถติดตามผลได้ 24 คน เนื่องจากในกลุ่มควบคุม 4 คน ปฏิเสธการให้ข้อมูลเมื่อติดต่อผ่านทางโทรศัพท์

แผนภาพ 3 แผนภาพแสดงการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง



การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2559 ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลโดย Shapiro Wilks ใช้สำหรับการตรวจสอบ normality และ Levene tests ใช้สำหรับการตรวจสอบ homogeneity of variance

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi square และ Repeated Measures ANOVA

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ดังนี้

\bar{x}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนคนในกลุ่ม
df	หมายถึง	ระดับของความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	หมายถึง	ผลรวมของกำลังสอง (Sum of Square)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of Square)
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
Λ	หมายถึง	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร
Partial η^2	หมายถึง	ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน Multivariate
F test	หมายถึง	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย โดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองในการเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดและการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
Categorical variables							
เพศ							
ชาย	7	23.3	7	23.3			
หญิง	23	76.7	23	76.7	0.00	1	1.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
บิดา	7	23.3	7	23.3			
มารดา	19	63.4	20	66.7			
ภรรยา	4	13.3	3	10.0	0.17	2	.92
การศึกษา							
ประถมศึกษา	7	23.3	5	16.7			
มัธยมศึกษา	9	30.0	6	20.0			
ปวช.	4	13.3	9	30.0			
ปวส./อนุปริญญา	5	16.7	5	16.7			
ปริญญาตรี	5	16.7	5	16.7	2.86	4	.58
อาชีพ							
ค้าขาย	7	23.3	8	26.7			
รับจ้างทั่วไป	3	10.0	5	16.7			
รับราชการ	5	16.7	7	23.3			
แม่บ้าน	7	23.3	4	13.3			
เกษตรกร	8	26.7	6	20.0	2.00	4	.74
รายได้(บาท)							
ต่ำ 15,000 – 25,000 บาท	18	60.0	16	53.4			
ปานกลาง 25,001–35,00 บาท	9	30.0	13	43.3			
สูง 35,001 – 45,000 บาท	3	10.0	1	3.3	1.85	2	.40

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		F	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความสัมพันธ์ในครอบครัว							
รักใคร่ ผูกพัน	11	36.7	11	36.7			
ทะเลาะกับบางครั้งแต่ยังรักกัน	16	53.3	17	56.6			
ทะเลาะกันบ่อยครั้ง	3	10.0	2	6.7	0.23	2	.89
Continuous variables	M(SD)		M(SD)		F	df	p
อายุ	46.37(5.17)		45.50(4.87)		0.29	1,58	0.59

* p – value < .05

จากตาราง 2 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลดังต่อไปนี้

อายุ พบว่า กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 32-55 ปี อายุเฉลี่ย 46.37 ปี (S.D = 5.16) ส่วนมากมีอายุ 42 – 51 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 32-55 ปี อายุเฉลี่ย 45.5 ปี (S.D = 4.86) และส่วนมากมีอายุ 42 – 51 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.3

เพศ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีจำนวนที่เท่ากันคือ เพศชาย 7 คน ร้อยละ 23.3 และเพศหญิง 23 คน ร้อยละ 76.7

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ ในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์เป็น เป็นมารดา จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.4 และในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์เป็น เป็นมารดา จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7

ระดับการศึกษา พบว่า ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.0 และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ปวช. จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.0

อาชีพ พบว่า ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย และแม่บ้าน จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.3 และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.7

รายได้ พบว่า กลุ่มควบคุม มีรายได้ตั้งแต่ 15,000 – 45,000 บาท รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24,633.3 บาท (S.D = 8281.6) ส่วนมากมีรายได้ต่ำ ระหว่าง 15,000 – 25,000 บาท จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.0 และในกลุ่มทดลอง รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25,066.7 บาท (S.D = 7016.9) ส่วนมากมีรายได้ต่ำ ระหว่าง 15,000 – 25,000 บาท จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.4

ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวคือ ทะเลาะกับบางครั้งแต่ยังรักกัน ในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 16 คน ร้อยละ 53.3 และในกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.6

ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบทางสถิติพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ในการเปรียบเทียบ

ตาราง 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	F test	
<i>P</i>	M (SD)	M (SD)		
ภาวะสุขภาพ	7.87 (2.49)	8.20 (3.02)	1.56	0.217
คุณภาพชีวิต	79.22 (2.92)	82.78 (2.92)	0.05	0.815
ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด	72.89 (3.48)	71.06 (3.48)	2.21	0.112
การทำหน้าที่ของครอบครัว	66.17 (11.87)	64.90 (13.32)	0.83	0.367

จากตาราง 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองพบว่า ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันในระยะก่อนทดลองซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคล้ายคลึงกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรภาวะสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
เวลา	0.65	15.66	2	0.00*	0.36
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่ม	0.70	12.24	2	0.00*	0.30

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่าผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลา พบว่าอิทธิพลหลักของเวลานี้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.65, $F_{(2, 57)} = 15.66$, $p < .001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.36 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพ เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง และการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลากับกลุ่ม พบว่าอิทธิพลหลักของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.70, $F_{(2, 57)} = 12.24$, $p < .001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.30 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพ เปลี่ยนไปตามเวลาและเปลี่ยนไปตามกลุ่ม

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ภาวะสุขภาพ	SS	df	MS	F	p -value	Partial η^2
กลุ่ม	296.45	1	296.45	11.45	0.001*	0.16
เวลา	171.05	1.3	135.45	24.29	0.00*	0.29
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา	112.53	1.3	89.10	15.98	0.00*	0.25
ความคลาดเคลื่อน	408.43	73.25	5.58			

*p - value < .05

จากตาราง 5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง ระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 11.45$, $p = .001$) (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.16 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพเมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $F = 24.29$, $p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน) $F = 24.29$, $p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.25

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรคุณภาพชีวิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
เวลา	0.56	22.34	2	0.00*	0.44
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่ม	0.64	16.18	2	0.00*	0.36

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 6 พบว่าผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลา พบว่าอิทธิพลหลักของเวลา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.56, $F_{(2, 57)} = 22.34$, $p < 0.001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.44 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อคุณภาพชีวิต เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง และการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลากับกลุ่ม พบว่าอิทธิพลหลักของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.64, $F_{(2, 57)} = 16.18$, $p < 0.001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.36 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพ เปลี่ยนไปตามเวลาและเปลี่ยนไปตามกลุ่ม

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ภาวะสุขภาพ	SS	df	MS	F	p-value	Partial η^2
กลุ่ม	264.02	1	264.02	1.34	0.25	0.22
เวลา	829.81	1.85	448.48	23.09	0.00*	0.29
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา	561.92	1.85	303.69	15.63	0.00*	0.21
ความคลาดเคลื่อน	2083.97	107.31	19.42			

*p - value < .05

จากตาราง 7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง ระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน) $F = 1.34$, $p = 0.25$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.22 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $F = 23.09$, $p < .001$

ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน $F = 15.63, p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.21

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
เวลา	0.54	20.19	2	0.00*	0.46
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่ม	0.49	23.77	2	0.00*	0.50

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 พบว่าอิทธิพลหลักของเวลา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.54, $F_{(2, 46)} = 20.19, p < 0.001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.46 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง และการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลากับกลุ่ม พบว่าอิทธิพลหลักของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่ม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.49, $F_{(2, 46)} = 23.77, p < .001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.50 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด เปลี่ยนไปตามเวลาและเปลี่ยนไปตามกลุ่ม

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

ภาวะสุขภาพ	SS	df	MS	F	p-value	Partial η^2
กลุ่ม	9357.27	1	9357.27	15.35	0.00*	0.25
เวลา	6286.27	1.3	4574.86	24.21	0.00*	0.34
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา	5681.02	1.3	4134.10	21.88	0.00*	0.32
ความคลาดเคลื่อน	12203.36	64.52	188.96			

*p - value < .05

จากตารางที่ 9 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $F = 15.35, p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.25 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด เมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $F = 24.21, p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.34 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน) $F = 21.88, p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.32

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ของตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาตามเวลา (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
เวลา	0.57	21.87	2	0.00*	0.43
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่ม	0.57	21.36	2	0.00*	0.43

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลา พบว่าอิทธิพลหลักของเวลา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.57, $F_{(2, 57)} = 21.87, p < 0.001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.43 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง และการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเวลากับกลุ่ม พบว่าอิทธิพลหลักของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilks's Lambda = 0.57, $F_{(2, 57)} = 21.36, p < .001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.43 แสดงว่าผลของโปรแกรม M-TFS ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เปลี่ยนไปตามเวลาและเปลี่ยนไปตามกลุ่ม

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังกการทดลองและระยะติดตาม
ผล

ภาวะสุขภาพ	SS	df	MS	F	p -value	Partial η^2
กลุ่ม	1105.09	1	1105.09	15.35	0.10	0.46
เวลา	390.03	1.7	230.01	25.17	0.00*	0.30
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา	5681.02	1.3	4134.10	21.33	0.00*	0.27
ความคลาดเคลื่อน	12203.36	64.52	188.96			

*p - value < .05

จากตาราง11 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน) $F = 15.35, p = 0.10$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.46 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว เมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $F = 25.17, p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.30 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน) $F = 21.33, p < .001$ (ขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.27

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อ
 ผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง
 และระยะการก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)	ทดลอง (n=26)	ควบคุม (n=28)	ทดลอง (n=26)	ควบคุม (n=24)
	M (SD)		M (SD)		M (SD)	
ภาวะ	7.86	8.20	4.12	7.90	4.13	7.72
สุขภาพ	(2.48)	(3.02)	(4.05)	(2.67)	(4.36)	(0283)
คุณภาพ	73.39	75.85	82.31	76.52	80.86	76.92
ชีวิต	(9.88)	(8.21)	(8.63)	(7.55)	(10.16)	(8.23)
ทัศนคติ	70.96	69.38	46.49	70.21	41.57	67.80
ต่อผู้ใช้สาร	(2.29)	(3.58)	(3.5)	(3.94)	(4.69)	(5.50)
เสพติด						
การทำ	66.17	64.90	72.70	65.00	71.37	65.47
หน้าที่ของ	(11.87)	(13.33)	(10.25)	(13.03)	(9.94)	(11.64)
ครอบครัว						

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปรและเวลา	Mean dif	S.D.	p -value
ภาวะสุขภาพ			
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	2.03	0.36	.000*
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	0.08	0.19	1.00
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-2.10	0.43	.000*
คุณภาพชีวิต			
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-4.79	0.72	.000*
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	0.53	0.72	1.00
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	4.27	0.89	.000*
ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด			
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	11.83	1.84	.000*
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	3.66	1.95	0.20
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-15.482	3.01	.000*
การทำหน้าที่ของครอบครัว			
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-3.32	0.50	.000*
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	0.43	0.42	0.89
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	2.88	0.60	.000*

*p - value < .05

จากตาราง 13 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพที่วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกัน จึงมาวิเคราะห์ภายในกลุ่ม เพื่อศึกษาว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพที่ระยะใดที่มีความแตกต่างกัน ด้วยวิธี Bonferroni ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ($p < .001$) แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยพบค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ($p < .001$) แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยพบค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ($p < .001$)

ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.20$) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยพบค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ($p < .001$) แต่ในระยะหลังทดลองกับระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.89$)

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม M-TFS โดยใช้คำถามเชิงโครงสร้างดังต่อไปนี้

1. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด
2. ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มบำบัด M-TFS ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงกับท่านอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่าจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการเข้ากลุ่ม M-TFS ไปใช้ประโยชน์อย่างไร
4. ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรมบำบัด M-TFS อย่างไร

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองในระยะสิ้นสุดโปรแกรม (Post intervention) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม Focus group interview และมีการติดตามข้อมูลเพิ่มเติม ในระยะติดตามผล (Follow up assessment) โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Thematatic analysis โดยการจัดหมวดหมู่ของประเด็นต่างๆที่พบจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นประเด็นทั้งหมด ดังนี้

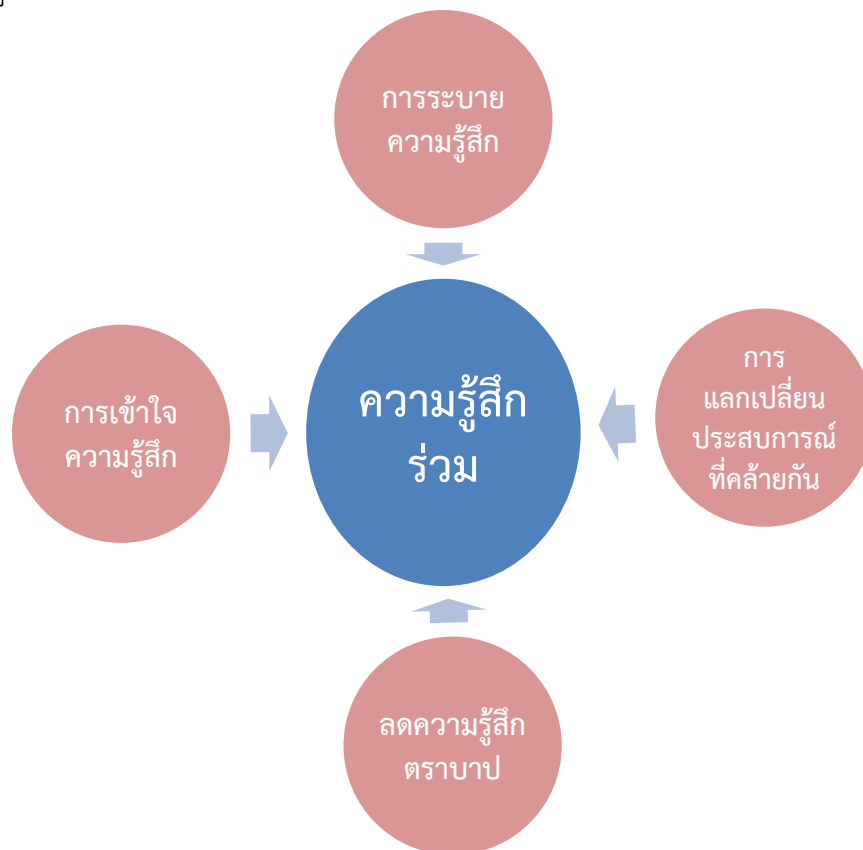
1. ความรู้สึกร่วม
2. การเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม
3. เกิดเครือข่ายความช่วยเหลือ

ตารางที่ 14 สรุปประเด็นข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม M-TFS

Existing principal themes	Sub-themes
1. ความรู้สึกร่วม	1.1 การระบายความรู้สึก 1.2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายกัน 1.3 ลดตราบาป 1.4 การเข้าใจความรู้สึก
2. การเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม	2.1 ควบคุมอารมณ์ตนเอง 2.2 ดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเอง 2.3 ปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด 2.4 สุขภาพจิตดีขึ้น 2.5 ปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติด
3. เครือข่ายความช่วยเหลือ	3.1 การช่วยเหลือเกื้อกูลในกลุ่ม 3.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกร่วม

ประเด็นเรื่องความรู้สึกร่วมของสมาชิกกลุ่มเป็นประเด็นหลักที่เกิดขึ้น การเกิดความรู้สึกร่วม (Cohesion) เป็นประเด็นหลักที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับประเด็น การระบายความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายกัน การลดความรู้สึกตราบาป และการเข้าใจความรู้สึก ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงถึงการมีความรู้สึกร่วมที่สมาชิกในกลุ่มเกิดขึ้นด้วยกัน เป็นภาวะที่คนมีประสบการณ์ที่บุคคลมีความคิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน มาบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน



ภาพ 4 สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็น ความรู้สึกร่วม

1.1 การระบายความรู้สึก

การระบายความรู้สึกเป็นประเด็นที่สนับสนุนประเด็นหลักเรื่องการเกิดความรู้สึกร่วมระหว่างสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกกลุ่มกล่าวถึงการได้ระบายความรู้สึกเมื่อได้เข้าร่วมกลุ่ม เกิดความสบายใจที่จะเล่าเรื่องราวของตนเองให้กับเพื่อนในกลุ่มฟัง

“รู้สึกสบายใจที่จะเล่าเรื่องของตัวเองให้เพื่อนฟัง”A1

“ไม่เคยได้นั่งเล่าเรื่องแบบนี้ให้ใครฟังเลย”B3

“ดีใจที่ได้เรื่องที่อัดอั้นตันใจมานาน”C2

“ถ้าไม่ได้มากลุ่มนี้คงไม่รู้จะคุยเรื่องนี้กับใคร”A7

“ปกติก็จะร้องไห้คนเดียว พอมาที่นี่ก็ได้ระบายความทุกข์ในใจเรา”D5

1.2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายกัน

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายกัน เป็นอีกประเด็นที่สมาชิกกลุ่มกล่าวถึงบ่อยครั้ง สมาชิกสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง การบอกเล่าเรื่องราวของตนและการรับรู้เรื่องราวของคนอื่นที่คล้ายกัน ซึ่งทำให้เกิดการมีอารมณ์ร่วมกัน

“ดีใจที่ได้เจอเพื่อนที่มีปัญหาเหมือนกัน”B4

“รู้สึกว่าได้มีแค่เราคนเดียวที่เจอปัญหานี้”A6

“เหมือนเราอยู่ในเรือลำเดียวกัน เจอเรื่องเหมือนกัน”C4

“เคยคิดว่าปัญหาของตัวเองหนัก พอมาฟังคนอื่นทำให้คิดว่าคนอื่นก็เหมือนเรา บางคนหนักกว่าเรามาก”D5

1.3 ลดความรู้สึกตราบาป

การลดตราบาป เป็นประเด็นที่สมาชิกกลุ่มกล่าวถึง เป็นหนึ่งในความรู้สึกร่วมที่สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าการเข้าร่วมกลุ่มและได้พูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มทำให้ตนเองรู้สึกกล้าที่จะเล่าเรื่องราวของตนเอง รู้สึกไม่อาย จากที่เคยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาปที่ไม่อยากคุยเรื่องราวของตนเองเมื่อมาเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มได้สะท้อนถึงความรู้สึกที่ลดตราบาปทางจิตใจ ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงประเด็นนี้คือ

“เรื่องนี้ไม่กล้าคุยกับใคร อายเขา แต่พอมาเข้ากลุ่มรู้สึกสบายใจที่จะพูด เพราะทุกคนเจอเรื่องเดียวกัน”D2

“ใครจะกล้าคุยกับคนอื่น แถวบ้าน กลัวเขาเอาไปนินทา มาที่นี่ไม่กลัว ไม่อาย”A6

“เรื่องลูกติดยาไม่มีใครอยากไปปรึกษาคนอื่นหรอก เขาช่วยเราไม่ได้แล้วยังเอาเรื่องเราไปเล่าให้คนอื่นฟัง ”B1

1.4 การเข้าใจความรู้สึก

การเข้าใจความรู้สึก เป็นอีกประเด็นที่พบมากจากข้อมูลเชิงคุณภาพ สมาชิกกลุ่มกล่าวถึงบ่อยครั้งและสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าอกเข้าใจความรู้สึกของสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่ม (Empathy) ซึ่งการเข้าใจความรู้สึกที่สมาชิกในกลุ่มแสดงต่อกัน ก่อให้เกิดการมีความรู้สึกร่วมกันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเข้าใจความรู้สึกถ่ายทอดออกมาแสดงออกให้เห็นทั้งทาง อวัจนภาษา เช่น การสบตา พยักหน้าเข้าใจ การร้องไห้ การจับมือเพื่อนในกลุ่ม ขณะที่เพื่อนร้องไห้ และทาง วัจนภาษา ที่สื่อออกมาตัวอย่างดังต่อไปนี้

“เรื่องแบบนี้ไม่เจอกับใครก็คงไม่รู้รู้สึก เราเลยเหมือนเข้าใจกัน พูดอะไรออกมาก็คล้ายกัน”C5

“ฟังเพื่อนแล้วร้องไห้ตามเลย มันก็เหมือนกับเราที่เจอมา มันคืออารมณ์เดียวกัน”A3

“ฟังคนอื่นเล่าแล้วนึกถึงปัญหาที่ตัวเองเคยเจอเมื่อก่อน”B2

“มันเหมือนเขาเข้าใจเรา เพราะเรามีปัญหาเหมือนกัน”C7

“เหมือนมีเพื่อน ถึงแม้จะไม่เคยคุยกันมาก่อน”.....D2

“ที่เขาพูดมันใช่เลย มันถูกหมดเลยความรู้สึกเดียวกัน”.....D5

ประเด็นที่ 2 การเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม

ประเด็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม (Positive change) เป็นหมวดหมู่ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรมและทัศนคติ ตามการรับรู้ของสมาชิกกลุ่ม โดยมีประเด็นย่อยต่างๆ 5 เรื่อง คือ ควบคุมอารมณ์ตนเอง ดูแลตนเอง และตอบสนองความต้องการของตนเอง ปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด สุขภาพจิตดีขึ้น และปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติด โดยในแต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังนี้



ภาพ 5 สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็น การเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม

2.1 ควบคุมอารมณ์ตนเอง

การควบคุมอารมณ์ตนเอง เป็นประเด็นที่สนับสนุนประเด็นหลักเรื่องการเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสมในด้านความรู้สึกและพฤติกรรม

“รู้สึกสงบลง นิ่งลง เวลาจะทะเลาะกับลูกก็คิดถึงที่เราคุยกันในกลุ่ม มันก็เย็นลงได้”.....A3

- “เปลี่ยนเรื่องอารมณ์นี้แหละ เห็นได้ชัด เมื่อก่อนจะพุ่งไปทันที คุณตัวเองไม่อยู่มัน โม่โม่”B2
- “ลองเจีบคุมมันก็โอเคนะ ถ้าเป็นเมื่อก่อนคงทะเลาะไปแล้ว สามี่กึ่งๆว่าทำไมเราไม่ เหมือนเดิม แต่ก็ไม่ได้ทะเลาะกัน”C5
- “รู้สึกตัวเองอดทนมากขึ้น มันก็ดีนะ บรรยากาศในบ้านดี”D1
- “พอเราไม่ร้อน ลูกก็ไม่ร้อน ถ้าเป็นเมื่อก่อนจะปรี๊ดเลยทันที เวลาลูกขอออกไปนอก บ้าน”A4

2.2 ดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเอง

การดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นประเด็นที่สมาชิกกลุ่มพูดถึง สิ่งเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในการสนใจตัวเองมากขึ้นและให้เวลากับตัวเองเพื่อตอบสนอง ความต้องการของตนเอง

- “เมื่อก่อนมันเครียด ไม่อยากทำอะไร ใครชวนไปไหนไม่ไป พอเวลาผ่านไปมันก็ปลงๆ คิดว่า คนอื่นก็เป็นเหมือนเรา ก็เลยเริ่มคิดอยากทำนั่นทำนี่”A1
- “ก็มีสวนหลังบ้านก็ไปตกปลา ทำสวนไปเรื่อย มันก็คลายเครียดดี ดีกว่ามานั่งคิดเรื่อง ลูก”B6
- “บางทีก็นั่งรถไปคนเดียว ไปต่างจังหวัดหาที่สงบให้ตัวเอง นั่งรถไปคิดไปเห็นคนอื่นที่เขา ลำบากกว่าเรา หาเช้ากินค่ำ เขายังมีความสุข ก็ได้คิดว่าเรามาแล้วแต่เศร้าก็เปล่า ประโยชน์”C5
- “ได้ลองใช้เวลาตัวเอง ไปกินข้าว ไปเดินห้างบ้าง มันก็ไม่ได้คิดเรื่องลูกตลอด 24 ชั่วโมง เหมือนที่เราคุยกันในกลุ่มวันนั้น ”A6

2.3 ปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด

การปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดเป็นสิ่งที่สมาชิกกล่าวถึงบ่อยครั้ง และเป็นสิ่งที่ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม

- “ตอนเอาอุปมาในกลุ่มก็ได้กลับไปดูรูปเขาตอนเด็กๆ มันก็รู้สึกดีนะ”D3
- “เมื่อก่อนคิดว่าทำไมลูกมันชั่วแบบนี้ บางทีไม่อยากมองหน้ามันซ้ำใจ แต่มาคิดดูดีดี ลูกเรา บางทีก็ไม่ได้เกเรขนาดนั้น อาจจะเพราะว่าเขาขาดเพื่อนไม่ได้ เขาตามเพื่อน”B6

2.4 สุขภาพจิตดีขึ้น

- “ได้มาเข้ากลุ่มแบบนี้ก็ดี มันช่วยได้เยอะ สบายใจขึ้น”C5
- “เวลาฟังเพื่อนเล่าเรื่องในกลุ่ม มันก็ได้หัวเราะตามไปด้วย”A3
- “รู้สึกที่ดีนะ มันไม่ได้เครียดอยู่คนเดียว เมื่อก่อนคิดมาก ปวดหัวทุกวัน ต้องกินยาแก้ ปวดตลอด”B2
- “บางคน อาจจะไม่อยากมา คิดว่าเสียเวลา แต่เราคิดว่าการได้มากลุ่มแบบนี้มันช่วยเราได้ เยอะ มันเหมือนมีคนมาช่วยดูแลจิตใจเรา ซึ่งเมื่อก่อนไม่มีใครสนใจ มีแต่บอกว่าปัญหา ลูก ดิทยา พ่อแม่ก็ไปสั่งสอนลูกเอง”A4

2.5 ปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติด

การปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติดเป็นสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้สะท้อนว่าได้นำกลับไปใช้กับผู้ใช้สารเสพติด โดยแสดงออกทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา โดยมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

“อันที่หมอบอกว่าพูดสั้นๆ อย่าพูดยาวเอาไปใช้แล้ว มันดีจริง ลูกก็ไม่หงุดหงิดใส่”B1

“บอกเขาเรื่องให้เปิดโทรศัพท์เวลาออกจากบ้าน แม่แค่อยากรู้ว่าลูกอยู่ไหนเขาก็ทำนะ....เออ อันนี้ก็ดี ”A4

“พอแฟนเริ่มเมา เราก็รู้แล้วว่าอย่าพูดมาก พูดตอนเมาก็ไม่ได้ประโยชน์”C1

“ได้คุยกันมากขึ้น ก็หาเวลาตอนเขาอารมณ์ดี ”C7

“วันนั้นเขาเมากลับมาบ้าน แม่ก็ไม่เข้าชี้เขาเหมือนเดิม บอกเขาแค่ว่าเมามากก็ไปนอนก่อน”A1

ประเด็นที่ 3 เครือข่ายความช่วยเหลือ

การเกิดเครือข่ายความช่วยเหลือ พบว่ามีประเด็นรองที่สนับสนุนทั้งหมด 2 เรื่องคือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่ม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม



ภาพ 6 สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพประเด็นเครือข่ายความช่วยเหลือ

3.1 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่ม

ประเด็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตการณ์ในกลุ่มที่พบว่า ขณะรอเข้ากลุ่มสมาชิกกลุ่มที่มาถึงก่อนจะนั่งพูดคุยกันถามสารทุกข์สุกดิบ บางครั้งมีการปรึกษาปัญหาตนเอง ยังมีการโทรศัพท์ถึงกันภายหลังเสร็จกลุ่มและภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม และยังพบว่าในบางครั้งในการเข้ากลุ่มสมาชิกจะมีของฝากให้ให้เพื่อนๆในกลุ่ม เช่นผลไม้ที่เก็บจากสวนของตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงถึงการมีน้ำใจไมตรีและการช่วยเหลือกันในกลุ่ม โดยมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

“ก็ได้พี่ ก (นามสมมุติ) นี่แหละที่หนูโทรหา แกก็ให้คำปรึกษาหนูเพราะพี่เค้าผ่านอะไรมา เยอะ คุยกับเขาแล้วสบายใจ”A3

“ดีใจที่มีเพื่อนๆ อยากมาเข้ากลุ่ม อยากเจอเพื่อน นั่งรถมาไกลแค่นี้ก็ยังอยากมา”B3

“เราฟังที่เขาพูด เราก็เอาไปปรับใช้ของเรา”C2

3.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

เสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่า มีสมาชิกกลุ่มบางคนที่พบภาวะวิกฤติในครอบครัว และต้องการโทรศัพท์เพื่อรับปรึกษา ได้ติดต่อบุคลากรของสถาบันธัญญารักษ์ และทีมวิจัย เพื่อขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องลูกที่เริ่มมีอาการทางจิตเวช และแนวทางในการกระตุ้นให้ผู้ไข้สารเสพติดเข้ารับการตรวจรักษาต่อไป โดยมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

“กลัวคนจะมาทำร้ายลูก เขามาขู่เอาเงิน ลูกก็ไม่อยากเรียนแล้วตอนนี้ คิดถึงใครไม่ได้ ก็โทรหาหมอนี้แหละว่าจะทำไงดี”B2

“เมื่อก่อนไม่รู้หรือว่ามีธัญญารักษ์อยู่เนี่ย มองผ่านไปผ่านมา พอมาแล้วก็จะได้ว่ามีโรงพยาบาลแบบนี้ มีการดูแลแบบนี้”A6

“ที่คุยกันทำให้หาเบอร์ติดต่อรถฉุกเฉินของ อบต.ไว้ ก็ไปหามานะ คิดว่าเอาไว้ใช้เวลาฉุกเฉิน”C1

“ตัวเองก็จะได้ไปบอกคนอื่นได้ว่ามาที่นี้เป็นยังไง มีการดูแลยังไงก็จะได้บอกคนอื่นต่อๆไป คนที่เขาเจอเหมือนเรา เขาจะได้หาทางออกได้ ”C1

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี (The Modified Thai Family Support program (M-TFS) for families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital) ซึ่งโปรแกรมบำบัดนี้มุ่งเน้นที่การสนับสนุนและช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ pre-post test design with control trial กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ และระดับการศึกษา เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวผู้ติดยาเสพติดหรืออาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน และเป็นผู้ที่พาผู้ติดยาเสพติดมารับการบำบัดที่สถานบำบัดธัญญารักษ์อุดรธานี จำนวน 60 คน บางเป็นกลุ่มทดลอง (30คน) และกลุ่มควบคุม (30 คน) การทดลองดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – เดือนกรกฎาคม 2559 ดำเนินการโปรแกรม M-TFS ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการจัดกลุ่มภายใน 1 สัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) โดยเนื้อหาในการกลุ่มบำบัดประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.โปรแกรม Modifide Thai Family Support (M-TFS) และทีมผู้วิจัยจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

2.เครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยแบ่งเป็นเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและนำบางส่วนมาจากแบบประเมินมาตรฐาน โดยศึกษาจากทฤษฎีงานวิจัย บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด คำจำกัดความของการวิจัย และปรับปรุงจากรายงานการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว บุคคลที่ท่านคิดว่าผู้ป่วยไว้วางใจสามารถพูดคุยหรือขอรับคำปรึกษาได้ในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

- แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว Family Function Scale (FFS) เป็นแบบประเมินครอบครัวในด้านการทำบทบาท หน้าที่ของตนเองต่อการช่วยเหลือ

- แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ - 28) Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972)

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก Quality Of Life (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

- แบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS) สำหรับประเมินทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดสารเสพติด ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยเสพติดของ (Kavanagh,1997 แปลโดย อัจฉรา คำเชียงตา, 2555)

เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi square, Repeated Measures ANOVA การนำเสนอผลการศึกษแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) Chi – square test อธิบายข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ และรายได้

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติ Repeated Measure one – way ANOVA

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการทดสอบด้วย Two Way Repeated measure ANOVA

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองในระยะสิ้นสุดโปรแกรม (Post intervention) โดยการใช้การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม Focus group interview และมีการติดตามข้อมูลเพิ่มเติม ในระยะติดตามผล (Follow up assessment) โดยการใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Thematatic analysis โดยการจัดหมวดหมู่ของประเด็นต่างๆที่พบจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ พบว่า กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 32-55 ปี อายุเฉลี่ย 46.37 ปี (S.D = 5.16) ส่วนมากมีอายุ 42 – 51 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 32-55 ปี อายุเฉลี่ย 45.5 ปี (S.D = 4.86) และส่วนมากมีอายุ 42 – 51 ปี จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.3

เพศ พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีจำนวนที่เท่ากันคือ เพศชาย 7 คน ร้อยละ 23.3 และเพศหญิง 23 คน ร้อยละ 76.7

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ ในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์เป็น เป็นมารดา จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.4 และในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์เป็น เป็นมารดา จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7

ระดับการศึกษา พบว่า ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.0 และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้น ปวช. จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.0

อาชีพ พบว่า ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย และแม่บ้าน จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.3 และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.7

รายได้ พบว่า กลุ่มควบคุม มีรายได้ตั้งแต่ 15,000 – 45,000 บาท รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24,633.3 บาท (S.D = 8281.6) ส่วนมากมีรายได้ต่ำ ระหว่าง 15,000 – 25,000 บาท จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.0 และในกลุ่มทดลอง รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25,066.7 บาท (S.D = 7016.9) ส่วนมากมีรายได้ต่ำ ระหว่าง 15,000 – 25,000 บาท จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.4

ความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวคือ ทะเลาะกับบางครั้งแต่ยังรักกัน ในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 16 คน ร้อยละ 53.3 และในกลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.6

ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบทางสถิติพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

พบว่าผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองพบว่า ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันในระยะก่อนทดลองซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคล้ายคลึงกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพพบว่า ในระยะก่อนทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันแต่เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรม M-TFS พบว่า ผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพ เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพ ยังแตกต่างกันตามเวลาในทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M=4.12$, $SD=4.05$) ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ($M=7.87$, $SD=2.49$) ซึ่งหมายถึงมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลของโปรแกรม M-TFS ต่อคุณภาพชีวิต เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลของโปรแกรม M-TFS ต่อคุณภาพชีวิต ยังแตกต่างกันตามเวลาในทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M= 82.31$, $SD=8.63$) สูงกว่าระยะก่อนทดลอง ($M= 73.39$, $SD=9.88$) ซึ่งหมายถึงสมาชิกกลุ่มประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$)

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลของโปรแกรม M-TFS ต่อทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติด เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลของโปรแกรม M-TFS ต่อทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ยังแตกต่างกันตามเวลาในทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M=46.49$, $SD=14.06$) ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ($M=70.96$, $SD=12.29$) ซึ่งหมายถึงการมีทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.20$)

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลของโปรแกรม M-TFS ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลของโปรแกรม M-TFS ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ยังแตกต่างกันตามเวลาในทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M= 72.70$, $SD=10.25$) สูงกว่าระยะก่อนทดลอง ($M= 66.17$, $SD=11.87$) ซึ่งหมายถึงสมาชิกกลุ่มประเมินว่าตนเองมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.89$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

ภายหลังการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่อง ลักษณะประชากรทั่วไป และตัวแปรด้านภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองปละกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เนื่องจากทีมวิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มแบบ match paired เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความเท่าเทียมกันและมีลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน

จากข้อมูลข้างต้นในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรม M-TFS เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจาก Thai Family Support (TFS) ของ Khamchiangta, Kavanagh & Shochet (2012) ซึ่งสร้างโปรแกรมมาจาก The 5-step method และ CRAFT program ที่เน้นการปรับระดับประคองจิตใจและให้การดูแลครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติด เพื่อให้ครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง และสามารถปรับตัวกับผู้ใช้สารเสพติดได้ มีสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น โดยภาพรวมพบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khamchiangta, Kavanagh & Shochet (2012) และใกล้เคียงกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้โปรแกรม The 5-step method และ CRAFT program เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว เป็นโปรแกรมครอบครัวบำบัดสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด และเนื้อหาของโปรแกรมบำบัดเน้นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดเป็นหลัก (Velleman et al. 2008; Copello et al. 2009)

ผลการศึกษานี้พบประสิทธิผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาผลการศึกษาในแต่ละประเด็นพบว่ามียาละเอียดดังนี้

ประสิทธิผลของโปรแกรม M-TFS ต่อภาวะสุขภาพพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม M-TFS กลุ่มทดลองมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M=4.12$, $SD=4.05$) ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ($M=7.87$, $SD=2.49$) ซึ่งหมายถึงมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$) จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม M-TFS มีการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดและได้ระบายความรู้สึก แบ่งปันประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับสมาชิกคนอื่นๆ และการแสดงออกถึงความเข้าใจกัน สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ ที่พบว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดความรู้สึกร่วม (group cohesion) โดยการที่สมาชิกมีการแสดงออกถึงการเข้าใจกันและกัน (Empathy) และมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก (positive change) โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรมและทัศนคติในเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเอง ดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองมากขึ้น มีสุขภาพจิตดีขึ้น

นอกจากนั้นยังพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรม M-TFS ต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M= 82.31$, $SD=8.63$) สูงกว่าระยะก่อนทดลอง

($M = 73.39$, $SD = 9.88$) ซึ่งหมายถึงสมาชิกกลุ่มประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 1.00$) ผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (positive change) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม ในเรื่องการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเอง รวมทั้งการเกิดเครือข่ายความช่วยเหลือในกลุ่มเพื่อนและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นที่พึ่งได้ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamchiangta, Kavanagh & Shochet (2012) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรม TFS ในครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบว่าโปรแกรม TFS สามารถช่วยลดปัญหาให้กับสมาชิกด้านภาวะสุขภาพ โดยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กลุ่มโดยพบว่า ภายหลังทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง ($F = 18.25$, $p < .001$) และพบว่าภายหลังทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง ($F = 51.08$, $p < .001$) โดยพบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพหลังเข้ากลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในงานวิจัยที่ใช้ the 5 step method และ CRAFT program ในประเทศต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ใช้ the 5-step method มีการรายงานผลเกี่ยวกับการมีสุขภาพด้านร่างกายที่ดีขึ้นและมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น (Velleman et al. 2008; Copello et al. 2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของการใช้ โปรแกรม CRAFT ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตดีขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Waldron et al. 2007; Viets 2007; Dutcher et al. 2009).

ผลการศึกษาายังพบว่าโปรแกรม M-TFS ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ติดสารเสพติด โดยส่งผลต่อการปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยผลของโปรแกรม M-TFS ต่อทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด พบว่า โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M = 46.49$, $SD = 14.06$) ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง ($M = 70.96$, $SD = 12.29$) ซึ่งหมายถึงการมีทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.20$)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลของโปรแกรม M-TFS ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลอง ($M = 72.70$, $SD = 10.25$) สูงกว่าระยะก่อนทดลอง ($M = 66.17$, $SD = 11.87$) ซึ่งหมายถึงสมาชิกกลุ่มประเมินว่าตนเองมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ($p = 0.89$)

จากผลการศึกษาด้านทัศนคติที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติดและการทำหน้าที่ของครอบครัวอธิบายได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม M-

TFS มีการเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางที่ขึ้นทั้งทางด้านพฤติกรรมและทัศนคติ ในเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเอง การปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดในทิศทางที่ดีขึ้น และปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติดทำให้ลดแรงปะทะ และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันตามมา การเข้าร่วมกลุ่มยังก่อให้เกิดคุณค่าของการสร้างเครือข่าย โดยมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มเกิดมีความรู้สึกร่วมต่อกัน (group cohesion) ซึ่งเกิดจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเล่าประสบการณ์ต่างๆ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดการเรียนรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มและนำกลับไปใช้ในการแสดงบทบาทและหน้าที่ของตนเอง (Positive transformations in their life) ที่ทำให้เกิดการแสดงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวมีทิศทางที่ดีขึ้นได้

ผลของการศึกษา Khamchiangta, Kavanagh & Shochet (2012) มีผลการศึกษาที่ตรงกัน โดยพบว่าโปรแกรม TFS สามารถช่วยลดปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ใช้สารเสพติด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับทัศนคติที่ดีขึ้นกับผู้ใช้สารเสพติด มุมมองด้านลบต่อผู้ใช้สารเสพติดลดลง โดยพบว่า ภายหลังทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง ($F = 46.60, p < .001$) แสดงให้เห็นว่ามีการปรับทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังพบความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในงานวิจัยที่ใช้ the 5 step method และ CRAFT program เช่นกัน โดยการศึกษาที่ใช้ the 5-step method มีการรายงานผลเกี่ยวกับการมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ใช้สารเสพติด และการมีทัศนคติที่ดีภายหลังเข้ากลุ่ม (Templeton et al. 2007; Velleman et al. 2008) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของการใช้ โปรแกรม CRAFT ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดี เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และลดข้อขัดแย้งในครอบครัว ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Waldron et al. 2007; Viets, 2007)

ส่วนในระยะติดตามผลของโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัวในระยะติดตามผลและระยะหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมยังมีข้อจำกัดในการทำให้การคงอยู่ของพฤติกรรมยังยืนต่อไป ซึ่งอาจเกิดจากการที่ กลุ่มตัวอย่างกับผู้ใช้สารเสพติดกลับไปอยู่ร่วมกันในครอบครัวและอาจมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อครอบครัวผู้ติดสารเสพติด (Fry et al., 2008; Dancan, 2009; Copello, Velleman & Templeton, 2005; Orford et al., 2005a; Orford et al., 2010) กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดเพียงระยะเวลาสั้นๆ และไม่มีโปรแกรมต่อเนื่อง จึงทำให้การคงอยู่ของความสามารถในการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้สารเสพติดเป็นแบบไม่ยั่งยืน จึงควรมีการพิจารณาการดูแลเพิ่มเติมต่างๆ เช่น การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพ หรือการกลับมาเข้ากลุ่มอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเพื่อประเมินความช่วยเหลือเพิ่มเติมและเติมเต็มในส่วนที่ขาด (Booster program)

อย่างไรก็ตาม โปรแกรม M-TFS ไม่ได้มุ่งเน้นการลดการเสพยาเสพติดของผู้ใช้สารเสพติดจึงไม่ได้มีการติดตามและรายงานผลการลดการเสพยาเสพติด เนื่องจากผู้บำบัดของโรงพยาบาลอัญญา รักษาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและมีกระบวนการในการรักษาและดูแลที่เฉพาะที่มุ่งเน้นการบำบัด

สำหรับผู้ใช้สารเสพติดเอง โปรแกรม M-TFS จึงนำมาใช้สำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติด เพื่อมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด ลดภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้สารเสพติด โดยมุ่งหวังให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี และเมื่อเกิดความเข้มแข็งขึ้น ครอบครัวจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1. จากผลการศึกษาพบว่าการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งพบว่าดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลไม่พบความแตกต่าง ดังนั้นควรมีการประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในระยะติดตามผลให้มากขึ้น เพื่อให้ดูแลภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม

1.2. รูปแบบการฝึกอบรมผู้นำกลุ่มสำหรับทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดของครอบครัว เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถเลือกใช้เป็นแนวทางในการอบรม ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะ ความรู้ และศักยภาพในการให้บริการกับบุคลากรสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดครอบครัวได้

1.3. รูปแบบการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดตามรูปแบบโปรแกรมนั้น เป็นการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการดูแลครอบครัวผู้ติดสารเสพติด ทำให้ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดสามารถดูแลตัวเองได้ ดังนั้นโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคอาจนำกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการในส่วนของการดูแลครอบครัวผู้ติดสารเสพติดได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำงาน

2.1 ในการเตรียมกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมกลุ่มวิจัย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีระยะทางในการเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มวิจัยที่ห่างจากจังหวัดอุดรธานี ทำให้กลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มวิจัยได้ครบตามกำหนด

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่เป็นต่างจังหวัด มีความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีปัญหาด้านการเดินทาง และระยะทางที่ไกล จึงควรมีการนำโปรแกรมวิจัยดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่แต่ละจังหวัด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้มีประเด็นการวิจัยที่น่าสนใจนำไปศึกษาต่อ ดังนี้

3.1. การทำกลุ่มโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ที่ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการดูแลครอบครัวผู้ติดสารเสพติด การนำรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา และลักษณะของกลุ่มประชากร

3.2. เพื่อให้เกิดความคงทนของกิจกรรม อาจต้องมีการโทรศัพท์หรือใช้อินเทอร์เน็ต
ไลน์ ในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดตามผลของโปรแกรมที่เหมาะสมเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย .4

4.1 ควรมีการควรมีการเผยแพร่ผลงานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลงานด้านยาเสพติด
ในรูปแบบชุดโปรแกรม

4.2 ควรนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ใช้ในชีวิตจริงใน
โรงพยาบาลศูนย์รักษาระยะยาว และโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง อาจทำเป็นโปรแกรม
ฝึกอบรม ให้ผู้สนใจได้เข้ารับการอบรมเพื่อนำโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อว่าเมื่อพัฒนา
โปรแกรมมาแล้วโปรแกรมยังคงอยู่ใช้ได้ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2556). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). การสาธารณสุขไทย 2551-2553 (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จุฬาลักษณ์ ศรีคงอยู่. (2546). พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนในศูนย์เยาวชนตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา จิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ญาดา จินประชา มรรยาท รุจิวิชัย และพิทักษ์พล บุญยมาลิก. (2551). ผลการใช้โปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยติดสุราเพื่อ การป้องกันการติดยา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(4): 405-416.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2545). จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธงชัย กุลวิริยะ. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเสพติด ของนักเรียนช่วง ชั้นที่ 3 - 4 อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ธวัชชัย นาคศรีสังข์. (2548). ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรง สนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุบผา บุญญามณี และคณะ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด. รายงานการวิจัย. สงขลา : ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา.
- พิทักษ์ สุริยะใจ, บังอร สุปรีดา และอริญญา แพจ้อย. (2553). เส้นทางสู่การติดยาบ้า กรณีศึกษาใน กลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่. เชียงใหม่: นันทพันธ์ พรินต์ติ้ง.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. (2549). ทำไมคนถึงเสพยาเสพติด ตอนที่ 1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์. เข้าถึงได้จาก <http://www.nccd.go.th>.
- ภัตติมา บุรพลกุลและคณะ. (2552). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัด ที่มีต่อความเครียดของ ผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่อง ทางพัฒนาการและสติปัญญาของสถาบันรา ชานุกูล กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการวิจัยการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมี บุคส์พับลิเคชันส์.

- วัจฉินันท์ โรหิตสูซ และคณะ.(2542). **ครอบครัวบำบัด : มุมมองของทีมผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542;44(3): 258-268.
- วิรุช สอนกอง. (2546). **สภาพปัญหาการติดยาเสพติดและสารเสพติดของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิโรจน์ วีรชัย. (2544). **เส้นทางสู่การติดยา และหนทางสู่การเลิกยาเสพติด**. ใน วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล้ำชา ลักขณาภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์และนิภา นิสกุล (บรรณาธิการ), ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (หน้า 116 - 128). กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2544). **สมองและกลไกการเสพติด**. เข้าถึงได้จาก <http://www.drugabuse.gov/sites/default/file/rrmetham.pdf>.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). **คู่มือจิตเวชและอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- สำเนา นิลบรรพ์, สุกมา แสงเดือนฉาย.(2546). **การพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์**. รายงานผลการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2548). **นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547 - 2556**. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2554). **หลักสูตรคู่มือค่ายครอบครัว**. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2552). **ความรู้และแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด**. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด.
- อุทัยวรรณ ศรีสำราญ. (2547). **พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ณ สถาบันธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 5)**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2554) **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว = Family therapy and family counseling**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อาการสายเชื้อ.(2550). โครงการ “การสร้างเครือข่ายครอบครัวบำบัดในชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. ผลการดำเนินงาน การบริหารงาน การปฏิบัติการ โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานศาลยุติธรรม.
- Alcohol and Drug Service. (1996). **The Biopsychosocial Theory: A Comprehensive Descriptive Perspective on Addiction.** Victoria, B. C.: Ministry for Children and Family.
- Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Copello, A.G., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Petel, A., Moore, L., MacLeod, J. & Godfrey, C. (2009). **The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addition problem of close relative:** a randomized trial. *Addiction*, 104, 49-58.
- Copello, A.G., Templeton, L., Orford, J. & Velleman, R. (2010) **The 5-step method: evidence of gains for affected family members.** *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 104(S1), 100-112.
- Donovan, D. M., & Marlatt, G. A. (1988). **Assessment of Addictive Behaviors.** New York: Guilford Press.
- Duncan, B. (2009). **Families: Are they getting help?.** *Of Substance*, 7 (1), 13-15.
- Engel, G. (1977). **The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.** *Science*, 196, 129 - 136.
- Frye, S., Dawe, S., Harnett, P., Kowalenko, S., & Harlen, M. (2008). **Supporting the families of young people with problematic drug use:** investigating support options. Report prepared for the Australian National Council on Drugs. Canberra, Australia: Australian National Council on Drugs.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). **The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions.** *Advances in Medical Sociology*, 4, 19 - 44.
- Flay, B. R., Synder, F., & Petraitis, J. (2009). **The theory of triadic influence.** In R. J. Diclemente, M. C. Kegler, & R. A. Crosby (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research.* (2nd ed.). (pp. 451 - 510). New York: Jossey-Bass.
- Friedman, M. M., Bowen, V. R., & Jones, E. G. (2003). **Family Nursing: Research, Theory, and Practice.** (5th ed.). New Jersey: Upper saddle River.
- Horvath, A. T., Misra, K., Epner, A. K., & Cooper, G. M. (2013). **Biological Causes of Addiction.** Retrived from <http://www.amhc.org/1408-addictions/article/48342biological-causes-of-addiction>

- Kavanagh, D. J., Pourman, D. White A., Robertson, D. Halford, K & Vaughan. K. (2008). **Predictive validity of the Family Attitude Scale in people with psychosis.** *Psychiatry Research*, 160, 356-363.
- Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., et al. (1997). **The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families.** *Psychiatry Research*, 70, 185-195.
- Kavanagh, D. J., Trembath, M., Shockley, N., Connolly, J., White, A., Isailovic, A.,..... Connor, J. (2011). **The DrugCheck Problem List: A new screen for substance use disorders in people with psychosis.** *Addictive Behaviors*, 36(9), 927-932.
- Mahatnirunkul, S., Tuntipivatanaskul, W., &Pumpisanchai, W. (1998).**Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items).***Journal of Mental Health Thailand*, 5, 4-15.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). **Principles of Drug Addict Treatment.** Retrived from <http://www.nida.nih.gov/teaching>.
- Nilchaigovit, T., Sukying, C., &Silpakit, C. (1995).**Reliability and validity of the Thai version of General Health Questionnaire.***Journal Psychiatric Association of Thailand*, 41(1), 2-17.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., et al. (2005a). **Coping with alcohol and drug problems: The experienced of family members in three contrasting cultures.** London, UK: Routledge.
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A. Templeton, L., Ibanga, A., (2010). **The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research.** *Drugs: education, prevention and policy*, 17(S1), 44-62.
- Pratt, L. (1976). **Family Structure and Effective Health Behavior.** Boston: Houghton Mifflin.
- Sakthong, P., Schommer, J. C., Gross, C. R., Sakulbumrungsil R., & Prasithsirikul, W. (2007). **Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS.** *Journal of The Medical Association of Thailand*. 90(11), 2449-2460.
- Templeton, L. J., Zohhadi, S. E.,& Velleman, R. D. B.(2007). **Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study.** *Drug: education, prevention and policy*, 14(2), 137-150.
- Velleman, R., Arcidiacono, C., Procentese, F., Copello, A. & Sarnacchiaro, P.(2008). **A 5-step intervention to help family members in Italy who live with substance misusers.** *Journal of Mental Health*, 17(6), 643-655.

- Viets, V. L. (2007). **CRAFT**: Helping Latino families concerned about a loved one. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 111-123.
- Waldron, H.B., Kern-Jones, S., Turner, C.W., Peterson, T.R. & Ozechowski, T.J. (2007). **Engaging adolescents in drug abuse treatment**. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133–142.
- Wallace, B. C. (1990). **Crack cocaine smokers as adult children of alcoholics: The dysfunctional family link**. *Journal of substance abuse treatment*, 7, 89 - 100.
- World Health Organization. (2000). **Definition of Substance Abuse**. Retrived from <http://www.who.int.substance-abuse/page/about.html>.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). **Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention**. (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับผู้นำกลุ่ม

Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS)

For families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital

: For group leader

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด
 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับผู้นำกลุ่ม
 Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS)
 For families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital
 : For group leader



ได้รับทุนสนับสนุนจาก
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)



คำนำ

คู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาล ธรรมรักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) จัดทำขึ้นสำหรับผู้นำกลุ่มบำบัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยกลุ่มเป้าหมายที่สามารถใช้คู่มือนี้คือ บุคลากรของ โรงพยาบาลธรรมรักษ์ที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยผู้ใช้คู่มือต้องผ่านกระบวนการในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนนำมาปฏิบัติจริง โดยความร่วมมือของ โรงพยาบาลธรรมรักษ์อุดรธานี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับ ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธรรมรักษ์อุดรธานี ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 การตระหนักและเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหา ที่เหมาะสม	2
การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม ที่เหมาะสม	10
การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	16

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด
 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับผู้นำกลุ่ม
 Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS)
 For families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital
 : For group leader

บทนำ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดที่รับการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โปรแกรมบำบัดนี้มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดสำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีค่อนข้างจำกัดส่วนมากจะมุ่งเน้นที่การบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยตรง และครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมักจะถูกมองข้าม ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมีปัญหาทางสังคมเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม:

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดมีสุขภาพจิตดีและลดการเจ็บป่วย
2. เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติด

โปรแกรม M-TFS ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการจัดกลุ่มภายใน 1 สัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) โดยเนื้อหาในการกลุ่มบำบัดประกอบไปด้วย

- ครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- ครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม
- ครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1

การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

เป้าหมาย:

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองที่เกิดจากการใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว
3. เพื่ออธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาและสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มใช้แนวทางในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรม ครอบครัวของฉัน

คำชี้แจง

ให้สมาชิกกลุ่มนั่งย้อนคิดเกี่ยวกับครอบครัวของตนเอง จากนั้นวาดภาพครอบครัวของตนเอง ที่ต้องการถ่ายทอดให้เพื่อนในกลุ่มรู้จัก และตกแต่งภาพให้สวยงาม หลังวาดภาพเสร็จให้สมาชิกเล่าเรื่องราวให้กับเพื่อนที่นั่งข้างกัน บอกความรู้สึกที่มีต่อคนในครอบครัว

หมายเหตุ : การรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มถือเป็นหลักสำคัญในการทำกลุ่ม

กิจกรรม เพลงน้ำตาแม่

คำชี้แจง ให้สมาชิกกลุ่มฟังเพลง น้ำตาแม่ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกที่มีต่อเพลง

ชื่อเพลง : น้ำตาแม่

ศิลปิน : เคียส พันตา (คุณ พันตา สุรศิลป์พิศุทธิ์)

ค่ายเพลง รถไฟดนตรี

เนื้อร้อง

หยาดเหงื่อท่วมตัว ท่วมหัว ไทรมกาย
เหงื่อที่รินไหล คือแรงงาน ที่ทน ทำกิน
ส่งเจ้าเล่าเรียน ให้พากเพียร ให้ทุกสิ่ง
ถึงตัวจะกิน ไม่ค่อยอึด ก็ขอให้ลูก สบาย
ทนหาบของขาย เหงื่อท่วมกายไม่เคยจะท้อ
ถึงแดดจะเผา จะร้อนเพียงใด ไม่เคยจะล่า
เก็บเงินค่าเทอม ส่งเจ้าเรียนให้มีการศึกษา
ค่าน้ำประปา รวมทั้งค่าไฟ ไกล่มาสิ้นเดือน

ช่างโชคร้ายลูกชาย ทำตัวแหลกเหลว

คบเพื่อนเลว มั่วสุม เสพของมีนเมา

สูบกัญชา ดมทั้งกาว ทั้งกินเหล้า

ทუნทुरาย ใจแทบขาด อีกรั้งลงแดง

ช่างโชคร้าย ลูกชาย ทำตัวแหลกเหลว

คบเพื่อนเลว มั่วสุม เสพของมีนเมา

สูบกัญชา ดมทั้งกาว ทั้งกินเหล้า

ทუნทुरาย ใจแทบขาด อีกรั้งลงแดง

หมดความหวัง หมดพลังที่จะชวนชวาย

กอดลูกชาย น้ำตาไหลโรยแรงอ่อนล้า

แทบสิ้นตัว สิ้นกำลังหมดความแข็งแกร่ง

แม่สิ้นแรง เมื่อเจ้าสิ้นลม ล้มไปต่อหน้า

เจ้าจากไปแล้วใครเล่าใคร จะอยู่กับแม่

ดั่งฝนหล่นพริ้ว น้ำตาแม่ไหล...แทบ เป็น สาย เลือด

หมายเหตุ : เพลงน้ำตาแม่ ได้รับรางวัล ดีเด่นประเภทเพลงสำหรับเยาวชน จากสำนักนายกรัฐมนตรี



คุณ พันตา สุรศิลป์พิศุทธิ์ (เคียส พันตา)
ได้รับรางวัลศิลปินสร้างสรรค์สังคมและรางวัลบุคคลดีเด่นผู้สนับสนุนงานกรมประชาสัมพันธ์



ภาพที่ 1 ความรู้สึกของแม่เมื่อบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับลูก



ภาพที่ 2 น้ำตาแม่เมื่อแบ่งปันประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม

กิจกรรม สิ่งที่เกิดกับฉัน

คำชี้แจง : ให้สมาชิกกลุ่ม นึกย้อนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อมีสมาชิกของครอบครัว
เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

ด้านจิตใจ เช่น เครียด ซึมเศร้า โมโห หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

ด้านสังคม เศรษฐกิจ เช่น ไม่กล้าพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น มีผลต่อการทำงาน มีหนี้สิน เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

ด้านครอบครัว เช่น ทะเลาะกันในครอบครัว ขัดแย้งกัน เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....



ภาพที่ 3 การเล่าเรื่องราววิธีการเผชิญปัญหาของตนเองเมื่อต้องรับมือกับลูกที่ใช้สารเสพติด



ภาพที่ 4 ศาสนบำบัด วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทคนไทย

การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2
การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

เป้าหมาย:

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มใช้กระบวนการเสริมแรงทางบวกและการเสริมแรงทางลบเพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะการปรับความคิดด้านบวก



ภาพที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อทำความเข้าใจบุตรหลานที่ใช้สารเสพติด

ใบงานที่ 1
ตารางวิเคราะห์พฤติกรรม

คำอธิบาย : ผู้นำกลุ่มใช้ตารางวิเคราะห์พฤติกรรมดังต่อไปนี้ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะในการวิเคราะห์พฤติกรรมและทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ปัจจัยภายนอก	ปัจจัยภายใน	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	ผลระยะสั้น	ผลระยะยาว
ทุกครั้งที่ลูกคุณใช้สารเสพติด มักอยู่กับใคร	คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้ลูกคุณ ชอบ/ติดใจ เมื่อใช้สารเสพติด	ลูกคุณมีพฤติกรรมในการใช้สาร เสพติดอะไร	คุณคิดว่าลูกคุณใช้สารเสพติด เพราะมองว่า การใช้สารเสพติด ดีต่อเขาอย่างไร (ผู้ใช้สารเสพติดมักคำนึงถึงข้อดี ของการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นผล ระยะสั้น เช่น ดมกาวแล้วทำ ให้สนุก เมมา สัมเรื่องกลุ่มใจ)	คุณคิดว่าการใช้สารเสพติด ส่งผลระยะยาวอย่างไร (ผลระยะยาวมักเป็นผลด้านลบ ส่วนมากพบว่าผู้ใช้สารเสพติด มักไม่คำนึงถึง แต่ผู้ปกครอง มักจะคำนึงและกังวลกับผลเสีย ในระยะยาว)
ทุกครั้งที่ลูกคุณเสพสารเสพติด มักเสพที่ไหน ..... .....	..... .....	ปริมาณเท่าไร ..... .....	..... .....	ด้านร่างกาย
ทุกครั้งที่ลูกคุณใช้สารเสพติด มักใช้เมื่อไหร่ ..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	ด้านจิตใจ
				ด้านสังคม/การทำงาน
				ด้านเศรษฐกิจ
				ด้านการศึกษา
				ด้านสัมพันธภาพ



ภาพที่ 6 การเรียนรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมและการเสริมแรง

กิจกรรม ก้อนหินก้อนนั้น

คำชี้แจง ให้สมาชิกกลุ่มฟังเพลงก้อนหินก้อนนั้นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกที่มีต่อเพลง
เพลง ก้อนหินก้อนนั้น

ศิลปิน โรส ศิรินทิพย์ หาญประดิษฐ์
คำร้อง/ทำนอง นิติพงษ์ ห่อนาค/วีรภัทร์ อึ้งอัม

เคยมีใครสักคนได้บอกฉันมา
ว่าเวลาใครมาทำกับเราให้เจ็บหัวใจ
ลองไปเก็บก้อนหินขึ้นมาสักอัน
ถือนมันอยู่อย่างนั้นและบีบมันไว้
บีบให้แรงจนสุดแรง ให้มือทั้งมือมันเริ่มสั่น
ใครคนนั้นยิ้มให้ฉัน ถามว่าเจ็บมือใช่ไหม
ไม่มีอะไรจะทำร้ายเธอ ได้เท่าที่เธอทำตัวของเธอเอง
ให้เธอคิดเอาเอง ว่าชีวิตของเธอเป็นของใคร
ไม่มีอะไรจะทำร้ายเธอ ถ้าเธอไม่รับมันมาใส่ใจ
ถูกเขาทำร้าย เพราะใจเธอแบกรับมันเอง
ใครมาทำกับเธอให้เจ็บหัวใจ
ก็แค่ให้ก้อนหินก้อนนั้นให้เธอรับมา
เพียงเธอจับมันโยนให้ไกลสายตา
หรือเธอปรารถนาจะเก็บมันไว้
หากยิ่งยอมยิ่งแบกไป หัวใจของเธอก็ต้องสั่น
หากยังทำตัวแบบนั้น ถามว่าปวดใจใช่ไหม
ไม่มีอะไรจะทำร้ายเธอ ได้เท่าที่เธอทำตัวของเธอเอง
ให้เธอคิดเอาเอง ว่าชีวิตของเธอเป็นของใคร
ไม่มีอะไรจะทำร้ายเธอ ถ้าเธอไม่รับมันมาใส่ใจ
ถูกเขาทำร้าย เพราะใจเธอแบกรับมันเอง
ไม่มีอะไรจะทำร้ายเธอ ได้เท่าที่เธอทำตัวของเธอเอง
ให้เธอคิดเอาเอง ว่าชีวิตของเธอเป็นของใคร
ไม่มีอะไรจะทำร้ายเธอ ถ้าเธอไม่รับมันมาใส่ใจ
ถูกเขาทำร้าย เพราะใจเธอแบกรับมันเอง
ถูกเขาทำร้าย เพราะใจเธอรับไว้เอง

ที่มา: <https://www.siamzone.com/music/thailyric/5040>



ภาพที่ 7 การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก

การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย:

1. เพื่อปรับปรุงวิธีการสื่อสารของสมาชิกให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อเสริมสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อสนับสนุนการสร้างเครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน



ภาพที่ 8 จับคู่สมาชิกกลุ่มเพื่อฝึกทักษะการสื่อสาร



ภาพที่ 9 การฝึกอบรมทบทวนมติ ตามสถานการณ์การสื่อสารในรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสาร

ใบความรู้

ลักษณะการสื่อสารที่ดี

- สั้น กระชับ ได้ใจความ
- ใช้คำพูดเชิงบวก
- ระบุถึงพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง
- บอกถึงความรู้สึก โดยเน้นที่ความรักและความห่วงใย
- พูดแสดงความรู้สึก
- แสดงความรับผิดชอบ
- เสนอความช่วยเหลือ

หมายเหตุ: การทักษะการสื่อสารทั้ง 7 ทักษะไม่จำเป็นต้องใช้พร้อมกัน และควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

คำชี้แจง ให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะโดยการเขียนเหตุการณ์ที่ผ่านมา และลักษณะคำพูดที่ตนเองเคยใช้ และทดลองเขียนคำพูดที่ตนเองควรใช้หลักจากเรียนรู้หลักการสื่อสารที่ดี

สถานการณ์	คำพูดที่เคยใช้	คำพูดที่ควรใช้

ภาคผนวก ข

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับสมาชิกกลุ่ม

Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS)
for families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital
: For group member

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด
 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับสมาชิกกลุ่ม
 Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS)
 for families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital
 : For group member



ได้รับทุนสนับสนุนจาก
 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)



คำนำ

คู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาล ัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) ฉบับสำหรับสมาชิกกลุ่ม จัดทำขึ้น สำหรับสมาชิกกลุ่มบำบัด โดยกลุ่มเป้าหมายที่ใช้คู่มือนี้คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติด ที่ สนใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาล ัญญารักษ์อุดรธานี คู่มือนี้จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือของ โรงพยาบาล ัญญารักษ์อุดรธานี และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี

โดยคู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับ ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาล ัญญารักษ์อุดรธานี ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 การตระหนักและเข้าใจตนเองและ วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	4
การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและ การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม	10
- ใบงานที่ 1 ตารางวิเคราะห์พฤติกรรม	18
- ใบงาน ที่ 2 ตารางการปรับพฤติกรรมของตนเอง	19
การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	20

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด
 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี : สำหรับสมาชิกกลุ่ม
 Manual of the Modified Thai Family Support program (M-TFS)
 for families of substance users in Thanyarak Udonthani Hospital
 : For group member

บทนำ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวใช้สารเสพติด ที่รับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โปรแกรมบำบัดนี้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดสำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีค่อนข้างจำกัด ส่วนมากมุ่งเน้นที่การบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยตรง และครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมักจะถูกมองข้าม ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมีปัญหาทางสังคมเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี Modified Thai Family Support (M-TFS) พัฒนาและประยุกต์มาจากโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวไทย Thai Family Support program (TFS) ที่สร้างและพัฒนาโดย อัจฉรา คำเชียงตา David Kavanagh และ Ian Shochet ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิตในหลักสูตร Doctor of philosophy ณ Queensland University of Technology โดยโปรแกรม TFS ถูกสร้างและพัฒนาเพื่อใช้สำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดในบริบทของชุมชน และโปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย โปรแกรม TFS สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตามกรอบแนวคิดแนวคิดของโปรแกรม the 5-step method และ Community Reinforcement And Family Training program (CRAFT) โดยนำมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยซึ่งมีการออกแบบกิจกรรมในด้านของศาสนบำบัด เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย

โปรแกรม TFS ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 14 ชั่วโมง การทำกลุ่มจะจัดให้มีขึ้นทั้งหมด 6 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (1 ครั้ง/ สัปดาห์) โดยเนื้อหาในการกลุ่มบำบัดประกอบด้วย การฝึกทักษะต่างๆที่สำคัญและการสอนเทคนิคและวิธีการต่างๆให้กับครอบครัวของผู้มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถใช้ทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด รวมทั้งช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดมีสุขภาพจิตที่ดี และคงไว้การเป็นอยู่ที่ดี

การพัฒนาโปรแกรม M-TFS มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเนื้อหาสาระของ TFS มาปรับปรุงและพัฒนามาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์จึงมีการพัฒนาและปรับปรุงโดยผ่านความคิดเห็นของ

ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านโปรแกรมบำบัด และมีประสบการณ์ในการทำงาน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ M-TFS สามารถสรุปได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้
วัตถุประสงค์ของโปรแกรม:

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดมีสุขภาพจิตดีและลดการเจ็บป่วย
2. เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติด

โปรแกรม M-TFS ประกอบด้วย การทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการจัดกลุ่มภายใน 1 สัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) โดยเนื้อหาในการกลุ่มบำบัดประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 : การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 : การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 : การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม



Checking aims and contents

Sessions	Objectives			Underpin framework
	1	2	3	
1. การตระหนักรู้และเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	✓			The 5-step method ,CRAFT, Thai culture
2. การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารเสพติดและการปรับพฤติกรรม	✓	✓	✓	The 5-step method, CRAFT
3.การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	✓	✓	✓	The 5-step method, CRAFT

Checking aims and primary outcome measurements

Measurements	Objectives			Assessment time
	1	2	3	
1. General Health Questionnaire	✓			Baseline, Post-intervention, Follow-Up
2. WHO Quality of Life	✓			Baseline, Post-intervention, Follow-Up
3. The Family Function scale		✓		Baseline, Post-intervention, Follow-Up
4. The Family Attitude Scale			✓	Baseline, Post-intervention, Follow-Up

การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1
การตระหนักและเข้าใจตนเองและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

เป้าหมาย:

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองที่เกิดจากการใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว
3. เพื่ออธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาและสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มใช้แนวทางในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม

ระยะเวลาและสถานที่

1.30 ชั่วโมง ณ. ห้องทำกลุ่ม

สื่อ อุปกรณ์:

- Computer & Projector Powerpoint presentation
- กระดาษชาร์ต / ปากกาสี
- กระดาษ A4 / ปากกา / สีเมจิก
- VCD ประกอบเพลงเพลง น้ำตาแม่



ภาพที่ 1 ความรู้สึกของแม่เมื่อบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับลูก



ภาพที่ 2 น้ำตาแม่เมื่อแบ่งปันประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม



ภาพที่ 3 การเล่าเรื่องราววิธีการเผชิญปัญหาของตนเองเมื่อต้องรับมือกับลูกที่ใช้สารเสพติด



ภาพที่ 4 ศาสนบำบัด วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทคนไทย

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
การทำความรู้จักซึ่งกันและกัน	บทนำ <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง พร้อมทั้งบอกตำแหน่งหน้าที่การทำงานเชิงวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านยาเสพติด ● ผู้นำกลุ่มอธิบายรายละเอียดของโครงการ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความเป็นมาของโครงการ ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับ และลักษณะของโครงการและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโครงการเชิงปฏิบัติการในครั้งที่ 1 ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแนะนำตนเองให้เพื่อนสมาชิกรู้จักและบอกเหตุผลสั้นๆ ว่าเพราะอะไรจึงสนใจเข้าร่วมโครงการ 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	10 นาที
การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัวของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกหลับตาและย้อนระลึกถึงภาพครอบครัวของตนเอง โดยให้นึกถึงสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว สภาพครอบครัวตามการรับรู้ ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกวาดภาพความครอบครัวของตนเองที่สะท้อนถึงความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว ● กระตุ้นให้สมาชิกที่นั่งติดกันแสดงภาพวาดและเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับภาพของตนเอง ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงภาพของตนเองในกลุ่มใหญ่ และเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นมีส่วนร่วมในการซักถามและสนทนา 	- กลุ่มใหญ่ - จับคู่	- Computer & Projector Powerpoint presentation - กระดาษ A4 และปากกาสีเมจิก	20 นาที

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
การเข้าใจตนเองและการสร้างความรู้สึกร่วม	<ul style="list-style-type: none"> ● นำเข้าสู่การเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของตนเองโดยเปิด VCD ประกอบเพลง น้ำตาแม่ เนื้อหาของ VCD เป็นบทสัมภาษณ์ความรู้สึกของครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาของคนในครอบครัวที่ใช้ยาเสพติด เน้นความรู้สึกที่มีต่อผู้ใช้ยา ความรู้สึกต่อตนเอง ● ถามสมาชิกว่าเคยมีใครที่มีความรู้สึกเหล่านี้หรือไม่ และเปิดโอกาสให้สมาชิก พูดคุยกัน ● ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงประสบการณ์ของสมาชิกกับการรวบรวมการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด 	- กลุ่มใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - VCD ประกอบเพลง น้ำตาแม่ - Computer & Projector Powerpoint presentation 	20 นาที
การเผชิญปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก “เมื่อมีปัญหาต่างๆเกิดขึ้น สมาชิกเผชิญปัญหาต่างๆอย่างไร” ● ผู้นำกลุ่มอธิบายรูปแบบการเผชิญปัญหาทั้ง 3 วิธี คือ การจมอยู่กับปัญหา, การปรับตัวอย่างเป็นกลางระหว่างการเข้าหาปัญหาและหลีกเลี่ยงปัญหา, และการหนีปัญหา ● เชื่อมโยงรูปแบบการเผชิญปัญหาเพื่อให้เหมาะกับวัฒนธรรมไทยโดยใช้หลักคิดทางศาสนาในเรื่องการเกินทางสายกลาง ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนบรรยายเกี่ยวกับรูปแบบการเผชิญปัญหาของตนเองและ 	- กลุ่มใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - Computer & Projector Powerpoint presentation 	20 นาที

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
การเผชิญปัญหา(ต่อ)	<p>ความรู้สึกเมื่อเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาดังกล่าว</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย และกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเล็ก ● อภิปรายในกลุ่มใหญ่โดยให้สมาชิกเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มเล็กให้เพื่อนสมาชิกอื่นๆฟังในกลุ่มใหญ่ 			
การใช้ศาสนบำบัดในการเผชิญปัญหาในทางที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> ● เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาที่เคยปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้นต่อการส่งเสริมและเยียวยาทางด้านจิตใจ ● และแนะนำให้สมาชิกนำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทางด้านศาสนาไปใช้ชีวิตประจำวันเพื่อมุ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญทางศาสนาต่อการบำบัดฟื้นฟูสภาพจิตใจ 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	15 นาที
สรุปเนื้อหา	<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปประเด็นเกี่ยวกับการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง ● การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ● สรุปประเด็นจากการสนทนา มอบหมายให้สมาชิกไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองคิดว่าสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและแก้ไขปัญหาของตนเอง ● มอบหมายให้สมาชิกนำภาพลูกของตนเองมาในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป 			5 นาที

การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2
การรู้และเข้าใจผู้ใช้สารสนเทศและการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

เป้าหมาย:

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้และเข้าใจผู้ใช้สารสนเทศ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มใช้กระบวนการเสริมแรงทางบวกและการเสริมแรงทางลบเพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะการปรับความคิดด้านบวก

ระยะเวลา / สถานที่

1.30 ชั่วโมง ณ. ห้องทำกลุ่ม

สื่อ อุปกรณ์:

- Computer & Projector Powerpoint presentation
- VCD เพลงก๊อนหินก๊อนนั้น
- กระดาษชาร์ต / ปากกาสี
- กระดาษ A4 / ปากกา / สีเมจิก
- ใบงาน 1 2



ภาพที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อทำความเข้าใจบุตรหลานที่ใช้สารเสพติด



ภาพที่ 6 การเรียนรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมและการเสริมแรง



ภาพที่ 7 การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก

Session segments	กิจกรรมกลุ่ม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
ทบทวนผลการทำกลุ่ม ครั้งที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งที่ผ่านมา ● ผู้นำกลุ่มแนะนำวัตถุประสงค์ของการอบรม 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	5 นาที
- ช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ฝึกวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มชักชวนให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยน โดยให้สมาชิกกลุ่ม ฝึกการคิดวิเคราะห์ ตามใบงานที่ 1 เกี่ยวกับปัจจัยภายใน ภายนอกที่กระตุ้น ภาวะเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด สิ่งที่ผู้ใช้สารเสพติดชอบเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน และการคำนึงถึงผลเสียในระยะยาว ● ผู้นำกลุ่มสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์ (โดยช่วยกันวิเคราะห์ทั้งกลุ่ม) เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติด ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สาร โดยการเชื่อมโยงและสรุปว่า มีปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่ยังมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ใช้สารเสพติดยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง และอาจมีแนวโน้มในการกลับไปใช้ซ้ำ เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดมักคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นระยะสั้น เช่น เสพแล้วมีความสุข ลืมเรื่องทุกข์ใจ แต่ญาติและสมาชิกในครอบครัว มักจะคำนึงผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งการมองคนละมุมเช่นนี้ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้เสพยาเสพติดและสมาชิก 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation - ใบงาน 1	20 นาที

Session segments	กิจกรรมกลุ่ม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
	ครอบครัว			
- การทำความเข้าใจโรคสมองตติดยา	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเรื่องโรคสมองตติดยา และการทำงานของสารเสพติดที่มีผลต่อผู้ใช้สารเสพติด ● ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการใช้สารเสพติด ธรรมชาติของการเสพติด ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะของการฟื้นฟู 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	15 นาที
- การปรับพฤติกรรมและวิธีการเสริมแรง	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงเรื่องของหลักการปรับพฤติกรรมโดยการใช้วิธีการเสริมแรง (reinforcement) ● ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมแรงทางบวก การเสริมแรงทางลบโดยการถอดถอนรางวัลและการลงโทษที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ● ผู้นำกลุ่มฝึกให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้และเข้าใจจากตนเองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม โดยบอกให้สมาชิกกลุ่มเขียนพฤติกรรมของตนเองที่ตนเองรู้สึกไม่ชอบและต้องการปรับรวมทั้งการให้รางวัลลงในตารางการปรับพฤติกรรม และการกำหนดรางวัลที่ตนเองต้องการถ้าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆได้ และให้สมาชิกได้สังเกตและติดตามพฤติกรรมของตนเองตลอด 1 สัปดาห์เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation - ใบงานที่ 2	20 นาที

Session segments	กิจกรรมกลุ่ม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
- การปรับพฤติกรรมและวิธีการเสริมแรง(ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว แต่ต้องใช้เวลาในการค่อยๆเปลี่ยนแปลง และต้องมีการเสริมแรงอย่างถูกต้องจึงจะช่วยให้เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มลองคิดถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สื่อสารเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้หลักการเสริมแรงที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปใช้กับผู้สื่อสารเสพติดได้ โดยควรปรับจากพฤติกรรมที่แก้ไขได้ง่ายไปหายาก 			
- การปรับทัศนคติและมุมมองด้านบวก	<ul style="list-style-type: none"> ● กระตุ้นให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับความคิดทางลบที่มีผลต่อจิตใจ ● อธิบายความจริงเกี่ยวกับความสุขที่สามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของบุตรหลาน และสมาชิกสามารถเลือกหาวิธีในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความสุขได้โดยการปรับทัศนคติทางบวก ● มอบหมายให้สมาชิกเก็บก้อนหินมาทำไว้ในมือและออกแรงบีบให้แน่น จากนั้นสอบถามความรู้สึกของสมาชิกว่ารู้สึก 	- กลุ่มใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - Computer & Projector - Powerpoint presentation - เพลงก้อนหินก้อนนั้น 	20 นาที

Session segments	กิจกรรมกลุ่ม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
- การปรับทัศนคติและมุมมองด้านบวก(ต่อ)	<p>อย่างไรเมื่อออกแรงบีบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปว่าก้อนหินเปรียบได้กับปัญหาของแต่ละคน เมื่อสมาชิกกำก้อนหินไว้ในมือและออกแรงบีบให้แน่นย่อมเปรียบดังเช่นการเก็บปัญหาไว้กับตนเองและปล่อยให้ปัญหานั้นทำร้ายตนเอง ดังนั้นสมาชิกควรที่จะเรียนรู้ที่จะปล่อยวางปัญหาและหันมาสนใจตนเองรวมทั้งดูแลตนเองให้มากขึ้น ● ให้สมาชิกฟังเพลง “ก้อนหินก้อนนั้น” ซึ่งเนื้อเพลงบรรยายถึงเรื่องราวของการดูแลประคับประคองเมื่อรู้สึกท้อแท้ และสนับสนุนให้รักตนเองแทนที่จะทำร้ายตนเอง ถ้าคนเราเข้มแข็งพอและไม่ปล่อยให้คนอื่นทำให้ตนเองรู้สึกแย่ก็จะมีใครสามารถมาทำร้ายตัวเรานั้นได้ ดังนั้นเราต้องมองปัญหาให้เหมือนกับก้อนหินที่อยู่ในมือ และขว้างมันทิ้งไปเพื่อที่จะทำให้เราปลอดภัยจากปัญหานั้นๆ ● กระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อบทเพลงและถามสมาชิกเกี่ยวกับบทเพลงอื่นๆที่ทำให้สมาชิกรู้สึกมีกำลังใจและเข้มแข็ง 			
สรุปเนื้อหาสาระและมอบหมายการบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> ● สรุปเนื้อหาและชี้ให้สมาชิกเห็นว่า ครอบครัวมักจะรู้สึกผิดและโทษตนเองที่ทำให้บุตรหลานไปใช้สารเสพติด ซึ่งส่งผลให้ 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	10 นาที

Session segments	กิจกรรมกลุ่ม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
สรุปเนื้อหาสาระและมอบหมายการบ้าน(ต่อ)	<p>เกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นสมาชิกจึงควรทำความเข้าใจว่า การใช้สารเสพติดของบุตรหลานมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย</p> <p>สรุปให้สมาชิกเข้าใจว่า การปรับพฤติกรรมไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องใช้ความพยายามและอดทนในการปรับแก้ค่อยเป็นค่อยไป และต้องใช้เวลาในการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปประเด็นเกี่ยวกับการปรับมุมมองด้านบวก ● มอบหมายให้สมาชิกกลับไปคิดเกี่ยวกับการเสริมแรงทางบวก และสิ่งเสริมแรงที่ควรให้กับบุตรหลานของตนเอง เพื่อปรับพฤติกรรม 			

ใบงานที่ 1
ตารางวิเคราะห์พฤติกรรม

คำอธิบาย: ผู้นำกลุ่มใช้ตารางการวิเคราะห์พฤติกรรมดังต่อไปนี้ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะในการวิเคราะห์พฤติกรรมและทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆที่ทำให้

ผู้ใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ปัจจัยภายนอก	ปัจจัยภายใน	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	ผลระยะสั้น	ผลระยะยาว
1. ทุกครั้งที่ลูกคุณใช้สารเสพติดมักอยู่กับใคร	คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้ลูกคุณชอบ/ติดใจ เมื่อใช้สารเสพติด	ลูกคุณมีพฤติกรรมในการใช้สารเสพติดอะไร	คุณคิดว่าลูกคุณใช้สารเสพติดเพราะมองว่า การใช้สารเสพติดดีต่อเขาอย่างไร (ผู้ใช้สารเสพติดมักคำนึงถึงข้อดีของการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นผลระยะสั้น เช่น ดมกาวแล้วทำให้สนุก เมา ลืมเรื่องกลุ่มใจ)	คุณคิดว่าการใช้สารเสพติดส่งผลระยะยาวอย่างไร (ผลระยะยาวมักเป็นผลด้านลบ ส่วนมากพบว่าผู้ใช้สารเสพติดมักไม่คำนึงถึง แต่ผู้ปกครองมักจะคำนึงและกังวลกับผลเสียในระยะยาว) 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านสังคม/การทำงาน 4. ด้านเศรษฐกิจ 5. ด้านการศึกษา 6. ด้านสัมพันธภาพ
2. ทุกครั้งที่ลูกคุณเสพยาเสพติดมักเสพยาที่ไหน ..... .....	..... .....	..... ปริมาณเท่าไร ..... .....	..... .....
3. ทุกครั้งที่ลูกคุณใช้สารเสพติดมักใช้เมื่อไหร่ ..... .....	..... .....	..... .....	..... .....

การอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย:

1. เพื่อปรับปรุงวิธีการสื่อสารของสมาชิกให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อเสริมสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อสนับสนุนการสร้างเครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ระยะเวลา /สถานที่

1.30 ชั่วโมง ณ. ห้องทำกลุ่ม

สื่อ อุปกรณ์:

- Computer & Projector Powerpoint presentation
- กระดาษชาร์ต / ปากกาสี
- สลากสถานการณ์



ภาพที่ 8 จับคู่สมาชิกกลุ่มเพื่อฝึกทักษะการสื่อสาร



ภาพที่ 9 การฝึกบทบาทสมมติ ตามสถานการณ์การสื่อสารในรูปแบบต่างๆ



ภาพที่ 10 การสร้างเครือข่ายแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
ทบทวนผลการทำกลุ่มครั้งที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งที่ผ่านมา และซักถามถึงการบ้านที่มอบหมายให้ทำในการทำกลุ่มครั้งที่ผ่านมา ● ผู้นำกลุ่มแนะนำวัตถุประสงค์ของการอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งที่ 3 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	5 นาที
ค้นหาสัมพันธภาพในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนนำรูปภาพบุตรหลานของตนเองออกมาและเล่าให้สมาชิกคนอื่นๆฟังว่าบุตรหลานของตนเองเป็นคนอย่างไร เพราะอะไรจึงนำลูกนี้มา และประทับใจรูปที่นำมาอย่างไร (เน้นที่ความรู้สึกด้านบวก) ● เปิดโอกาสให้เพื่อสมาชิกพูดคุยซักถาม ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงสัมพันธภาพในครอบครัวของตนเอง โดยให้สมาชิกใช้จินตนาการนึกย้อนถึงภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ตนเองประทับใจ ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกหลับตาลง หายใจเข้าออกลึกๆ (ทำบรรยากาศให้เงียบสงบ) และนึกถึงเหตุการณ์ประทับใจที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	25 นาที

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
ค้นหาสัมพันธภาพในครอบครัว(ต่อ)	<p>“ขณะนี้เรากำลังจะย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจในครอบครัวของเรา ขอให้สมาชิกทุกคนนั่งในท่าที่คิดว่าสบายที่สุดหลับตาลงช้าๆ หายใจเข้าออกลึกๆ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หยุดคิดถึงเรื่องต่างๆที่ทำให้คุณรู้สึกกังวล จากนั้นให้ทุกคนนึกย้อนถึงภาพเหตุการณ์ประทับใจที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเองเมื่อเร็วๆนี้ มีเหตุการณ์อะไรที่ยังคงติดอยู่ในความทรงจำของคุณ เป็นเหตุการณ์ที่คุณนึกถึงแล้วมีความสุข สมาชิกในครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้า และอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข คุณกำลังทำอะไร และบุตร/หลานของคุณกำลังทำอะไร ที่ทำให้คุณรู้สึกถึงความสัมพันธ์อันดีของครอบครัวคุณ ขณะที่คุณย้อนนึกถึงเหตุการณ์นี้ขอให้คุณสัมผัสกับความสุขนั้นอีกครั้ง จากนั้นขอให้ทุกคนค่อยๆลืมตาขึ้นช้าๆ”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดเกี่ยวกับภาพเหตุการณ์ที่ระลึกถึงและเน้นให้สมาชิกเห็นว่าเป็นสิ่งดีที่ยังเกิดขึ้นในครอบครัว และให้สมาชิกคิดว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้ความสัมพันธ์อันดีจะยังคงมีอยู่และทำให้เพิ่มขึ้นได้อย่างไร 			
การทำความเข้าใจการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่จำเป็นในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และอธิบายหลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ ● การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อผู้ใช้สารเสพติดไม่อยู่ในภาวะ 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	25 นาที

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
<p>การทำความเข้าใจการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่จำเป็นในครอบครัว(ต่อ)</p>	<p>มีนเมาจากกาการเสพสารเสพติด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารต้องทำเมื่อพร้อมทั้งสองฝ่ายคือ อารมณดีทั้งคู่และพร้อมสำหรับการพูดคุยรับฟัง ● ผู้นำกลุ่มอธิบายทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ <ol style="list-style-type: none"> 1. สั้น กะทัดรัด ได้ใจความ (Be brief) 2. ใช้คำพูดเชิงบวก (Be positive) 3. ระบุถึงพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Refer to specific behaviour) 4. บอกถึงความรู้สึก โดยเน้นที่ความรักและความห่วงใย(Label your feeling : express love and concern) 5. พูดแสดงความรู้สึก (Offer and understanding statement) 6. แสดงความรับผิดชอบ (Accept partial responsibility) 7. เสนอความช่วยเหลือ (Offer to help) ● ผู้นำกลุ่มเน้นให้สมาชิกเข้าใจว่าการทักษะการสื่อสารทั้ง 7 ทักษะไม่จำเป็นต้องใช้พร้อมกัน และควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ 			
<p>การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้สมาชิกจับฉลากเลือกสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและการใช้สารเสพติดของบุตร/หลาน ● ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกจับคู่กันและแสดงบทบาทสมมุติในการใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพตามสถานการณ์ที่จับได้ 	จับคู่	สลากสถานการณ์ต่างๆ	25 นาที

Session segments	กิจกรรม	กลุ่ม	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา
	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงบทบาทสมมุติในกลุ่มใหญ่ ● ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ บทบาทสมมุติ และสรุปแนวทางการใช้ทักษะ การสื่อสารที่เหมาะสม ในแต่ละสถานการณ์ 			
การส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และประโยชน์ของการใช้แหล่งสนับสนุน ● ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกและร่วมกันอภิปรายแนวทางที่จะแสวงหาและสร้างเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ● ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งบริการสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลและศูนย์บำบัดยาเสพติด 	- กลุ่มใหญ่	- Computer & Projector Powerpoint presentation	5 นาที
สร้างเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำกลุ่มแนะนำให้สมาชิกมีการพบปะสังสรรค์กันต่อไป ถึงแม้ว่าการอบรมจะสิ้นสุดลง เพื่อเสริมสร้างมิตรภาพอันดี และเกิดเครือข่ายในการสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน แนะนำให้สมาชิกแลกเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์เพื่อให้เกิดเครือข่ายที่ยั่งยืนต่อไป 	- กลุ่มใหญ่		5 นาที

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามครอบครัวผู้ป่วยเสฟติด

แบบสอบถามครอบครัวผู้ป่วยเสพติด

ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบวัดจำนวน 5 ส่วนตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของครอบครัวผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)

ส่วนที่ 5 แบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของครอบครัวผู้ป่วย

คำแนะนำ โปรดขีดเครื่องหมาย หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. การศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียน	() 2. ประถมศึกษา	() 3. มัธยมศึกษา
() 4. ปวช.	() 5. ปวส./อนุปริญญา	() 6. ปริญญาตรี
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี		
4. อาชีพของท่าน

() 1. ค้าขาย	() 2. รับจ้างทั่วไป	() 3. รับราชการ
() 4. แม่บ้าน	() 5. เกษตรกร	() 6. รัฐวิสาหกิจ
() 7. อาชีพส่วนตัว	() 8. ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน/ โรงงาน	
() 9. อื่นๆ (ระบุ).....		
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว.....บาท

() 5.1 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว	
() เหลือเก็บ () ไม่เหลือเก็บ	
() 5.2 รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	
6. บุคคลที่ท่านคิดว่าผู้ป่วยไว้วางใจสามารถพูดคุยหรือขอรับคำปรึกษาได้ในครอบครัว (เรียงตามลำดับ 3 ลำดับ)

() 1. พ่อ	() 2. แม่	() 3. คู่สมรส (ระบุ).....
() 4. พี่น้อง	() 5. บุตร	() 6. เครือญาติ
() 5. ผู้อาวุโสในครอบครัว (ระบุ).....	() 8. ไม่มี	
7. ความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน

() 1. รักใคร่ ผูกพัน	() 2. ทะเลาะเป็นครั้งคราวแต่ยังรักใคร่กันดี
() 3. ทะเลาะกันบ่อยครั้ง	() 4. ต่างคนต่างอยู่ไม่สนใจกัน
() 5. อื่นๆ (ระบุ).....	

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของครอบครัวท่านมากที่สุด

ไม่ตรงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของครอบครัวท่านเลย
 ตรงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านเล็กน้อย
 ตรงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านปานกลาง
 ตรงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านมากที่สุด

การทำหน้าที่ครอบครัว	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
1 สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2 ท่านรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
3 คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
4 เมื่อมีปัญหาเรามักปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร				
5 ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
6 แต่ละคนแสดงความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผย				
7 คนในครอบครัวสนใจฟังเรื่องราวต่างๆ ของท่าน				
8 ครอบครัวของท่านห้ามมีการทำร้ายร่างกายกันและกัน				
9 สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
10 การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
11 ครอบครัวของท่านไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยา รักษาโรค				
12 ความรู้สึกบางคนในครอบครัวของท่านไม่ค่อยแสดงอารมณ์				
13 มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีแก้ปัญหาที่ท่านทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
14 ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีเอกลักษณ์ของตนเอง				
15 ครอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดองกันดี				
16 บางคนในครอบครัวของท่านก็ยังวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
17 ขณะนี้ครอบครัวของท่านมีความสุขดีพอแล้ว				
18 ท่านรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา				
19 ครอบครัวของท่านต่างคนต่างอยู่				

การทำหน้าที่ครอบครัว	ไม่ ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มากที่สุด
20 ครอบครัวของท่านแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ ค่อนข้างดี				
21 ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
22 แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง ไม่ว่าจะ เป็น พ่อ แม่ ลูก ผู้อาศัย				
23 ในครอบครัวของท่าน ใครจะทำอะไรก็ตามใจชอบ				
24 ท่านกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่ท่านไม่ชอบ				
25 ในยามที่ท่านหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งเดือดร้อนคนในครอบครัว สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
26 ครอบครัวของท่านเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี				
27 ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่ออารมณ์และความรู้สึกของ สมาชิก				
28 ในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				
29 เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสมาชิกครอบครัวของท่านมักจะพูดคุยกันเพื่อหา สาเหตุของปัญหา				
30 บ่อยครั้งที่ท่านไม่สามารถพูดในสิ่งที่您คิดหรือรู้สึก				
31 สมาชิกในครอบครัวของท่านทะเลาะกัน เนื่องจากพูดกันไม่เข้าใจ				
32 ครอบครัวของท่านมีลักษณะตามสบายไม่ยึดถือมาตรฐานหรือ กฎเกณฑ์ใดๆ				
33 ท่านระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
34 ทุกคนสามารถพูดคุยกันตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม				
35 เมื่อท่านขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ ท่านมักไม่แน่ใจว่าเขา จะทำให้หรือไม่				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 28)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีดเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถาม ทุกข้อ ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา นี้ท่าน

- 1) รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี

ก. ดีกว่าปกติ	ข. เหมือนปกติ	ค. แย่กว่าปกติ	ง. แย่กว่าปกติมาก
---------------	---------------	----------------	-------------------
- 2) รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา

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

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 4) รู้สึกไม่สบาย

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 5) เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 6) รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 7) มีอาการวูบร้อนหรือหนาว

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

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 9) ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 10) รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 11) รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 12) รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 13) รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------
- 14) รู้สึกกังวล กระทบกระวายเป็น และเครียดอยู่ตลอดเวลา

ก. ไม่เลย	ข. ไม่มากกว่าปกติ	ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ	ง. มากกว่าปกติมาก
-----------	-------------------	------------------------	-------------------

- 15) ทำอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 16) ทำอะไรช้ากว่าปกติ
 ก. เร็วกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ช้ากว่าปกติ ง. ช้ากว่าปกติมาก
- 17) รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี
 ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ดีน้อยกว่าปกติ ง. ดีน้อยกว่าปกติมาก
- 18) พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป
 ก. มากกว่าปกติ ข. พอ ๆ กับตามปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 19) รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 20) รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 21) สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้
 ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก
- 22) คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 23) รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 24) รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 25) คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง
 ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ ๆ
- 26) รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 27) พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ
 ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก
- 28) พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ
 ก. ไม่อย่างแน่นอน ข. ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ค. มีอยู่บ้างเหมือนกัน ง. มีแน่ ๆ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย** หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
- ปานกลาง** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
- มาก** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด** หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความ จำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อย เพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการ คมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มี วิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมี เพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 5 แบบวัดทัศนคติของครอบครัว The Family Attitude Scale (FAS)

แบบวัดทัศนคติของครอบครัวเป็นแบบวัดทัศนคติของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติดซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

คำชี้แจง : ให้ท่านสำรวจทัศนคติของตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือกคือ

- ไม่เลย** หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึก หรือไม่เคยคิดเช่นนั้นเลย
- น้อยมาก** หมายถึง ท่านมีความรู้สึก หรือเคยคิดเช่นนั้นน้อยมาก หรือนานๆครั้ง
- บางวัน** หมายถึง ท่านมีความรู้สึก หรือเคยคิดเช่นนั้นเป็นบางวัน
- เกือบทุกวัน** หมายถึง ท่านมีความรู้สึก หรือเคยคิดเช่นนั้นบ่อยเกือบทุกวัน
- ทุกวัน** หมายถึง ท่านมีความรู้สึก หรือเคยคิดเช่นนั้นทุกๆวัน

คำถาม	ไม่เลย	น้อยมาก	บางวัน	เกือบทุกวัน	ทุกวัน
1. มันเป็นเรื่องดีที่มีเขาอยู่ใกล้ๆ					
2. เขาทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณได้ระบายออกมา					
3. เขาเฉยเมยต่อคำแนะนำของฉัน					
4. มันยากที่ต้องอดทนกับเขา					
5. ฉันตะโกนใส่เขา					
6. ฉันหวังว่าจะไม่มีเขาอยู่ที่นี่					
7. ฉันรู้สึกว่าเขากำลังทำให้ฉันบ้า					
8. เขาทำให้ฉันควบคุมอารมณ์ไม่ได้					
9. เขาเข้ากับฉันได้ง่าย					
10. ฉันเหนื่อยหน่ายที่ต้องดูแลเขา					
11. เขาตั้งใจที่จะทำให้ฉันมีปัญหา					
12. ฉันมีความสุขที่ได้อยู่กับเขา					
13. เขาเป็นตัวปัญหาจริงๆ					
14. ฉันโต้เถียงกับเขา					
15. ฉันรู้สึกใกล้ชิดกับเขา					
16. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาที่ต้องอยู่ร่วมกับเขาได้					
17. การอยู่ร่วมกับเขามันเป็นเรื่องที่มากเกินไปสำหรับฉัน					
18. เขาเป็นคนน่าโมโห					
19. ฉันพบว่าฉันมักพูดจาเสียดสีเขา					
20. เขาซาบซึ้งใจในสิ่งที่ฉันทำให้กับเขา					
21. ฉันรู้สึกว่ามันเริ่มง่ายที่จะอยู่ร่วมกับเขา					
22. ฉันหวังให้เขาปล่อยให้ฉันอยู่ตามลำพัง					

คำถาม	ไม่เคย	น้อย มาก	บาง วัน	เกือบ ทุกวัน	ทุกวัน
23. เขาไม่เคยเห็นคุณค่าในสิ่งที่ฉันทำให้กับเขา					
24. เขาสามารถควบคุมตนเองได้					
25. เขาเป็นคนที่เข้าใจลึกซึ้งได้ยาก					
26. ฉันรู้สึกว่ามันเริ่มยากมากขึ้นที่จะอยู่ร่วมกับเขา					
27. ฉันรู้สึกคับข้องใจมากเกี่ยวกับตัวเขา					
28. สิ่งที่เขาทำ/พูดแปลได้หลายความหมาย					
29. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเขา					
30. เขาพยายามที่จะเข้าใกล้ฉันให้ได้					

คำถามเชิงโครงสร้างดังต่อไปนี้

1. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด
2. ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มบำบัด M-TFS ท่านคิดว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงกับท่านอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่าจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการเข้ากลุ่ม M-TFS ไปใช้ประโยชน์อย่างไร
4. ท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรมบำบัด M-TFS อย่างไร

ภาคผนวก ง
หนังสือรับรองจริยธรรม



060
วันที่ ๑๙ พ.ย. ๕๙
เวลา ๑๑.๐๐ น.

บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี
วันที่ ๒๕๕๘
วันที่ ๑๐ พ.ย. ๕๙
เวลา ๑๐.๐๐

ส่วนราชการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ กรมการแพทย์ โทร. ๐ ๒๕๕๘ ๕๙๑๑

ที่ สธ ๐๓๑๓/๑๕๖๖ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี

กลุ่มภารกิจด้านการ
พัฒนาระบบสุขภาพ
วันที่ ๒๕๕๘
๑๑ พ.ย. ๒๕๕๘
เวลา ๑๑.๐๐ น.

ตามหนังสือที่ สธ ๐๓๑๓.๖/๙๒๐ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๘ โรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี" ขอรับการพิจารณาจริยธรรม เพื่อขออนุมัติดำเนินการ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันฯ ได้มีมติให้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งโรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี ได้ดำเนินการแก้ไขและส่งให้คณะกรรมการฯ พิจารณาอีกครั้ง นั้น

คณะกรรมการฯ ได้ประชุมพิจารณา และมีมติให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยตามเอกสารที่แนบท้ายนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการโครงการวิจัยตามกระบวนการต่อไป จะเป็นพระคุณ

(Signature)

(นายวิโรจน์ วีระชัย)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- เรียน ผู้อำนวยการ รพ.อ.อ.
เพื่อโปรดพิจารณาเห็นสมควร
- กก.ด้านอำนาจการ
 - กก.ด้านวิชาการและการแพทย์
 - กก.ด้านการพยาบาล
 - กก.ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
- เพื่อทราบและดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ฉ.ท.ภ
๑๐ พ.ย. ๕๙

ศูนย์พัฒนากฎหมาย โรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี
วันที่ ๑๕.๑๑.๕๙
เวลา ๑๑.๐๐

-๗๖

(นายเนตร ฮารีแท้)
ภาควิชาสหปฏิบัติ

- ๓๗
- ๓๗๖๗
Saw
10๓๕
(นายสมภารม วัลโลภ)
เจ้าพนักงานโสตจักษุชำนาญ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูธรราชธานี
ทราบ, มอน ก.วิชัย 11/11/๕๘
ทราบ, 11/11/๕๘
19.11.๕๘



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 58041
เอกสารรับรองที่ 004/2559

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดใน
โรงพยาบาลชัยภูมิรณรงค์อุดรธานี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) The effectiveness of family support program for families of substance users :
Thanyarak Udonthani Hospital

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....นรากร สารีแท้.....

3. หน่วยงานที่สังกัด.....โรงพยาบาลชัยภูมิรณรงค์อุดรธานี.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นอย่างที่
ชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2558

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)
ฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2558

5. วันที่ให้การรับรอง.....29.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2558.....

วันที่ทั้งหมดอายุ28.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2559.....

ลงนาม
(... นพ.ลำชำ ... ลักษณาภิชนัช ...)

ลงนาม
(.....นางสำเนา.....นิลบรรพ์.....)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทุกส่วนการรับรองเงินอุดหนุนโครงการวิจัย (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก จ
ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายนรากร สารีแท้
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 8 กรกฎาคม 2530
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
ที่อยู่ปัจจุบัน	33 หมู่ที่ 7 ตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2553	พยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่15 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
พ.ศ. 2554	การพยาบาลเฉพาะทาง(การรักษาระบาดวิทยา) รุ่นที่ 7 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
พ.ศ. 2558	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2558	กำลังศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและสถิติ ทางวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2553-2556	ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยา อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
พ.ศ. 2546-ปัจจุบัน	ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการรักษาพยาบาล) ปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติผู้วิจัย(ต่อ)

ชื่อ-สกุล	ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์
วัน เดือน ปีเกิด	13 สิงหาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
ที่อยู่ปัจจุบัน	88 หมู่ที่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41330
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2539	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานีรุ่นที่ 1
พ.ศ. 2544	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต เวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ค.ศ.2007	Master of mental health nursing, University of South Australia, Australia
ค.ศ.2012	Doctor of philosophy, School of psychology and counseling, Faculty of Health, Queensland University of Technology, Australia
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

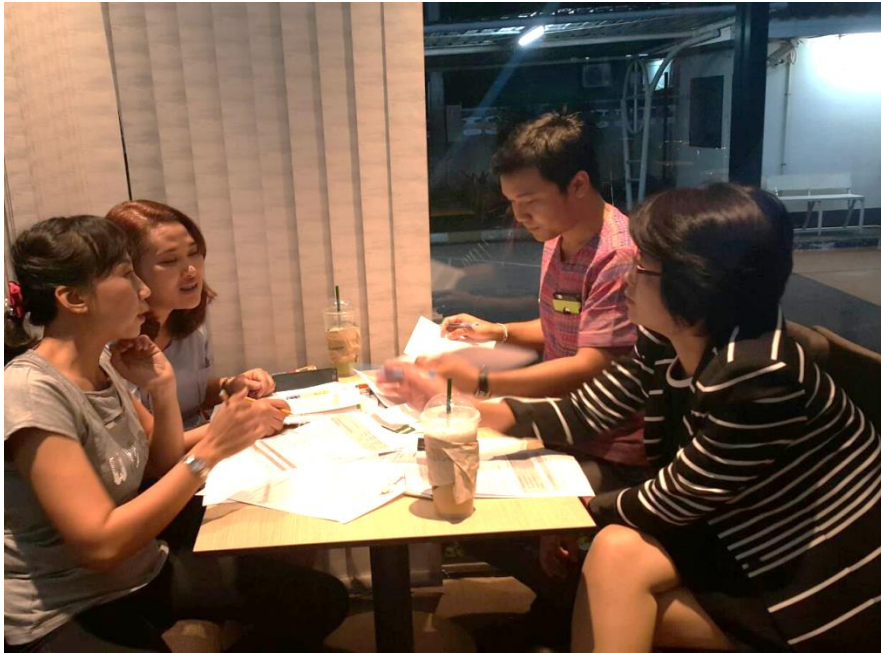
ประวัติผู้วิจัย(ต่อ)

ชื่อ-สกุล	นางสาวกรรณิกา นามหย่อง
วัน เดือน ปีเกิด	21 มิถุนายน 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
ที่อยู่ปัจจุบัน	267/6 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2551	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รุ่นที่ 35
พ.ศ. 2559	กำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2551-2553	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2553-2555	โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ จังหวัดอุดรธานี
พ.ศ. 2556-ปัจจุบัน	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ(ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข

ประวัติผู้วิจัย(ต่อ)

ชื่อ-สกุล	ว่าที่ ร.ต.รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ
วัน เดือน ปีเกิด	30 มกราคม 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดสระแก้ว
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 4 หมู่ที่ 1 ตำบลหันทราย อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2546	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2548	คหกรรมศาสตรบัณฑิต(โภชนาการชุมชน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2559	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) มหาวิทยาลัยบูรพา
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2548-2555	นักวิชาการสาธารณสุข 3 สถานีอนามัยบ้านวังใหม่ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
พ.ศ. 2546-ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ภาคผนวก ฉ
ภาพกิจกรรม



ประชุมเตรียมงาน 1



ประชุม (ขั้นตอน กระบวนการงาน)



"ฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม"



"โปรแกรมครอบครัวบำบัด" (สัมภาษณ์เก็บข้อมูล/เข้ากลุ่มบำบัด)



"เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลของโปรแกรม"