

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ



นางสาววันรัตน์ เสถียรกิตติธนา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF INTEGRATED LIFE SKILLS TRAINING WITH FAMILY PARTICIPATION
PROGRAM ON RESILIENCE TO AMPHETAMINE USE OF AMPHETAMINE USERS
RECEIVING REHABILITATION TREATMENT

Miss Chawanrat Satheankittana



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดย
ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพ
ยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ

โดย

นางสาวชนันรัตน์ เสถียรกิตต์ธนา

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ สุรียพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขวัญรัตน์ เสถียรกิตติธนา : ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ. (THE EFFECT OF INTEGRATED LIFE SKILLS TRAINING WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON RESILIENCE TO AMPHETAMINE USE OF AMPHETAMINE USERS RECEIVING REHABILITATION TREATMENT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 161 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พลังต้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2) พลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ซึ่งเป็นผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้รับการจับคู่ด้วยอายุ เพศ และสู่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้า 3) แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 4) แบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า 5) แบบสอบถามข้อมูลประชากร เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2, 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95, .75 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 11.62$)

2. คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 12.02$)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477304336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: AMPHETAMINE USERS / RESILIENCE TO DRUG USE / THE INTEGRATED LIFE SKILLS TRAINING WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM

CHAWANRAT SATHEANKITTANA: THE EFFECT OF INTEGRATED LIFE SKILLS TRAINING WITH FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON RESILIENCE TO AMPHETAMINE USE OF AMPHETAMINE USERS RECEIVING REHABILITATION TREATMENT. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 161 pp.

The objectives of this quasi-experimental pretest-posttest control groups design were to compare: 1) the pretest and posttest resilience to amphetamine use scores of amphetamine users in the study group who received integrated life skills training with family participation program and those in the control group who received regular treatment and 2) the pretest and posttest resilience scores between the study group and the control group after the experiment. A total sample size of 40 subjects were amphetamine users receiving rehabilitation treatment in out patient unit of government hospital who met the inclusion criteria. The samples were matched pair by age sex and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The Research instruments consisted of: 1) The integrated life skills training with family participation program, 2) Resilience to amphetamine use questionnaire, 3) self-control and life skills and the perception about drug questionnaire, 4) Family participation of amphetamine use questionnaire, 5) Demographic questionnaire. The reliability of the 2nd, 3rd and 4th instruments were reported by Cronbach Alpha as of .95, .75 and .72 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The mean scores of resilience to amphetamine use of amphetamine users after receiving the integrated life skills training with family participation program was significantly higher than that before at .01 ($t= 11.62$)

2. The mean scores of resilience to amphetamine use of amphetamine users after receiving the integrated life skills training with family participation program was significantly higher than those who received the regular caring activities had significant at .01 ($t= 12.02$)

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ ได้รับประสบการณ์หลายๆด้านที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้ในอนาคต และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือและความเมตตาจากคุณอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความอดทนและห่วงใย เอาใจใส่ เอื้ออาทรต่อผู้วิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยฝ่าฟันอุปสรรคทุกอย่างมาได้ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้กรุณาให้ความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ท่านได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้กับผู้วิจัย ด้วยความรักและเมตตา ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ช่วยเหลือและให้ความสะดวกในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพติดของผู้เสพติดที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพและแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณคณะกรรมการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าสายการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำการงานยาเสพติด ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการทำวิจัย และขอบพระคุณผู้เสพยาเสพติดและญาติทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแม่ ญาติพี่น้อง ที่สนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจ รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อนร่วมรุ่น เพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยเป็นห่วง และให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยไมตรีตลอดมา ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำสำคัญ.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	13
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดและยาบ้า.....	17
2. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use).....	26
3. แนวคิดทักษะชีวิต.....	37
4. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง.....	41
5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้เสพยาบ้า.....	44
6. โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม.....	48
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เสพยาบ้าเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	57

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	58
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	71
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	94
การวิเคราะห์ข้อมูล	95
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	97
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	104
สรุปผลการวิจัย	108
อภิปรายผลการวิจัย	109
ข้อเสนอแนะ	117
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	118
รายการอ้างอิง	119
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	128
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	130
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (ตัวอย่าง)	132
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบแสดงความยินยอม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	155
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	161

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปการบูรณาการโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ..	49
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	59
ตารางที่ 3	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม	74
ตารางที่ 4	ระดับคะแนนการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ...	91
ตารางที่ 5	คะแนนความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม.....	92
ตารางที่ 6	คะแนนการบ้านกิจกรรมที่ได้มอบหมายให้ทำร่วมกับครอบครัวในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม.....	93
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้า จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	98
ตารางที่ 8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้า จำแนกตาม รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระยะเวลาการรวมการเสพยาบ้า ความถี่ในการเสพยาบ้า และสัมพันธภาพในครอบครัว	99
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	100
ตารางที่ 10	คะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล จำแนกตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	101
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละด้าน	102
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบคะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	103

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผล ต่อพฤติกรรมของบุคคล	32
ภาพที่ 2 การแสดงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางสุขภาพ	40
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย	56
ภาพที่ 4 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	96



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาของประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ระบุว่าแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการภาครัฐระหว่าง ปี พ.ศ. 2551-2555 ที่พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือจำนวน 94,779, 123,159, 131,544, 175,953 และ 408,756 ราย ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) สอดคล้องกับข้อมูลของ ผู้เข้ารับการรักษา ณ สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด ตั้งแต่ปี 2551-2555 ที่พบว่า มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดเป็นอันดับหนึ่ง คือ จำนวน 5,975, 4,249, 4,423, 4,387 และ 5,096 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ใช้บริการที่มีอายุในช่วง 15-34 ปี มากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือมีจำนวน 3,039, 3,194, 3,141, 3,041, 3,236 ตามลำดับ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาการแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญต่อประเทศในอนาคต นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ ของภาครัฐจำนวนไม่น้อยเช่นกัน เช่น พบว่ามีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งแต่ ปี 2551-2555 เป็นจำนวน 198, 174, 155, 69, และ 146 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช, 2556)

Shives (1994) กล่าวว่า ยาบ้าเป็นสารเสพติดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulant) ซึ่งทำหน้าที่เก็บความคิด ความจำ ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก โดยไปกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของ Dopamine และ Norepinephrine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยกระตุ้นให้คนมีการตื่นตัว จึงส่งผลต่อร่างกายโดยแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ ไปรบกวนการทำงานของสมองส่วน Brainstem ที่เกี่ยวข้องกับระบบการควบคุมการตื่นตัวของร่างกาย พฤติกรรม และอารมณ์ (Reticular activating system) และสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) การใช้แอมเฟตามีนเป็นประจำทุกวันในขนาดที่ไม่สูงนักจะทำให้ผู้ใช้ยาที่มีความรู้สึกสบายใจ กระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วงนอน หากมีการใช้ยานี้เป็นประจำในปริมาณที่มากขึ้น จะทำให้เกิดอันตรายต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดขาดเหตุผล หูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และทำให้เกิดอาการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะเกิดอาการขาดยา ได้แก่ อ่อนเพลียมาก ง่วงนอนจัด นอนหลับคล้ายคนหมดสติ ปวดกล้ามเนื้อและหัวอาหารอยู่บ่อยๆ ความคิดสับสนกระวนกระวาย ซึมเศร้าอาจถึงฆ่าตัวตายได้ (บังอร สุปรีดา, 2546) ซึ่งผลกระทบจากการเสพยาบ้ามีหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ทำให้ร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง ความคิดอ่านช้า ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการเสพยาบ้า ผู้เสพยาจะต้องเพิ่มยาให้มากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดเวลาและหยุดเสพยาไม่ได้มีการเพิ่มปริมาณยาบ้า

ตลอดเวลา ดังนั้นจึงสูญเสียเงินสำหรับซื้อยามาเสพ ด้านสังคม ยาบ้าเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาสังคม ได้แก่ อาชญากรรมต่างๆ ด้านความมั่นคงของชาติ ความร้ายแรงของยาบ้ามีผลโดยตรงต่อความมั่นคงของประเทศชาติเป็นอย่างมาก เพราะถ้าประเทศใดมีประชากรที่ติดยาบ้าจำนวนมาก ก็จะส่งผลถึงเศรษฐกิจที่เสียหายและมีปัญหาสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) อีกทั้งการเสพยาบ้าติดต่อกันเป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้เสพยาบ้าสมองเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาดและการรับรู้เปลี่ยนไป (อังกร ภัทรารกร, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ายาบ้านอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้วยกันใน 4 ด้าน คือ **ผลกระทบต่อตัวผู้เสพ** มีสุขภาพทรุดโทรม **ผลกระทบต่อครอบครัว** ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง ครอบครัวสูญเสียรายได้เนื่องจากต้องนำเงินไปซื้อสารเสพติดยาเสพ มีการทะเลาะวิวาท การลักขโมย การโกหกหรือพูดเท็จ ทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กันอย่างไม่สงบสุข และมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา **ผลกระทบต่อสังคม** เนื่องจากภาวะการติดยาบ้า ทำให้ผู้เสพยากกลุ่มนี้มีอาการอยากยา ไม่สามารถหักห้ามใจได้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีต่างๆ เพื่อให้ได้เงินมาซื้อยา นำไปสู่การกระทำในสิ่งที่ไม่คาดคิด เช่น ก่อปัญหาอาชญากรรมหรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับธุรกิจนอกกฎหมายจนส่งผลให้ผู้เสพยาเหล่านี้ถูกจับด้วยกรณีต่างๆ รวมถึงการกลับไปค้ายา **ผลกระทบต่อประเทศชาติ** คือยาบ้าจะทำให้ประชากรของประเทศนั้นเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาประเทศก็จะทำได้ยาก (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และ คณะ, 2550) และถูกส่งตัวไปรับการควบคุมประพฤติในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในที่ต่างๆ ด้วยเหตุนี้ผู้เสพยาบ้าจึงควรได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดละพฤติกรรมเสพและลดผลกระทบต่อด้านต่างๆ

ประเทศไทยได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยา พ.ศ. 2545 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2549) เพื่อเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการผลักดันผู้ติดยาเสพติดยาชนิดต่างๆ รวมทั้งยาบ้าให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา โดยหากตรวจพบว่าบุคคลมีสารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าในปัสสาวะ ก็จะถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบใดระบบหนึ่งตามความรุนแรงของโทษที่ถูกจับกุม ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดยา (2554) ระบุว่า ภายใต้ พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวนี้ ประเทศไทยจำแนกการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดยา ออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ (voluntary system) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาเสพติดยาที่ต้องการเลิกยาโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 2) ระบบบังคับ (compulsory system) เป็นระบบที่ผู้ติดยาเสพติดยาซึ่งถูกจับในฐานะผู้เสพจะถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัด และหากมีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี และ 3) ระบบต้องโทษ (correctional system) เป็นระบบที่ให้การบำบัดแก่ผู้ติดยาเสพติดยาที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดยาและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย ทั้งนี้ข้อมูลจากการรายงานที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าในอดีตจำนวนผู้ติดยาเสพติดยาซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับจะมีมากที่สุด ดังการรายงานของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดยา ในระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2556 - 31 มี.ค. 2557 รวม 6 เดือน พบว่าผู้เสพติดยาส่วนใหญ่ คือร้อยละ 72.27 เป็นผู้ต้องคดีในฐานะผู้เสพยาและถูกคุมประพฤติเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐในระบบบังคับบำบัด รองลงมาเป็นผู้เข้ารับการ

บำบัดในระบบสมัครใจ ร้อยละ 20.42 และ ที่เหลือคือผู้ถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดในระบบต้องโทษ ร้อยละ 7.32 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2557)

แม้ว่าผู้เสพยาบ้าจะต้องรับการบำบัดในระบบต่างๆ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ ดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งโดยทั่วไปสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ ส่วนใหญ่มักจะให้การบำบัดแก่ผู้เสพยาบ้าในรูปของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ กาย จิต สังคม บำบัด (Matrix Program) แต่อย่างไรก็ตามผลการบำบัดในภาพรวมพบว่าประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าเหล่านี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่าผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งในระหว่าง และ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุลินดา จันทระเสนา (2549) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในสถาบันธัญญารักษ์ ร้อยละ 66 เป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดซ้ำเป็นครั้งที่ 2 รวมทั้งผลการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2543) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในชั้นถอนพิษยา ของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น ร้อยละ 77 มีการกลับไปเสพยาบ้าภายใน 1 ปี และข้อมูลล่าสุดของสถาบันธัญญารักษ์ (2555) พบว่าภายหลังจากการบำบัดแบบ Matrix Program ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มกลับไปเสพยาบ้าซ้ำถึงร้อยละ 5-8

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าในระบบบริการปกติที่มีอยู่ ทั้งนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบำบัดโดยใช้ Matrix Program โดยเฉพาะในแง่ของความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบำบัดที่ได้รับ เนื่องจาก Matrix Program เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เน้นการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆ ของการบำบัดรักษาผ่านทางกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยมีกิจกรรมหลักของการบำบัดรักษาประกอบด้วย การให้คำปรึกษา รายบุคคล/รายครอบครัว การฝึกทักษะในการเลิการะยะเริ่มต้น การให้ความรู้แก่ครอบครัว และการป้องกันการหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ซึ่งโปรแกรมที่ใช้พบว่ามีประสิทธิภาพ ในต่างประเทศต้องใช้เวลาการบำบัดที่ติดต่อกันนานประมาณ 1 ปี แต่ในประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ใช้ให้มีระยะเวลาการบำบัดที่สั้นลง เช่น การบำบัดโดยใช้ Matrix Program อย่างเต็มรูปแบบของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ใช้ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้คำปรึกษารายบุคคล 2) การฝึกทักษะการเลิการะยะเริ่มต้น 3) กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ และ 4) กลุ่มให้ความรู้ครอบครัว จากนั้นจะมีการติดตามต่ออีก 8 เดือน จนครบ 1 ปี (รอชิตี ศรีรัตน์ และคณะ, 2554)

แม้ว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะสนับสนุนให้สถานบริการของรัฐใช้รูปแบบการบำบัดแบบ Matrix Program ในการบำบัดผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดทั้งในระบบบังคับบำบัดและแบบสมัครใจ เนื่องจากมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดในรูปแบบนี้มีองค์ประกอบที่ซับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดที่ต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้น การดำเนินการที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการบำบัดได้อย่างค่อนข้างครบถ้วนและเต็มรูปแบบ เฉพาะในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลรักษาผู้เสพยาเสพติด และโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีศักยภาพทั้งในเรื่องจำนวนและทักษะของบุคลากรในการให้การบำบัด เท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติจริงการบำบัดโดยใช้ Matrix Program ใน

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนพบว่ายังมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ เลาบรียัต (2555) ที่ทำการศึกษาความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานในการบำบัดผู้ติดยาในลักษณะผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ Matrix Drug Treatment Model ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย พบว่ามีจุดอ่อนของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยหลายประการ ได้แก่ นโยบายระดับประเทศไม่มีความชัดเจน โครงสร้างและจำนวนของสถานบำบัดไม่มีการขยายตัวตามสภาพของปัญหา การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถงบประมาณที่จำกัดและไม่เพียงพอ และ รูปแบบและเทคโนโลยีการบำบัดไม่ได้พัฒนาให้เท่าเทียมกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งในการศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ ยังพบข้อจำกัดในทางปฏิบัติจริง คือ พบว่าสถานบำบัดต่างๆ ยังไม่สามารถให้การบำบัดด้วย Matrix Program ได้อย่างเต็มรูปแบบ โดยสามารถดำเนินการได้เพียงบางองค์ประกอบในโปรแกรมการบำบัดเท่านั้น ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยาบ้า และการให้คำปรึกษาแก่ผู้เสพยาติดยาและครอบครัว ส่วนการพัฒนาให้ผู้เสพยาติดยาบ้าเกิดทักษะที่จำเป็นในการเลิกเสพยาและการป้องกันการเสพยาซ้ำ นั้นยังไม่สามารถดำเนินการได้สมบูรณ์และครบถ้วนเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น ผู้บำบัดมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบหลายด้าน อีกทั้งยังขาดทักษะในการบำบัด นอกจากนี้ระยะเวลาการบำบัดที่ยาวนานทำให้ผู้เสพยาติดยาบ้าไม่มาบำบัดต่อเนื่องตามนัด จึงมีอัตราการรักษาไม่ครบตามโปรแกรม (drop out) สูง เป็นต้น เป็นเหตุให้ประสิทธิภาพในการบำบัดไม่ดีเท่าที่ควรและส่งผลให้มีผู้ที่ทวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำในอัตราที่สูง ดังข้อมูลที่กล่าวข้างต้น ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับสภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช (2557) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ ที่ได้มีการรายงานผลการบำบัดผู้เสพยาติดยาบ้าใน 3 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2554-2556 พบว่ามีผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดครบตามแนวทางการบำบัดด้วย Matrix Program ในอัตราที่ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 47, 49.15, และ 40 ตามลำดับ ที่และผู้เสพยาบ้าที่บำบัดไม่ครบ คิดเป็นร้อยละ 36, 28.82, และ 28 ตามลำดับและอยู่ระหว่างการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 17, 22.03, 32 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแม้ว่า Matrix Program จะเป็นโปรแกรมที่ดีที่ทำให้ผู้เสพยาบ้าสามารถอยู่ครบการบำบัดและเลิกเสพยาบ้าได้เกือบ 50 เปอร์เซ็นต์ แต่ก็ยังพบผู้ที่ขาดการบำบัดในอัตราที่สูงเช่นกัน ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดบางประการของการบำบัดในรูปแบบนี้ ทั้งนี้ ข้อมูลเชิงลึกจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ของ สิริอรุณ แผลมภู (2554) เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้เสพยาบ้าขาดการบำบัด พบสาเหตุที่สำคัญ ดังนี้ 1) การมีความเชื่อผิดๆ ว่าถ้าไม่มีอาการทางร่างกายที่มีสาเหตุจากยาเสพติดก็แสดงว่าหายแล้ว และเลิกเสพยาบ้าได้ 2) ขาดข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัด รวมถึงไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด 3) การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบำบัดว่ายุ่งยาก 4) การเบื่อหน่ายต่อสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลว่าขาดอิสรภาพ และ 5) ระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดมีระยะเวลายาวนานมาก ถึง 4-6 เดือน จึงเป็นอุปสรรคต่อการเรียน การทำงาน และการดูแลบุคคลในครอบครัว อีกทั้งการบำบัดไม่ได้ใช้ความสามารถ และความคิดสร้างสรรค์

ปัญหาการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำนอกจากปัจจัยเรื่องการได้รับการบำบัดรักษาไม่ครบถ้วนตามโปรแกรมการบำบัดแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังเกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้เสพยาบ้าโดยตรง เช่น ผลการวิจัยในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Dillon et al. (2007) พบว่า “พลังต้านการเสพยาเสพติด” (resilience to drug use) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากพลังต้านการเสพยาเสพติดหมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการยืน

หยุดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสภาวะการณ์ที่เครียดและกดดันจากการไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดหรือเป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด (Dillon et al., 2007) โดย resilience ในมุมมองนี้ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของบุคคลแต่เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten & Curtis, 2000; Fraser, Kirby & Smokowski, 2004) ทั้งนี้ในการศึกษาของ Dillon et al. (2007) ตั้งข้างต้นซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปว่าพลังด้านการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้กล่าวถึงพลังด้านการเสพยาเสพติดโดยคำนึงถึงบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันไปพร้อมๆ กัน และได้ชี้แนะต่อว่า หากผู้เสพยาเสพติดมีปัจจัยป้องกันสูงกว่าปัจจัยเสี่ยง ก็ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดรายนั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่เสพยาเสพติดและใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกแทน ส่งผลให้สามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดได้ดีและลดการกลับไปเสพยาซ้ำได้ (Hawkins, Catalano and Miller, 1992)

สำหรับในประเทศไทย มนัส สุนทรโชติ (2554) ได้นำข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) ตั้งข้างต้น ร่วมกับแนวคิด the adolescent resilience model ของ Haase (2004) ซึ่งระบุว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อ resilience ของวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิตประกอบด้วยปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ ด้านการเจ็บป่วย ด้านบุคคล ด้านครอบครัว และด้านสังคม มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้า ของวัยรุ่นชายอายุ 12- 21 ปี ที่ถูกคดีเสพยาบ้าและถูกส่งตัวมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 140 คน ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 50.70 มีพลังด้านการเสพยาบ้าในระดับน้อย ถึง น้อยที่สุด และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด ทั้ง 3 แบบ (การใช้ความสามารถของตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ และ การหลีกเลี่ยงปัญหา) และ รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r=.195, .541, .367, .246$ และ $.309$ ตามลำดับ)

จะเห็นได้ว่าหากสามารถพัฒนาให้ผู้เสพยาบ้าเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นจะช่วยป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้ ทั้งนี้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมให้บุคคลเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าสูงขึ้นนั้น จำเป็นต้องจัดกระทำกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคล ครอบครัว สังคม เพื่อน และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ Frisher et al. (2005) ซึ่งเสนอว่าแนวทางในการพัฒนาให้เกิดพลังด้านการเสพยาเสพติดนั้น ต้องมีการสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล เกิดทักษะทางสังคม ร่วมกับการสนับสนุนให้มีทรัพยากรอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคคลสามารถต่อสู้กับปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้าได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า “ทักษะชีวิต” (Life skills) น่าจะเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาให้ผู้

เสพยาบ้าเกิดปัจจัยป้องกันด้านบุคคล และ ด้านสังคม รวมถึงลดปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลบางประการได้ เนื่องจากช่วยให้ผู้เสพยาบ้าได้รับการฝึกฝนให้เกิดทักษะในการปรับตัวและเลือกการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคล นอกจากนี้ยังเกิดความสามารถในการจัดการกับสิ่งท้าทายภายในชีวิตประจำวันและการจัดการกับความเครียดได้ (Botvin et al. 1992; Botvin et al. 1995; Botvin et al. 1995b) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Botvin et al. (1994) และ Botvin and Griffin (2004) ได้พัฒนาโปรแกรมที่เรียกว่า “การฝึกอบรมทักษะชีวิต” (Life skills training program_LST) เพื่อใช้กับผู้เสพยาบ้ากลุ่มวัยรุ่น รวมถึงสารเสพติดที่ผิดกฎหมายต่างๆ และพบว่าการฝึกทักษะชีวิตนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการบริโภคสารเสพติดของวัยรุ่น เนื่องจากมีเนื้อหาที่ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะสำคัญ 3 ประการ คือ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะทางสังคมและทักษะการต่อต้านการเสพยาบ้าจากแรงกดดันทางสังคมของกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาจัดกระทำกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล และปัจจัยป้องกันด้านสังคม เรื่องการสนับสนุนจากเพื่อนได้ นอกจากนี้แนวคิด การฝึกการควบคุมพฤติกรรมของ Rosenbaum (1990) มาใช้ร่วมด้วย ก็จะทำให้บุคคลเกิดความสามารถในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้านบุคคลในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง การจัดการกับอารมณ์ที่เกี่ยวกับความต้องการเสพยา และการปฏิเสธสิ่งยั่วยุจากเพื่อนที่เสพยาเสพติดได้ จะเห็นได้ว่าการฝึกทักษะชีวิตและทักษะการควบคุมตนเองสามารถจัดกระทำกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของบุคคลที่อาจส่งผลต่อการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้าได้

เนื่องจากตามกรอบแนวคิด the adolescent resilience model ของ Haase (2004) ตั้งข้างต้น ระบุว่าปัจจัยด้านครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการเพิ่ม resilience ให้กับบุคคล ดังนั้น เพื่อให้สามารถจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้าได้อย่างรอบด้าน จึงจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดดูแลผู้เสพยาเสพติดในขณะบำบัดรักษาตามที่ Dentol and Kampfe (1994) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด เพราะครอบครัว เปรียบเสมือนผู้บำบัด เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด รู้ปัญหา ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของผู้เสพยาเสพติดได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในอีกหลายเรื่อง เช่น Wills, Resko, Ainette and Mendoza (2004) Bry (1989) Denton and Kampfe (1994) และ Dishion and Andrews (1995) ซึ่งพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดอย่างใกล้ชิด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงจากการเสพยาเสพติดซ้ำได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้า จำเป็นต้องใช้การบำบัดที่มีลักษณะบูรณาการ 3 แนวคิด คือ การฝึกทักษะชีวิต การควบคุมพฤติกรรมและการเสพยาบ้า และ การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้า เพื่อให้ครอบคลุมการจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้ามากที่สุด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถจัดกระทำในลักษณะผสมผสานดังกล่าวเพื่อใช้กับผู้เสพยาบ้า พบเพียงการศึกษาของ ชลชัย ทัศนกุลณี (2542) ซึ่งทำการศึกษากึ่งทดลองถึงผลการประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการเสพยาบ้าของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคชาย เขตการศึกษา 6 และพบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการ

ตัดสินใจดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงนำการบำบัดทั้ง 3 แนวคิด ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตของ Botvin et al. (1994) และ Botvin and Griffin (2004) ร่วมกับแนวคิดการควบคุมพฤติกรรมและการเสพยาของตนเองของ Rosenbaum (1990) และแนวคิดการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมของ Denton and Kampfe (1994) มาผสมผสานเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สำหรับใช้ในการส่งเสริมให้ผู้เสพยาบ้าในประเทศไทยเกิดพลังต้านการเสพยาบ้ามากขึ้นอันจะนำไปสู่การป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. พลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. พลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำสำคัญ

ผู้เสพยาบ้า พลังต้านการเสพยาบ้า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ในปัจจุบันแม้ว่าผู้เสพติดยาบ้าบางส่วนจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูในสถานบริการของรัฐ แต่ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้าเหล่านี้ยังไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร เนื่องจากมีผู้ที่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำทั้งในระหว่าง และ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา สูงถึงร้อยละ 75 (สำนักงาน ป.ป.ส., 2552, 2553) โดยปัจจัยในระดับบุคคลซึ่งสำคัญที่สุดประการหนึ่งในการกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำ คือ การที่ผู้เสพยาบ้าขาดพลังต้านการใช้สารเสพติด (Resilience to drug use) (Dillon et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย ของ มนัส สุนทรโชติ (2554) พบว่าผู้ที่เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 50.70 มีพลังต้านการเสพยาบ้าในระดับน้อย ถึง น้อยที่สุด ซึ่งพลังต้านการเสพยาบ่านี้อธิบายเป็นความสามารถของบุคคลในการป้องกันการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้ (Hawkins, Catalano and Miller, 1992) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พลังต้านการเสพยาบ้า หมายถึง ความสามารถ

ของบุคคลในการต่อต้านการเสพติด แม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพติด ซึ่งพลังต้านตามมุมมองนี้ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของบุคคล แต่เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti and Becker, 2000; Masten and Curtis, 2000; Fraser, Kirby and Smokowski, 2004) และแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอันเหมาะสม เช่น ตัดสินใจที่จะไม่เสพติด (Werner, 1989) ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาให้ ผู้เสพติดมีพลังต้านการเสพติดมากขึ้น เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

เนื่องจากแนวคิดพลังต้านการเสพติด (Resilience to drug use) ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) นั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการใช้สารเสพติด แม้ว่าบุคคลจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพติด จึงเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมองค์ประกอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของบุคคล 3 องค์ประกอบ คือ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพติด จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้มองความสามารถของบุคคลที่มีพลังต้านการเสพติดโดยคำนึงถึงการจัดการกับบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการศึกษาในผู้เสพติด พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพติด ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล เช่น การเผชิญความเครียด 2) ปัจจัยป้องกันด้านบุคคล ได้แก่ การควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ปัจจัยป้องกันด้านครอบครัว ได้แก่ บรรยากาศในครอบครัว การสนับสนุนด้านทรัพยากร และ 4) ปัจจัยป้องกันด้านสังคมเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Zuzana et al., 2009)

ดังนั้น เพื่อให้สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพติดของบุคคล ดังที่กล่าวข้างต้นได้อย่างครบถ้วน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ด้วยการผสมผสานจาก 3 แนวคิด คือ 1) *การพัฒนาทักษะชีวิต* (Botvin et al., 1994, 1995) ประกอบด้วยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การตั้งเป้าหมายการเลิกเสพติด การให้ความรู้เรื่องยาบ้า การสื่อสาร การเห็นคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การปฏิเสธการเสพติด การจัดการอารมณ์และความเครียด ซึ่งการฝึกทักษะชีวิตเป็นกิจกรรมที่เน้นการค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้านบุคคล และนำทักษะความรู้ที่ได้มาใช้ทบทวนอย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจที่จะไม่เสพติด นำไปสู่การใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกเพื่อป้องกันการเสพติดในการดำเนินชีวิตจริง ตามขั้นตอนในแนวคิดของ Dillon et al. (2007) กล่าวว่า การพัฒนาพลังต้านการเสพติดเป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพติดซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพติด จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้กล่าวถึงพลังต้านการเสพติดโดยคำนึงถึงบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันไปพร้อมๆ กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย นาคศรีสังข์ (2548) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพ

ของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ **2) การควบคุมตนเอง** (Rosenbaum, 1990) ประกอบด้วย การพัฒนาเพื่อให้เกิดทักษะในการสำรวจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง การแก้ไขปัญหา ทักษะการควบคุมตนเอง และการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งการควบคุมพฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้า เป็นกิจกรรมที่เน้นการค้นหาปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องภาวะอารมณ์อันจะนำไปสู่ความต้องการใช้ยาบ้า จึงเป็นการฝึกในการหาเหตุผลมาหักล้างอารมณ์เสี่ยงดังกล่าว ร่วมกับการใช้ทักษะการปฏิเสธแรงกดดันหรือสิ่งยั่วยุจากเพื่อน ในการหลีกเลี่ยงการเสพยาได้ นำไปสู่การตัดสินใจที่จะไม่เสพยา โดยเป็นไปตามแนวคิดทั้ง 3 องค์ประกอบของ Dillon et al. (2007) ที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas, Wills and Michael (2008) ได้ศึกษาผลของ การควบคุมตนเอง ต่อการใช้สารเสพติด ในกลุ่มนักเรียนจำนวน 1,767 คน ภายใต้อัจฉริยะ 3 เรื่องคือ เหตุการณ์ในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิต และการใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อน พบว่า นักเรียนสามารถควบคุมตนเองและหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดได้ แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีเหตุการณ์ในครอบครัว เหตุการณ์ในชีวิต และการอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด และ **3) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม** (Denton & Kampfe, 1994) เป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัว โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยา ด้วยการร่วมคิด ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน ของผู้เสพยา และร่วมกันคิดเพื่อค้นหาและใช้เหตุผลในการเลี่ยงการเสพยาเสพติด โดยการพัฒนาทักษะที่จำเป็นของครอบครัวที่ช่วยในการเสริมสร้างให้เกิดพลังต้านการใช้สารเสพติด ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) เช่นการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Wills et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและจากเพื่อนต่อวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติด จำนวน 1,826 คน พบว่าการสนับสนุนโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีส่วนลดการใช้สารดังกล่าวมากกว่าการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้โปรแกรมที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการบำบัดแบบกลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วยการดำเนินการจำนวน 8 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ โดยในโปรแกรมได้จัดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้เสพยาบ้า จำนวน 3 ครั้ง คือ ในกิจกรรมครั้งที่ 1,3 และ 5 เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 3 ครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เสพยาบ้าและครอบครัว โดยมุ่งให้ครอบครัวได้รับความรู้ด้านยาเสพติด เพื่อสามารถให้การดูแลผู้เสพยาบ้าได้ถูกต้อง อีกทั้งเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น สร้างปฏิสัมพันธ์ วางแนวทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่วนกิจกรรมที่ครอบครัวไม่ได้เข้าร่วมโดยตรงในครั้งที่ 2, 4 และ 6 จะมีใบกิจกรรมให้ผู้เสพยาบ้านำกลับไปทำที่บ้านร่วมกับครอบครัวและนำกลับมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดกิจกรรม แต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาบ้าและผลกระทบจากการเสพยาบ้า ร่วมกับตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรก โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้เสพยาบ้า ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าเกิดความไว้วางใจ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาการทำกิจกรรม และให้ความรู้เรื่องยาบ้า เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวมีความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบจากการเสพยาบ้า และสร้างความตระหนักให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลผู้เสพยาบ้า เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ตามแนวคิดการฝึกทักษะชีวิตของ Botvin et al. (1995) โดยใช้เทคนิคการสอน (Teaching Techniques) ผ่านสื่อวีดีโอเกี่ยวกับยาบ้า และ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ในการฝึกให้ผู้เสพยาบ้ามีการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้าร่วมกับครอบครัวอย่างมีทิศทางเพื่อเลิกเสพยาบ้าอย่างชัดเจน และป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการค้นหาปัจจัยด้านตัวบุคคล อย่างมีเหตุผล เกี่ยวกับการเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการค้นหาปัจจัยด้านตัวบุคคล อย่างมีเหตุผล เกี่ยวกับการเสพยาบ้าซ้ำ ร่วมกันหาแนวทางในการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า โดยมีส่วนในการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าได้

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสำรวจ การรับรู้ความสามารถ และการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ซึ่ง Bandura (1977 อ้างถึงใน Sotthiyapai, 2002) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นความไว้วางใจของบุคคลต่อความสามารถในตนเองในการแสดงพฤติกรรมเพื่อความสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ ซึ่งการที่บุคคลประเมินว่าตนเองมีความสามารถจะส่งผลสะท้อนให้เห็นคุณค่าของตนเอง และทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองด้วย (Rosenberg, 1965) ซึ่งหากเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นสภาวะการณ์เสี่ยงและบุคคลสามารถดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองกระทำ แสดงว่าบุคคลมีความสามารถในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ และจะส่งผลให้บุคคลมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในทางกลับกัน หากบุคคลมีประสบการณ์ที่ทำให้ตนเองขาดความสามารถในการจัดกระทำ หรือดำเนินชีวิตก็จะทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Block and Robin, 1993) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่ดีที่บุคคลมีต่อตนเอง ทำให้รู้สึกรักตนเอง และนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติด (เสาวนีย์ สำนวน, 2545) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มนัส สุนทรโชติ (2554) ซึ่งพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้า ในขณะที่การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำพบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของการติดยาเสพติด (ณรงค์เดช สมควร, 2551; ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540) ดังนั้น กิจกรรมครั้งที่ 2 นี้ จึงมุ่งให้ผู้เสพยาบ้าค้นหาความสามารถของตนเอง อันเป็นปัจจัยปกป้องด้านตัวบุคคลที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงในการหวนกลับไปใช้ยาบ้า และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการดำเนินกิจกรรม โดยพยาบาลจะเน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถให้กับผู้เสพยาบ้าและครอบครัวให้มีความสามารถในการใช้คำพูด ภาษา และท่าทาง เพื่อการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และในขณะเดียวกันสามารถรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่ายหนึ่งในทุกสถานการณ์ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น ความต้องการ การปฏิเสธ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมุติ และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว จะส่งผลให้เกิดความผูกพัน ระหว่างสมาชิก ครอบครัวและผู้เสพยาบ้า ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวถือเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลให้บุคคลสามารถลดการเสพยาบ้าได้ (Denton and Kampter, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ สำเนา มากแบน (2542) พบว่า การปฏิบัติของครอบครัว ด้านการตอบสนองความต้องการทางชีวภาพด้านการคงไว้ซึ่งการสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการอบรมบทบาทที่เหมาะสมในสังคม มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเสพยาบ้าของวัยรุ่นจะส่งผลให้พฤติกรรมการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าลดลงได้ นอกจากนี้การศึกษาของ Dishion and Andrews (1995) และ อมรรรัตน์ ชัยนนดี (2550) พบว่าการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติด รวมถึงผู้เสพยาบ้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ดังนั้น กิจกรรมครั้งที่ 3 นี้ จึงเน้นการจัดกระทำปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวไปพร้อมๆ กัน โดยการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในครอบครัว และหาวิธีการร่วมกันในการปรับรูปแบบวิธีการสื่อสารภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นได้ (Hasse, 2004)

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา (กิจกรรมนี้ดำเนินการ 2 ครั้ง เนื่องจากต้องมีการฝึกปฏิบัติจริงในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา) เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน โดยผ่านการสอนและฝึกปฏิบัติ ในการจำลองสถานการณ์จากใบกิจกรรม ซึ่งทักษะนี้มีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ และการนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังที่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) กล่าวว่า หากบุคคลมีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ในการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีการประเมินทางเลือกและผลลัพธ์ที่อาจเกิดจากการตัดสินใจเลือกทางเลือกนั้นๆ ก็จะมีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นด้วย ดังนั้น กิจกรรมที่ 4 (ครั้งที่ 4 และ 5) นี้ จึงเน้นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวบุคคล โดยการค้นหาที่เป็นอุปสรรคต่อการคิดวิเคราะห์ข้อมูล หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิต ด้วยการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ได้แก่การฝึกทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ ร่วมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ก็จะส่งผลทำให้ผู้เสพยาบ้าหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ที่เครียด หรือภาวะเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำ ซึ่งการฝึกทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา จะเป็นทักษะชีวิตในการนำมาใช้พิจารณาเพื่อหาแนวทาง หลีกเลี่ยงการใช้ยาบ้าได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังต้านการเสพยาบ้ามากขึ้น (Botvin, 2000)

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ และความเครียด (กิจกรรมนี้ดำเนินการ 2 ครั้ง เนื่องจากต้องมีการฝึกปฏิบัติจริงในการจัดการความเครียด) เป็นการจัดกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้เสพยาบ้ารับรู้ เข้าใจ อารมณ์ และความเครียดของตนเอง โดยการเรียนรู้ทักษะเฉพาะ เช่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ด้วยการฝึกผ่อนคลาย ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยาบ้าได้ ในการพัฒนาการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ การจัดการความเครียดให้กับผู้เสพยาบ้า นั้น พยาบาลต้องเน้นให้ผู้เสพยาบ้าสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มมากขึ้น (Botvin et al., 1994) ในกิจกรรมนี้เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านบุคคลในการค้นหาเรียนรู้สภาวะอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้แก่ อารมณ์เศร้า เหงา โกรธ และภาวะเครียดของตนเอง เพื่อปรับความคิดหาเหตุผล และแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม และเสี่ยงจากการเสพยาบ้าได้ โดยการใช้ทักษะที่เรียนรู้ในกิจกรรมนี้

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์ และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า เป็นกิจกรรมที่มีครอบครัวเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้วย เพื่อพัฒนาให้ผู้เสพยาบ้ามีทักษะการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาบ้า โดยการฝึกให้ผู้เสพยาบ้ามีความตระหนักรู้ในอารมณ์ และบอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกที่นำไปสู่ความต้องการในการเสพยาบ้า รวมทั้งบุคคลที่เป็นกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า เพื่อการหาวิธีหรือแนวทางในการปฏิเสธ จากสถานการณ์ที่เสี่ยงและสามารถเอาชนะแรงขับต่างๆ โดยสามารถควบคุมพฤติกรรมที่ต้องการเสพยาบ้าของตนเองได้ รวมทั้งมีแนวทางหรือวิธีการปฏิเสธการเสพยาบ้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ในกิจกรรมนี้เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อน โดยการให้ผู้เสพยาบ้าค้นหาศักยภาพของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีและเหตุผลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิเสธการเสพยาบ้า จากการใช้เทคนิคๆต่างในการปฏิเสธ ทั้งนี้หากผู้เสพยาบ้าสามารถควบคุมตนเองในการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า หรือยาเสพติดอื่นๆได้ดี ในกิจกรรมนี้ครอบครัวจะมีส่วนในการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้เสพยาบ้า ขณะมีการฝึกในกลุ่ม และร่วมรับฟังสรุปกิจกรรมในภาพรวมเพื่อการดูแลผู้เสพยาบ้าเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง (Dishion and Andrews, 1995) และยุติการทำกลุ่ม

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาเชื่อว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการบูรณาการอย่างผสมผสานระหว่าง การพัฒนาทักษะชีวิต (Botvin et al; 1995) การควบคุมตนเอง (Rosenbaum, 1990) และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Denton & Kampfe, 1994) จะช่วยให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น นำไปสู่การป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้เสพยาบ้า จะมีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. พลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า ที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ในจังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากร คือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ และ ครอบครัวผู้เสพยาบ้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง ซึ่ง (เป็นผู้ดูแล เช่น พ่อ แม่ ภรรยา บุตร หรือญาติสนิท) ครอบครัวละ 1 คน รวม 20 คน

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ พลังต้านการเสพยาบ้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้เสพยาบ้า หมายถึง ผู้เสพยาบ้า ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ

ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดที่เป็นสารสังเคราะห์ โดยมีแอมเฟตามีนเป็นส่วนประกอบ ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง นิยมเสพโดยรับประทาน สูบ ดม ฉีด หรือวิธีใดก็ตาม จะส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ

พลังด้านการเสพยาบ้า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาบ้า แม้ว่า จะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยา ซึ่งพลังด้านตามมมองนี้ไม่ใช่ คุณลักษณะประจำตัวของบุคคล แต่เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัย ปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การ มีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด ประเมินโดยใช้แบบวัดพลังด้านการ เสพยาบ้า ซึ่งพัฒนาโดย มนัส สุนทรโชติ (2554)

ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพยาให้มีความ เข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม ให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ (สถาบัน รัชฎญารักษ์, 2544)

ครอบครัวผู้เสพยาบ้า หมายถึง สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมี สัมพันธภาพใกล้ชิดกับผู้เสพยาบ้าเป็นผู้ที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือผู้เสพยาบ้าในปัจจุบันและต่อๆ ไป อาจอาศัยอยู่ร่วมกับผู้เสพยาบ้าหรือไม่ก็ได้ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้องหรือญาติใกล้ชิด และเป็นบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เสพยาบ้ามีความต้องการจะช่วยเหลือผู้เสพยาบ้าอย่างแท้จริง ในการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า

การดูแลตามปกติ หมายถึง วิธีการให้การบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นสถานที่ ศึกษาวิจัยครั้งนี้จัดให้แก่ผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา เริ่มด้วยการซักประวัติการให้ความรู้เรื่อง ยาบ้าและแนวทางการเลิกเสพยาบ้า การให้คำปรึกษาสะท้อนความคิด และการให้คำปรึกษาในการ ปฏิบัติตัวเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า

การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้เสพยาเสพติดยาบ้าและครอบครัว ด้วยการผสมผสาน จาก 3 แนวคิด คือ 1) **การพัฒนาทักษะชีวิต** (Botvin et al; 1995) 2) **การควบคุมตนเอง** (Rosenbaum, 1990) และ 3) **การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม** (Denton & Kampfe, 1994) โดยการทำกิจกรรมกลุ่มที่เน้น เทคนิคการสอน (Teaching Techniques) ตามแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต ของ Botvin et al. (1995) ประกอบด้วย การสอน การสาธิต การฝึกปฏิบัติ โดยมีการ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการ 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยเน้นให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็น อิสระ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้เสพยาในการเข้าร่วม กิจกรรมตามโปรแกรม ใน 3 ช่วง คือ ช่วงต้นในกิจกรรมที่ 1 ช่วงกลางในกิจกรรมที่ 3 และช่วงปลาย ในกิจกรรมที่ 5 ซึ่งทั้ง 3 กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้เสพยาบ้าและครอบครัว เพื่อให้ ได้รับความรู้ด้านยาเสพติดที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้เสพยาบ้า เกิดการสร้างปฏิสัมพันธ์ ที่ดีในการแสดงความคิดเห็น และวางแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่ครอบครัวไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรง ผู้ศึกษาจะมีใบงานให้ผู้เสพยาบ้า นำ กลับไปทำที่บ้านร่วมกับครอบครัว และนำกลับมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมสรุปได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว และให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาบ้าและผลกระทบจากการเสพยาบ้า ร่วมกับตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการสำรวจ การรับรู้ความสามารถ และการเห็นคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา (ดำเนินการ 2 ครั้ง)

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด (ดำเนินการ 2 ครั้ง)

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งชั่วร้ายทางอารมณ์ และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า และสรุปกิจกรรมในภาพรวม รวมถึงยุติการทำกลุ่ม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวได้รับความรู้ ความเข้าใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

2. ได้รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังในการต่อต้านการเสพยาบ้าซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้เสพยาบ้า โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

3. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้เสพยาบ้าต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ” ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดและยาบ้า
 - 1.1 ความหมายของผู้เสพยาเสพติด
 - 1.2 ความหมายและการออกฤทธิ์ของยาบ้าหรือสารแอมเฟตามีน
 - 1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดและยาบ้า
 - 1.5 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ที่เสพยาบ้า
 - 1.7 การพยาบาลผู้เสพยาบ้า หรือ สารแอมเฟตามีน
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)
 - 2.1 ความหมายของ Resilience
 - 2.2 ความหมายของพลังต้านการเสพยาเสพติด
 - 2.3 โครงสร้างองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้า
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังต้านการเสพยาเสพติด
 - 2.5 วิธีการส่งเสริมพลังต้านการเสพยาบ้า
 - 2.6 การประเมินพลังต้านการเสพยาบ้า
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทักษะชีวิต
 - 3.1 ความหมายของทักษะชีวิต
 - 3.2 องค์ประกอบทักษะชีวิต
 - 3.3 แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิต
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง
 - 4.1 ความหมายของการควบคุมตนเอง
 - 4.2 ทฤษฎีและแนวคิดการควบคุมตนเอง
 - 4.3 แนวทางการพัฒนาการควบคุมตนเอง
5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดการเสพยาบ้า
 - 5.1 ความหมายของครอบครัว
 - 5.2 ความสำคัญของครอบครัวในการบำบัดการเสพยาบ้า
 - 5.3 แนวคิดในการมีส่วนร่วมของครอบครัว
6. โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติดและยาบ้า

1.1 ความหมายของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของยาเสพติดให้โทษว่า หมายถึงสารหรือยาที่รับเข้าสู่ร่างกายจะโดยรับประทาน ฉีด สูบ หรือดม ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้วให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ได้รับในลักษณะ ดังนี้ (อ้างในสุพัฒน์ อธิเวชเจริญชัย, 2540)

- 1) มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพยาหรือสารนั้นต่อไปอีก
 - 2) มีความโน้มเอียงที่จะต้องเพิ่มปริมาณยาหรือสารนั้นมากขึ้นเรื่อยๆ
 - 3) เมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการของการอดหรือเลิกยา (Withdrawal or Abstinence Syndrome) และ
 - 4) ผู้ที่ใช้ยาหรือสารนั้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528 (อ้างในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ม.ป.ป.) ให้ความหมายของยาเสพติดให้โทษว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ รวมตลอดถึงพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่รวมถึงยาสามัญประจำบ้าน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ยาเสพติดหมายถึง ยาหรือสารเคมีใดๆ ก็ตาม เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายทั้งโดยการรับประทาน ดม สูบ หรือฉีด ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดการติดและก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ มีความต้องการที่จะเสพ และเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาหรือสารนั้นจะเกิดอาการขาดยาขึ้น

ประเภทของยาเสพติด

สารหรือยาเสพติดทั่วไปมีมากมาย ประมาณ 116 ชนิด สามารถประเภทยาเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ดังนี้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอลเอสดี แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ทั้งสิ้น 15 ชนิด เป็นต้น ตัวที่สำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เมทิลีนไดออกซีเททแอมเฟตามีนหรือ MDMA (ยาอี) และเมทิลีนไดออกซีแอมเฟตามีน หรือ MDA (ยาเลิฟ) กำลังแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบัน

ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคน เป็นต้น

ยาเสพติดให้โทษประเภท 3 เป็นยาสำเร็จรูปที่ผลิตขึ้นตามทะเบียนตำรับที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีจำหน่ายตามร้านขายยา ได้แก่ ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องเสียที่มีตัวยาไดเฟนอกซิน ยาฉีดระงับปวดต่างๆ เช่น มอร์ฟีน เป็นต้น

ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 4 คือ สารเคมีที่นำมาใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 และ 2 เช่น น้ำยาเคมี อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) และอาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl chloride) ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟีนเป็นเฮโรอีน เป็นต้น

ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่ ทุกส่วนของพืชกัญชาซึ่งให้สาร Tetrahydrocannabinol (THC) ทุกส่วนของพืชกระท่อม ซึ่งให้สาร Alkaloid เป็นต้น

1.2 ความหมายของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน เป็นกลุ่มยากระตุ้น (Stimulant drugs) โดยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความจำความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ แต่เมื่อสมองถูกกระตุ้นนานๆ ทำให้สมองออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนปลายหรือประสาทอัตโนมัติ Severe Central Nervous System Stimulation จะทำให้กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ปริมาณเลือดที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจมีมาก ความดันโลหิตสูง ต่อมาระยะหนึ่งก็จะมีปฏิกิริยาโต้กลับ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้ มีผลต่ออารมณ์ รู้สึกครึกครื้นพรั้งเพื่อ ประสาทหลอน อาการคล้ายคนเป็นโรคที่หวาดระแวง เมื่อเลิกใช้จะซึมเศร้าอย่างหนัก (Shives, 1994)

1.3 สาเหตุการติดสารเสพติด นักวิชาการหลายสาขาได้ทำการศึกษาลงถึงสาเหตุของการใช้สารเสพติด ดังต่อไปนี้

ประจัน มณีนิลและ จิราภาวรเสียงสุข (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุและการจูงใจในการเสพยาเสพติดของกลุ่มเยาวชนที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. สาเหตุจากบุคลิกภาพเฉพาะตัวของผู้ใช้ยาเสพติดที่เกิดความคิดเกี่ยวกับตัวเองในทางที่ไม่ดี มีปมด้อย จึงเรียนรู้และรับเอาสิ่งที่ไม่ดีทั้งหมดไว้ ซึ่ชื่นชอบไปในทางที่เสียหายมากกว่าประพฤติในทางที่ดี เป็นทางออกสำหรับชีวิต โดยการใช้ยาเสพติด

2. พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่บกพร่อง เสียหาย ของผู้ติดยาเสพติด เป็นผลสืบเนื่องมาจากความบกพร่อง ของระบบครอบครัว ที่ขาดการขัดเกลาอบรมสั่งสอน ไม่เอาใจใส่เลี้ยงดู บรรยากาศในครอบครัวที่ไม่เป็นมิตรต่อกัน หรือสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี

3. จากสังคมสิ่งแวดล้อมและชุมชน ที่เต็มไปด้วยยาเสพติด และหาซื้อได้ง่าย

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการใช้สารเสพติดว่า การติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง การทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงติดสารเสพติด จึงต้องพิจารณาบริบททุกระดับที่แวดล้อมบุคคลมีดังต่อไปนี้

ระดับสังคม : ค่านิยมบางประการในสังคมเป็นสิ่งที่ส่งเสริมการใช้สารเสพติด เช่นการยอมรับการใช้สารเสพติดบางอย่าง อันได้แก่ สุราและบุหรี่ รวมทั้งการถือว่าสารเสพติดบางชนิดแสดงถึงความมีระดับในสังคม เช่น การบริโภคสุราจากต่างประเทศ เป็นต้น

ระดับชุมชน : คนบางกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการใช้ยามากกว่าคนทั่วไป เช่น กลุ่มศิลปิน หรือกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ

ระดับครอบครัว : ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่จะป้องกันหรือผลักดันสมาชิกให้เข้าสู่วงจรของยาเสพติด

ระดับบุคคล : ปัจจัยส่วนบุคคลก็มีอิทธิพลอย่างยิ่งโดยเฉพาะปัจจัยด้านพัฒนาการ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากที่สุด ทั้งนี้เพราะเป็นวัยที่ชอบทดลอง ชอบตามเพื่อน การสำรวจในนักเรียนมัธยม ทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 2-7 เคยลองใช้สารเสพติดประเภท กัญชา สารระเหย และแอมเฟตามีนมาก่อน ส่วนเหตุผลในการใช้สารเหล่านี้คือ อยากรองร้อยละ 63.5 มีความทุกข์อยากประชดครอบครัวร้อยละ 20 เพื่อนชักชวน ร้อยละ12 และตามแฟชั่นร้อยละ 3

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด

บริบทการติดสารเสพติดในผู้เสพยาบ้ามีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองในเรื่องเกี่ยวกับตัว

บุคคล ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่ใกล้ชิดต่อตัวบุคคลจะมีอิทธิพลสูงมากกว่า ปัจจัยที่อยู่ห่างไกล ยังมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าปัจจัยคุ้มครองมากเท่าใด มีความโน้มเอียงที่จะเกิดปัญหา มากขึ้นเท่านั้นปัจจัยตัวบุคคลและครอบครัวเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงการใช้สารเสพติดในอนาคตได้(อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

ตัวบุคคล มีพื้นฐานอารมณ์แบบต้องการพึ่งพาตนเองสูงพฤติกรรมก้าวร้าวใช้สารเสพติดขณะ อายุยังน้อยถูกทารุณกรรมทั้งทางกาย อารมณ์ ทางเพศวัยรุ่นจะใช้สารเสพติดเป็นการรับ มือกับ ปัญหาที่มีโนคติเกี่ยวกับตนเองไม่ดี เนื่องจากขาดทักษะความสามารถทางสังคม

ครอบครัว มีปัจจัย 3 อย่างที่สำคัญที่จะบ่งชี้ว่าเด็กจะใช้สารเสพติดหรือไม่คือ ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างพ่อแม่-เด็ก เจตคติของพ่อแม่ต่อการใช้สารเสพติด และพ่อแม่ที่ใช้สารเสพติด ปัจจัยอื่นได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ความมั่นคง สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องความผูกพันที่ไม่แน่นแฟ้นระหว่างพ่อแม่และเด็ก การขาดวินัย

เพื่อน มีผลมากต่อการใช้สารเสพติด ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง คือ เจตคติ และการรับรู้การใช้ สารเสพติดของเพื่อน ค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่นคิดว่าตัวเองสูญเสียสถานะทางสังคม หากไม่ใช้สารเสพติด เหมือนกับเพื่อน ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติด **โรงเรียน** ขาดเป้าหมายในการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ต่ำหรือล้มเหลว หยุดเรียนบ่อย ไม่มีส่วนร่วม

สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นระเบียบ ยากจน วุ่นวาย ชุมชนที่หาสิ่งเสพติดได้ง่าย มีการ ใช้สารเสพติดอย่างเปิดเผยแพร่หลาย

1.5 ผลกระทบของการใช้สารเสพติด

ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดนั้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลที่ เกี่ยวข้องกับร่างกายและจิตใจแล้วยังก่อให้เกิดผลกระทบกับครอบครัว สังคม ประเทศชาติในทางอ้อม (คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา กรมสามัญศึกษา , 2539 :16, อ้างใน ธีรชาติ อนันตสาน , 2555) ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้เสพยาเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทของผู้ที่เสพยาเสพติดทำให้ สุขภาพร่างกายทรุดโทรม เช่น มีรูปร่างผอม ซุปซิด ผิวคล้ำ ไม่มีแรง อ่อนเพลียง่าย สมองเสื่อม ความคิด ความจำสับสน ภูมิต้านทานในร่างกายจะลดลงมีสถานะทางจิตใจไม่ปกติ สมรรถภาพทาง จิตใจเสื่อม อารมณ์แปรปรวนง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกฟุ้งซ่าน ซึ่งจากผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลายเป็นบุคคลที่ไร้สมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจในการดำเนินชีวิตใน สังคม ขาดความเชื่อมั่นไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจการเรียนและทำงาน และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ อันเนื่อง จากผลกระทบดังกล่าว

2) ผลกระทบต่อครอบครัว การใช้ยาเสพติดนอกจากจะทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของตนเอง และครอบครัวแล้ว ยังทำให้ผู้เสพยากลายเป็นบุคคลที่ขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว ไม่หวังใย ดูแล ครอบครัวอย่างที่เคยปฏิบัติทำให้สภาพครอบครัวขาดความอบอุ่น ผู้เสพยาต้องนำเงินมาซื้อยาเสพติด ทำให้รายจ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น อีกทั้งอาจป่วยจากการเสพยาและกลายเป็นภาระของครอบครัว ในที่สุด อีกทั้งนำไปสู่ปัญหาการทะเลาะวิวาทและเกิดความแตกแยกภายในครอบครัว

3) ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจผู้ที่เสพยาเสพติดจะมีพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาสังคม ส่วนรวมได้ เช่น ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม ปัญหาอุบัติเหตุ และปัญหาโรคเอดส์ เป็นต้น เป็นการ

สูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่า และเสียงบประมาณของประเทศส่วนรวมอย่างไร้ประโยชน์ที่จะต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากร เจ้าหน้าที่ในการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

4) ผลกระทบต่อประเทศชาติ ผู้ที่เสพยาเสพติดเป็นกลุ่มที่ตกเป็นทาสยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่บ่อนทำลายความมั่นคงความสงบสุขและเศรษฐกิจของประเทศชาติ เนื่องจากรัฐบาลต้องสูญเสียกำลังคนและงบประมาณแผ่นดินเป็นจำนวนมาก เพื่อใช้จ่ายในการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

1.6 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยเพื่อนำผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาจำแนกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ

1.6.1 ระบบสมัครใจ (Voluntary System)

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94 ที่กำหนดให้ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับและได้รับการรับรองจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนที่ความผิดจะปรากฏให้ถือว่าพ้นจากความผิด และมีกระบวนการบำบัดรักษา

จุดแข็ง ของระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพระบบสมัครใจ

1. ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาเป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข และ/หรือมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้เสพติดเป็นอย่างดี
2. สถานบำบัดรักษาที่รองรับผู้เสพติดมีจำนวนมาก โดยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้เสพติดแบบผู้ป่วยนอก(OPD) ที่มีกระจายจนถึงระดับอำเภอ ที่ทั้งภาครัฐและเอกชนมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วย
3. ผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะมีความตั้งใจต้องการให้ตนเองหลุดพ้นจากสภาพการเสพติด ไม่ได้เข้ามาเพราะถูกจับกุม ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ทำให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สะดวกในการปรับแผนการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้เหมาะสมกับความรุนแรงของสภาพการเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นรายบุคคล
5. มีกระบวนการและกลไกในการติดตามภายหลังการบำบัดรักษาที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

ซึ่งกระบวนการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของระบบสมัครใจ มีดังนี้

1. การค้นหาผู้เสพติด การบำบัดรักษาเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เสพติด ดังนั้นกระบวนการในการค้นหาจึงเน้นการให้ผู้เสพติด พ่อ แม่ ญาติ ของผู้เสพติด ที่มีความต้องการเลิกยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านการค้นหาโดยชุมชน หรือการทำประชาคมในชุมชน
2. การคัดกรองผู้เสพติด เนื่องจากผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด มีพฤติกรรมการเสพติดที่แตกต่างกัน ทั้งชนิดของตัวยาสเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการเสพติด ดังนั้นเพื่อให้การบำบัดรักษาและ

ฟื้นฟูผู้เสพติดมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส ได้กำหนดการคัดกรองผู้เสพติดตามความรุนแรงเป็น 3 กลุ่ม และใช้เป็นแนวทางถือปฏิบัติในหลักสูตรคู่มือการอบรมระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด บสต. ตั้งแต่ปี 2549

1.6.2 ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System)

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ภายใต้หลักการผู้เสพติดเป็นผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติสาระสำคัญของพระราชบัญญัติ คือ เมื่อเจ้าหน้าที่จับกุมผู้ต้องหาใน 4 ฐาน ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาล เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งส่งตัวผู้ต้องหาไปรับการตรวจพิสูจน์การเสพติดหรือการติดยาเสพติด โดยแจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ทราบเพื่อดำเนินการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ และประวัติทางสังคมว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ หากคณะอนุกรรมการวินิจฉัยว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดจะดำเนินการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลาคราวละไม่เกิน 6 เดือน และมีการประเมินผลการรักษา หากไม่ผ่านการประเมิน คณะกรรมการจะขยายเวลาออกไปอีกได้คราวละไม่เกิน 4 เดือนแต่รวมทั้งสิ้นแล้วไม่เกิน 3 ปี กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นที่น่าพอใจของคณะอนุกรรมการจะปล่อยตัวผู้นั้นไป โดยถือว่าพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก

กระบวนการดำเนินงานผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบังคับ บังคับ มีดังนี้

1. การจับกุม

ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ตามฐานความผิด 4 ฐาน คือ 1) เสพยาเสพติด 2) เสพและมีไว้ในครอบครอง 3) เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย 4) เสพและจำหน่ายยาเสพติด ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง วิธีการที่ใช้ในการพิสูจน์ผู้ต้องหาสงสัยว่าเป็นผู้เสพติด คือ การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ และพนักงานสอบสวนต้องส่งตัวผู้ต้องหา ให้ศาลภายใน 48 ชั่วโมง ยกเว้นกรณีเป็นเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปี ต้องส่งผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ต้องส่งตัวผู้ต้องหาไปยังสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์

2. การตรวจพิสูจน์

ตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 11/12/13 ให้มีคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม แพทย์จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนกรมคุมประพฤติ เป็นเลขานุการ ให้มีหน้าที่วินิจฉัยผู้ต้องหาว่าเป็นผู้เสพ หรือผู้ติดยาเสพติด การปล่อยตัวชั่วคราว กำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ พิจารณาการลดและขยายแผนฟื้นฟูฯ พิจารณาย้ายสถานที่ฟื้นฟูฯ และพิจารณาผลการฟื้นฟูฯ พอใจ/ไม่พอใจ หลังจากพนักงานสอบสวนส่งตัวผู้ต้องหาไปสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ สำนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำประวัติพฤติกรรมในการกระทำผิด ตลอดจนจนสภาพแวดล้อมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ และตรวจสอบประวัติอาชญากรรมเพื่อนำเสนอคณะอนุกรรมการประกอบการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ หรือผู้ติดยาเสพติด และกำหนดแผนการฟื้นฟูฯ

3. การจำแนกคัดกรองผู้เสพติด

เนื่องจากผู้เสพติด มีพฤติกรรมการเสพติดที่แตกต่างกัน ทั้งชนิดของตัวยาเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการเสพติดประวัติทางกาย จิต สังคม กรรมคุณประพฤตินี้จึงได้กำหนดผู้เข้ารับการฟื้นฟู ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 ผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวเข้มงวด หมายถึง ผู้เข้ารับการฟื้นฟู ต้องอยู่ในสถานที่ควบคุมมิให้หลบหนีได้ง่าย หรือกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในเขตที่กำหนดในระหว่างการฟื้นฟู

3.2 ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมไม่เข้มงวด หมายถึง การฟื้นฟูต้องอยู่ในสถานที่ฟื้นฟูตามความเหมาะสม และมีการกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในกำหนดในระหว่างการฟื้นฟู

3.3 ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว หมายถึง ผู้เสพติดที่จำเป็นต้องควบคุมตัวแต่อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูต้องปฏิบัติด้วยวิธีการอันภายใต้การดูแลของพนักงานคุมประพฤติ

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

ตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 23 (1) (2) (3) ได้กำหนดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และกรรมคุณประพฤติดำเนินงานในลักษณะพหุภาคี มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กรรมคุณประพฤติดำเนินการให้เป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ดังนี้

4.1 การฟื้นฟูแบบควบคุมตัว

4.1.1 การฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเข้มงวด

วิธีการ : ชุมชนบำบัด และจิราสา

ระยะเวลา : 4 เดือน

หน่วยปฏิบัติ / สถานที่ : ศูนย์ฟื้นฟูฯลาดหลุมแก้ว กรรมคุณประพฤติกายของกองทัพอากาศจำนวน 12 แห่ง และเรือนจำฐานทัพอากาศ ๓๒ จังหวัดชลบุรี ของกองทัพเรือจำนวน 1 แห่ง

4.1.2 การฟื้นฟูแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด

วิธีการ : การฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

ระยะเวลา : 4 เดือน

หน่วยปฏิบัติ/สถานที่ : ค่ายของกองทัพบก จำนวน 18 แห่ง กองทัพเรือจำนวน 3 แห่ง กรมการปกครอง จำนวน 11 แห่ง กองบัญชาการกองทัพไทย จำนวน 3 แห่ง กรมการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 2 แห่ง กรมสุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง

4.2 การฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว

การฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัด (MATRIX MODEL) ดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่ประกาศเป็นเป็นศูนย์ฟื้นฟูฯของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 841 แห่ง สถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 68 แห่ง ระยะเวลาฟื้นฟู 4 เดือน

การฟื้นฟูแบบวิถีพุทธ โดนสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดร่วมกับวัดที่มีศักยภาพในแต่ละพื้นที่ ในปี พ.ศ.2551 มีวัดวิถีพุทธ จำนวน 16 แห่ง ฟื้นฟูโดยการผสมผสานรูปแบบกาย จิต สังคม ผสมผสานกับหลักธรรม ระยะเวลาฟื้นฟู 2 เดือน

โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ดำเนินการโดยสำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 99 แห่ง มีโปรแกรมเป็น 2 ลักษณะ คือ

โปรแกรมพื้นฐาน เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสเปดซ้ำและวางแผนชีวิต ร่วมกับครอบครัว ระยะเวลา 2 เดือน

โปรแกรมเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิต เน้นการสอนทักษะชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ความเครียด ระยะเวลาการฟื้นฟูขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละคน

หมายเหตุ : ผู้ผ่านฟื้นฟูทุกโปรแกรมจะต้องเข้าโปรแกรมพื้นฐานของโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติต่ออีก 2 เดือน

Matrix Program เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เน้นการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่างๆของการบำบัดรักษาผ่านทางกิจกรรม ?กลุ่มบำบัด? เป็นวิธีการหลักที่ใช้ตลอดโปรแกรมการบำบัดรักษานาน 1 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 Intensive Phase หรือ Intensive Outpatient Program (Matrix IOP) เป็นช่วงแรกของการบำบัดรักษาที่ถือว่าสำคัญและวิกฤติที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ได้ ใช้ระยะเวลา 4 เดือน

ระยะที่ 2 After Care Program หรือ Supportive Phase เป็นระยะประคับประคอง ใช้ระยะเวลา 8 เดือนต่อจากระยะที่ 1 กิจกรรมสำคัญมี 2 อย่างคือ กลุ่มประคับประคองทางสังคม (Social Support Group) และกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน

จุดอ่อนของ Matrix Model

1. ความถี่และระยะเวลาของการบำบัดรักษานาน 1 ปี แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ
ระยะที่ 1 Intensive Phase 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีกิจกรรมต้องพบกับผู้ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 3 วัน
ระยะที่ 2 Aftercare Phase 36 สัปดาห์ผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องพบผู้ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
มีผลกระทบต่อเวลาและค่าใช้จ่ายของครอบครัวและเกิดการเบื่อหน่าย ส่งผลให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จตามที่ควรจะเป็น

2. ผู้ให้การบำบัดต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในกระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี

5. การติดตามภายหลังการฟื้นฟู

เมื่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการฟื้นฟูโดยมีผลการประเมินเป็นที่พอใจ จะกลับสู่สังคม สำนักงานคุมประพฤติจะติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟู อีก 7 ครั้งในเวลา 1 ปี

1.6.3 ระบบต้องโทษ (Correction System)

เป็นการให้บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย (ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ กรมราชทัณฑ์ มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังที่ติดยาเสพติดอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยนำวิธีการแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) ใช้นำปรับให้เหมาะสมกับเรือนจำและ ทัณฑ์สถานของกรมราชทัณฑ์ ที่เรียกว่า CARE MODEL ย่อมาจาก

C = Corrections หมายถึง กรมราชทัณฑ์

A = Addiction หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด

RE = Rehabilitation หมายถึง การแก้ไขฟื้นฟู

แนวคิดของ CARE MODEL คือ ผู้ต้องขังติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร รวมถึงศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องและมั่นคง โดยแบ่งเป็น 3 หลักสูตร คือ

1) หลักสูตร 1 ปี 6 เดือน (1 Year 6 – Month Retreat) เป็นหลักสูตรที่สามารถดำเนินตามขั้นตอนและระยะเวลาของชุมชนบำบัดได้ทั้งหมด ผู้ต้องขังที่จะเข้าร่วมหลักสูตรนี้ควรเป็นผู้ที่มีกำหนดโทษพอดี หรือเกินกว่านี้ และเรือนจำและทัณฑสถานจะต้องมีสถานที่เป็นเอกเทศ เพื่อการดำเนินการ สมาชิกที่ผ่านหลักสูตรนี้ ถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพครบกำหนด

2) หลักสูตรเข้มข้น 4 เดือน (4 Month Intensive Program) เป็นหลักสูตรที่จัดขึ้นสำหรับผู้ต้องขังที่มีกำหนดโทษระยะสั้น เช่น กำหนดโทษต่ำกว่า 1 ปี สำหรับผู้ต้องขังก่อนพ้นโทษ 4 เดือน และมุ่งเน้นการฝึกวิชาชีพระยะสั้นและการแนะแนวอาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการปล่อยตัว

3) หลักสูตรผสมผสาน (Combination Program) เป็นหลักสูตรที่ยืดหยุ่น เนื่องจากเรือนจำและทัณฑสถานแห่งไม่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่ที่จะจัดหลักสูตรชุมชนบำบัด โดยคัดเลือกสมาชิกซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดและจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นเครื่องมืองานชุมชนบำบัดเพื่อให้สมาชิกได้รับการบำบัดรักษาโดยเหมาะสมกับสภาพของเรือนจำแต่ละแห่ง สมาชิกที่เข้าร่วมชุมชนบำบัดหลักสูตรนี้ยังสามารถร่วมกิจกรรมอื่นๆในเรือนจำได้ เช่น การศึกษาการฝึกอาชีพ เป็นต้น

ปัจจุบันเรือนจำและทัณฑสถานที่ดำเนินการ จำนวน 77 แห่ง (เช่น ศูนย์ชุมชนบำบัดคลองไผ่ เรือนจำกลางลงไผ่ จังหวัดนครราชสีมา ทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี เรือนจำกลางฉะเชิงเทรา เป็นต้น)

จากการทบทวน Matrix Program และการพัฒนาทักษะชีวิตมีความเหมือนกันคือ เป็นการบำบัดที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด เน้นการให้อำนาจความรู้ เนื้อหาเป็นแบบเชื่อมโยงกาย จิต สังคม และมีการฝึกทักษะให้กับผู้เสพยา แต่มีความแตกต่างในเรื่องของระยะเวลา ซึ่ง Matrix Program จะใช้ระยะเวลานาน 1 ปี ผู้เสพยาเสี่ยง Drop Out ได้สูง แต่การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ใช้ระยะเวลาสั้น เน้นนำไปใช้ได้จริง ที่จำเป็นต่อการต่อต้านยาเสพติด และการส่งเสริมต่อการเกิดพลังด้านการเสพยา

1.7 การพยาบาลผู้เสพยาแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า

การพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติดเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่จะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดจะมีความเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยตัวผู้ป่วยมักมองไม่เห็นปัญหาการเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เห็นว่าตนเองเจ็บป่วยอะไรกลับมองว่าการเสพยาเสพติดหรือนำยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายเป็นความพึงพอใจ และไม่ต้องการแสวงหาการบำบัดใดๆ ทำให้การรักษาพยาบาลทำได้ยาก เนื่องจากไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเท่าที่ควร ซึ่งต่างจากการ

รักษาพยาบาลโรคทางกายและทางจิต เมื่อเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติก็พยายามที่จะแสวงหาการบำบัดรักษาและให้ความสนใจ ห่วงใยดูแลตนเองอย่างดี เพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดจึงมีความเป็นเฉพาะทางที่แตกต่างจากผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต เช่น การพยาบาลผู้เสพสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ซึ่งต้องดูแลทางร่างกายขณะอยู่ในช่วงบำบัดด้วยยา ทั้งโรคแทรกซ้อนต่างๆ และสังเกตอาการทางจิตเพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และการติดตามหลังการรักษา เพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ (นุรินยา แหะหมัดและคณะ, 2551) การดูแลผู้เสพยาแอมเฟตามีนมีหลักการดังนี้ (สมจิตต์ วงษ์ปา, 2544)

1. ในระยะ 2-3 วันหลังจากผู้ป่วยหยุดยาจะมีอาการอ่อนเพลียและง่วงนอนเนื่องจากในช่วงที่ใช้ยาฤทธิ์ของยาจะกระตุ้นระบบประสาททำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา บางรายจะพบว่า อดนอนเป็นเวลาหลายวันทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อ่อนเพลียมาก กระสับกระส่าย หงุดหงิด ง่วงนอนในระยะนี้ควรดูแลการพักผ่อนให้เพียงพอ งดกิจกรรมบางอย่างไว้ก่อน

2. สังเกตอาการทางจิต โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติว่าผู้ป่วยมีประวัติอาการทางจิตหรือไม่ เช่น อาการหูแว่วประสาทหลอน อาการหวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือไม่ และสังเกตจากการพูดคุยทำให้พยาบาลทราบถึงความคิด การเชื่อมโยงในความคิดของผู้ป่วย ความเป็นเหตุเป็นผลในเรื่องราวที่ผู้ป่วยพูดและสังเกตจากพฤติกรรม เช่น พูดคุยคนเดียว เดินวนไปวนมา มีสีหน้าหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยได้ในเบื้องต้น

3. ผู้ป่วยเสพติดเกือบทุกประเภทจะมีลักษณะ Poor hygiene จะไม่ค่อยสนใจดูแลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะอาด ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า พยาบาลต้องช่วยดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนเอง และดูแลในเรื่องความสะอาด

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมจะมีวัตถุประสงค์ ในงานกิจกรรมที่แตกต่างกัน แต่ในภาพรวมจะมีลักษณะของกิจกรรมที่เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วย เช่น ให้อธิบายการรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในการบำบัดรักษาในการอยู่ร่วมกัน และกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยติดยาเสพติด เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของผู้เสพยาเสพติดจะเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ถ้าศึกษาผู้ป่วยแต่ละราย จะพบว่ามีปัญหาที่ต่างกันและมีปัญหาซับซ้อน

5. ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในการค้นหาปัญหาของการติดยาของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การช่วยเหลือ โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กิจกรรมเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกันและกัน และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น บางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

6. พยาบาลควรมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องต่อไปนี้

6.1 การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคุยคนเดียว เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมแปลกๆ ให้รีบพามาโรงพยาบาล

6.2 การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การคบเพื่อนฝูง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรณีได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน) วางแผนกิจกรรมประจำวันเพื่อให้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ วิธีการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม

6.3 วางแผนในเรื่องการศึกษาหรือการประกอบอาชีพ เนื่องจากกลุ่มของผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งอยู่ในวัยเรียน การเสพยาทำให้เสียโอกาสในการเรียนหรือถ้าพ้นวัยเรียนแล้วก็ควรประกอบอาชีพมีงานทำ ช่วยเหลือหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัวได้ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ หรืออย่างน้อยก็เป็นการบริหารเวลาที่ถูกต้อง

6.4 การติดตามผลเป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา เนื่องจากในช่วงที่ผู้ป่วยบำบัดรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดได้ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมเดิม ซึ่งใกล้ชิดกับยาเสพติด ทำให้กลับไปติดซ้ำเป็นจำนวนมาก ดังนั้นในระยะติดตามผลจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะในช่วง 1-2 เดือนแรก พบว่า อัตราการกลับไปเสพติดซ้ำเป็นจำนวนมาก ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาได้

2. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)

2.1 ความหมายของ Resilience

จากการศึกษาเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การให้ความหมาย Resilience มีความหลากหลาย ส่วนในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติศัพท์ในภาษาไทยโดยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบที่มีการใช้คำที่แตกต่างกัน มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, n.d.) ได้กล่าวไว้ว่า Resilience เป็น กระบวนการในการจัดการกับความทุกข์ การเจ็บป่วย ความเศร้าโศก การถูกคุกคาม จากแหล่งของความเครียดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาทางการเงิน เพื่อกลับคืนจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้น

Takviryanun (2008) อธิบายว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีส่วนช่วยให้บุคคลที่ตกอยู่ในสภาพการณ์ที่เสี่ยงผ่านพ้นวิกฤตหรือประสบความสำเร็จในการปรับตัว ได้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงนั้นๆ

Grotberg (1995) ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการฟื้นตัว จากภาวะบีบคั้นที่ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางลบต่างๆ เป็นความสามารถที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และช่วยให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่างๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ความสามารถดังกล่าวนี้ สามารถได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

Haase (2004) เสนอ The Adolescent Resilience Model เพื่อเป็นรูปแบบการสร้าง Resilience ของวัยรุ่น โดยกล่าวถึงปัจจัยที่ความสัมพันธ์ทางบวกกับ resilience ได้แก่ การเผชิญ

ความเครียดแบบการใช้ความสามารถของตนเองและอาศัยแหล่งสนับสนุนจากสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

สำหรับในประเทศไทยมีการนำแนวคิด resilience มาใช้โดยเรียกชื่อแตกต่างกัน ดังนี้

ประเวศ ต้นติพิวัฒน์สกุล (2550) ใช้คำว่า “ความสามารถในการยืดหยุ่นเผชิญวิกฤติ” หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤติของชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว และเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤตินั้นๆ

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2551) ใช้คำว่า “ความสามารถยืดหยุ่นเผชิญวิกฤติ” หมายถึง ความสามารถเฉพาะของบุคคลที่พัฒนาได้ เป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้อย่างสำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ

จากการให้ความหมายในข้างต้น จะเห็นได้ว่า นักวิชาการส่วนใหญ่ใช้คำที่แตกต่างกันออกไป แต่มีความหมายไปในทางเดียวกัน คือ Resilience ในแง่ของปัจจัย หรือความสามารถที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง โดยใช้คำว่า “ความยืดหยุ่นทนทาน” “ความสามารถในการยืดหยุ่นเผชิญวิกฤติ” “ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคล ความสามารถในการกลับคืน” และ “พลังสุขภาพจิต” หมายถึงความสามารถในการฟื้นตัว และปรับตัวสู่สภาพปกติของบุคคลภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ คับขัน ยากลำบาก

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการพิจารณาว่าบุคคลมีความสำเร็จในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญภาวะเสี่ยงหรือไม่นั้น ประกอบด้วย บุคคลต้องประสบหรือเผชิญกับเหตุการณ์ทุกข์ยาก วิกฤติ มีความเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้ แต่บุคคลสามารถมีผลลัพธ์ทางบวกเกิดขึ้นหลังผ่านเหตุการณ์ทุกข์ยาก หรือวิกฤตินั้นๆ โดยผลลัพธ์ทางบวกอาจจะเป็นความสำเร็จในการปรับตัว การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ ความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ไม่ใช่คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ตายตัว (Fixed trait) แต่เป็นพลวัต (Dynamic) ที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและบริบทนั้น ๆ

ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยง จนกลายเป็นความสำเร็จในการปรับตัวเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงนั้น ต้องใช้เวลาและสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการ (Process) มากกว่า การเป็นคุณลักษณะ (Waller, 2001)

2.2 ความหมายของพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)

จากแนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาเสพติดที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า Resilience เมื่อนำมาใช้กับบริบทของผู้ใช้สารเสพติด จะมีหลายแนวคิด และมีความหมายที่หลากหลาย ดังนี้

Luthar, Cicchetti and Becker (2000) ได้ให้ความหมายของ Resilience to drug use ว่าเป็นกระบวนการการพัฒนาซึ่งเป็นผลในการปรับตัวที่เกิดความสำเร็จ ภายใต้สถานการณ์ที่ความเสี่ยงสูงและหรือสถานการณ์ตึงเครียด ที่เป็นกระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์เพื่อเป็นการอธิบายขั้นตอนของครอบครัวและชุมชนในการปรับตัวให้เกิดการทำงานได้ดีภายใต้บริบทของความทุกข์ยากและความเสี่ยง

Hawkins, Catalano and Miller, (1992) ได้ให้ความหมายของ Resilience to drug use ว่าเป็นกลไกในการเป็นกันชนที่มีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น

Laurie (2003) ได้ให้ความหมายว่า Resilience to drug use ว่าเป็นกระบวนการที่เป็นไดนามิกเมื่อเกิดความเสี่ยงก็จะเกิดกลไกการป้องกันและด้วยเหตุนี้จึงเกิดพฤติกรรมส่งเสริมความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมในการแก้ปัญหาขึ้น เช่น การเสพยาเสพติดเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจะมีการส่งเสริมความสามารถของเยาวชนในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงไปได้

สำหรับแนวคิดของ “resilience” นั้น Grotberg (1995) และ Haase (2004) มีมุมมองที่สอดคล้องกัน และให้นิยามคำนี้ว่า หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต โดยสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และมีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่า Resilience to drug use เป็นปัจจัยที่ปกป้องต่อการเสพยาบ้าของบุคคลได้แก่ Braverman, (1999) และ Hawkins, Catalano and Miller (1992) ซึ่งจะเห็นได้ว่า Resilience to drug use เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้

Dillon et al. (2007) ได้ศึกษา “Resilience to drug use” ในบุคคลที่เสพยาเสพติด โดยให้ความหมายของคำนี้ว่า หมายถึง “ความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยา แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาหรือสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการเสพยา” โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้เสพยาเสพติดจะมี Resilience to drug use อยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและตำราต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศนั้น ได้กล่าวถึงปัจจัยหรือที่เรียกว่า “Resilience” ที่เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นสถานการณ์ที่เสี่ยงและไม่กลับไปเสพยา โดย Dillon et al. (2007) ได้นำแนวคิดการปรับตัวมาประยุกต์ใช้กับบุคคลที่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า และเรียกตัวแปรนี้ว่า “Resilience to drug use” โดยให้ความหมายดังกล่าวว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยา แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาหรือสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการเสพยา ดังข้างต้น โดยที่ Resilience ในแนวคิดนี้ไม่ใช่คุณลักษณะของบุคคล แต่เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถปรับตัวทั้งด้าน ความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย ทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เสี่ยง/กดดันจากสิ่งเร้าเหล่านั้นทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษา Resilience ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) โดยเรียกคำว่า Resilience to drug use เป็นภาษาไทยว่า “พลังต้านการเสพยาบ้า” ตามที่มีการนำมาใช้ในประเทศไทยในการศึกษาของ มนัส สุนทรโชติ (2554) ซึ่ง “Resilience to drug use” หรือ “พลังต้านการเสพยาบ้า” ตามแนวคิดดังกล่าว และให้นิยามพลังต้านการเสพยาบ้า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาบ้า แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาหรือสิ่งเร้าที่ชักนำไปสู่การเสพยาบ้า โดยมีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยปกป้องให้เพิ่มขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งเป็นการส่งเสริมที่เป็นกระบวนการไม่ใช่คุณลักษณะของบุคคล แต่สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้เพื่อ

เพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้า โดยพลังด้านการเสพยาบ้าตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ

1. การค้นหาปัจจัยต่างๆของบุคคลทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยา
2. ใช้เหตุผลต่างๆในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด
3. การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์หรือทักษะต่างๆ ในการตัดสินใจและปฏิเสธที่จะไม่เสพยา

การส่งเสริมพลังด้านการเสพยาบ้า จะมุ่งเน้นเฉพาะการจัดกระทำกับปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในเรื่องของทัศนคติส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้เสพยาเสพติด คือ ความอ่อนแอของทัศนคติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การคบเพื่อนที่มีปัญหาเกร การถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการช่วยเหลือ มีปัญหาเกรขณะเรียนหนังสือ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พลังด้านการเสพยาบ้ามีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน เหตุผลที่บุคคลเสพยาบ้า คือ การหนีปัญหา การลดและจัดการกับความเบื่อ สร้างความมั่นใจให้กับตนเอง บรรเทาอาการเจ็บปวด เพื่อนชักชวน ความอยากรู้อยากลอง ทำตามอย่างเพื่อน การเข้าถึงยาได้ง่าย รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เคยทำผิดกฎหมาย มีปัญหาสุขภาพจิต การเริ่มสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ เหตุผลของบุคคลเลือกที่จะไม่เสพยาบ้า ได้แก่ เกิดการรับรู้ว่าการเสพยาบ้าไม่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง มีการวางแผนที่ดีในอนาคต บิดามารดาหรือบุคคลสำคัญในชีวิตไม่อนุญาตให้ใช้ กลัวถูกไล่ออกจากบ้าน กลัวถูกตัดสิทธิต่างๆ กลัวผิดกฎหมายและไม่อยากถูกบันทึกในแฟ้มประวัติอาชญากรรม กลัวบิดามารดาปรับไม่ได้ เมื่อใช้ยาแล้วได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีรวมถึงเกิดความเจ็บป่วยตลอดจนการเสียชีวิตตามมา กลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และสุดท้ายมีทางเลือกอื่นๆ ที่จะทำนอกจากการเสพยา เป็นต้น

การนำพลังด้านการเสพยาบ้า (Resilience to drug use) มาใช้นั้นต้องใช้ปัจจัยหลายๆ ด้านมาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันเข้ามาช่วยตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านบุคคล ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม คนที่มีการฟื้นฟูพลังการเสพยาจะต้องใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีเข้ามาใช้ คือ ทฤษฎีโครงสร้างของระบบ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีนี้เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) มากขึ้น

จากแนวคิดนี้ ผู้ศึกษาจึงนำการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้ามาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อการเสริมสร้างให้ผู้เสพยาเพิ่มปัจจัยปกป้องเพื่อการป้องกันการเสพยา ดังนั้น Resilience to drug use จึงหมายถึงความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยา แม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเสพยา นั่นคือเป็นพลังที่สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้ในตัวบุคคล เพื่อการต่อต้านปัจจัยเสี่ยงในการเสพยาเสพติด และเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้า โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการในการเสริมสร้างทักษะที่เหมาะสม

2.3 โครงสร้างองค์ประกอบของพลังด้านการเสพยาบ้า

จากการทบทวนตำรา วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านการเสพยาบ้า นั้น ทำให้สามารถแบ่งการศึกษาเป็น 3 ข้อ (Garnezy, 1991, อ้างถึงใน วัชรินทร์ กระแส สัตย์, 2554) ดังนี้

1. จากข้อสรุปผลของนักวิชาการ พบว่า พลังด้านการเสพยาบ้ามีความเชื่อมโยงกับปัจจัยปกป้อง ดังนี้

1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งรวมถึงระดับความสามารถในการใช้สติปัญญา สมรรถภาพของร่างกายและความเข้มแข็ง

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัว เช่น แรงจูงใจ พลังด้านการเสพยาบ้าที่เกี่ยวข้องกับพลังการรับรู้ข้อเท็จจริง เช่น ลักษณะของความคิด ลักษณะการให้เหตุผลที่มาของปัญหาที่ตนเผชิญอยู่

1.3 ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น คุณภาพของอารมณ์ การมองโลกในแง่ดี ความไว้วางใจ

1.4 ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความคิด เช่น ลักษณะการให้เหตุผลที่มาของปัญหาการควบคุมการจัดการ (Internal Locus of Control) ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา

1.5 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ เช่น เป็นคนเปิดเผย เก็บกด หรือ ควบคุมตนได้ดี

1.6 ปัจจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา ซึ่งมักพบว่า ลักษณะการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีพลังด้านการเสพยาบ้า มักประกอบด้วยการใช้ Active Problem Solving มากกว่าที่จะใช้อารมณ์

1.7 ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ลักษณะบิดามารดาในการเสริมสร้างให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

1.8 ปัจจัยด้านสังคม เช่น ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล สัมพันธภาพความรู้สึกผูกพันและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

1.9 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เคยมีเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกทางบวก รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจ

1.10 ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ

2. เป็นการศึกษาและสำรวจในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านการเสพยาบ้าได้แก่ พัฒนาการในวัยเด็ก เหตุการณ์วิกฤติ ลักษณะบุคลิกภาพ รูปแบบของความคิด เพศ อายุ ความสามารถในการปรับอารมณ์ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่เสี่ยงและกดดันต่อการเสพยาบ้ามีดังนี้

2.1 ทักษะการคิด

2.2 การใช้กลไกทางจิตชนิดลึ้ม (Repressive coping)

2.3 ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่เป็นเด็กเลี้ยงง่าย

2.4 ทักษะการสนทนา

2.5 การมีอารมณ์ขัน

2.6 เป็นบุคคลที่มีลักษณะรักและส่งเสริมตนเอง

2.7 การรับรู้และมองโลกแง่บวก

2.8 การมีขอบเขตในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

2.9 ความอดทน

3. เป็นการให้ความสนใจกับการศึกษาและตรวจสอบกลไกที่เสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้า ซึ่งมีการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าในแง่กลไกพบว่า มีเพียงปัจจัยเดียว คือ อารมณ์ทางบวก (Positive Emotion) จากการศึกษา พบว่าอารมณ์ทางบวกจะเพิ่มความสามารถของบุคคลในการปรับอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าได้มากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าให้กับบุคคลนั้นจะประกอบด้วยปัจจัยต่างๆทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่างๆของบุคคล โดยต้องมีการจัดการกระทำกับปัจจัยต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าและสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าภายใต้สถานการณ์เสี่ยงต่างๆได้

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังด้านการเสพยาบ้า

พลังด้านการเสพยาบ้า อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ และปัจจัยหลายประการทั้งจากตัวผู้ป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วย กลุ่มเพื่อน ครอบครัว โรงเรียนและสังคมสภาพแวดล้อมที่กระตุ้น รวมทั้งลักษณะของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง อธิบายการเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าได้ Dillon et al. (2007) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ และพบว่ามีสาเหตุและปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดพลังด้านการเสพยาบ้า กล่าวได้โดยสรุปดังนี้

2.4.1 พลังด้านการเสพยาบ้า (Resilience to drug use) ตามแนวการศึกษาของ Dillon et al. (2007) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)ปัจจัยต่างๆที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้ผู้เสพยาบ้ามีโอกาสเสพยาบ้า 2) การใช้เหตุผลต่างๆในการตัดสินใจที่จะเสพยาหรือไม่เสพยาบ้า 3) การใช้กลยุทธ์ต่างๆเพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาบ้า และการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยแนวคิดหลายๆด้านมาใช้ประกอบกันทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้านบุคคล ด้านครอบครัว ด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยมีการนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้ได้ คือ การเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในตนเอง ดังนี้

ทฤษฎีโครงสร้างความรู้ (Schema theory) มีความเชื่อว่า ความรู้ของคนเราจะได้รับการรวบรวมเป็นหน่วยๆ เรียกว่า โครงสร้างความรู้ (Schemata) ซึ่งเป็นหน่วยความรู้ที่ได้รับการเรียบเรียงขึ้นจากความรู้ที่เรามีเกี่ยวกับผู้คน สิ่งของ สถานที่ เหตุการณ์ กระบวนการ มโนคติ และสิ่งต่างๆที่เป็นพื้นฐานให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่ง Piaget (1970) เสนอว่าความเติบโตทางสติปัญญาเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนจัดจำแนกจำพวกทางด้านความคิด หรือโครงสร้างความรู้

ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นความสามารถหรือสมรรถภาพของบุคคลในการปฏิบัติควบคุมตนเองอย่างมีสติและด้วยความตั้งใจเพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองไปสู่มาตรฐานที่พึงปรารถนา ซึ่งการกำกับตนเองนั้นเป็นกระบวนการภายในและภายนอกที่จะช่วยให้บุคคลดำเนินการปรับพฤติกรรมตนเอง เพื่อการบรรลุเป้าหมายไปในลักษณะที่พึงพอใจ (Baumeister และ Heatherton, 1996) ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลจะมีพลังด้านการเสพยาบ้าขึ้นต้องดำเนินการดังนี้ สิ่งแรกคือการมองถึงผลกระทบของการเสพยาบ้า และหลีกเลี่ยงที่จะไม่เสพยาบ้า

ประการที่สอง การควบคุมการใช้เวลาว่างของตนเองเช่น เล่นกีฬา ทำงานอดิเรก เพื่อหลีกเลี่ยงช่วงเวลาที่จะเสพยาบ้า และสุดท้ายคือ ครอบครัวที่ต้องมีเวลาในการดูแล และมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆระหว่างกันในครอบครัว

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่าคาดหวังอีกเลย

การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น เกี่ยวข้องหรือแตกต่างอย่างไรกับความคาดหวัง ผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน Bandura (1997) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพที่ 1

ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผล ต่อพฤติกรรมของบุคคล

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 แนวทาง (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่า เป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเราสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเรามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถ ที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ดีผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกขมขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วน จะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถของตนต่ำลง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดของ Bandura มาใช้จะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ผ่านการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในครั้งนี้ที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น โดยเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าให้สูงขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทั้ง 3 ทฤษฎีสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังด้านการเสพยาเพิ่มมากขึ้น หากได้มีการพัฒนาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ความรู้จาก 3 ทฤษฎีที่กล่าวมา ดังนั้นจะ

เห็นได้ว่าบริบทของผู้เสพยาบ้าในประเทศไทยก็สามารถใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดกระทำกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพลังด้านการเสพยาบ้าได้

2.4.2 จากแนวคิดของ Haase (2004) ได้นำมาใช้เกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถของบุคคลให้สามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์ที่เสี่ยงในการดำเนินชีวิตให้สามารถฟื้นตัวและผ่านพ้นวิกฤตการณ์ ซึ่งมีด้วยกัน 4 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองโดยพบว่าผู้เสพยาบ้าที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเสพยาเสพติดสอดคล้องกับการศึกษาของ (Carr, 2000) และ มนัสสุนทรโชติ (2554) พบว่าความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังด้านการเสพยาเสพติด และการเผชิญความเครียดแบบใช้ความสามารถของตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อพลังด้านการเสพยาบ้า

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า

3. ปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับผู้เสพยาบ้ามากที่สุด ดังนั้นความสัมพันธ์หรือความผูกพันในครอบครัวมีส่วนในการป้องกันการเสพยาบ้าในผู้เสพยาได้ (Meschke and Patterson, 2001)

4. ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อผู้เสพยาเสพติด ทำให้ผู้เสพยาเสพติดเสี่ยงต่อการใช้ยาได้ง่าย (มนัสสุนทรโชติ, 2554) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2551) พบว่าความรู้สึกผูกพันกับพ่อแม่ และกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการเริ่มใช้ยาเสพติด

2.5 วิธีการส่งเสริมพลังด้านการเสพยาบ้า

Dillon et al., (2007) กล่าวถึงแนวทางพื้นฐานที่ส่งเสริมพลังด้านการเสพยาบ้าในตัวบุคคลนั้นกระทำได้ตามแนวทางดังนี้คือ

1. มุ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งในเรื่องทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ที่จะส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านการป้องกันการใช้ยาเสพติดให้บุตรได้ เป็นการมุ่งไปที่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบุตร โดยการเสริมสร้างและพัฒนาปัจจัยการป้องกันที่อยู่รอบตัวของบุตรและการได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่และครอบครัว

2. การที่จะทำให้บุคคลมีพลังด้านการเสพยาบ้านั้นต้องประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ การที่บุคคลรับรู้ข้อมูลหรือผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาบ้า ควบคู่กับการที่พวกเขาได้พัฒนาตนเองอย่างมีเป้าหมายที่จะเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้า และการรับรู้ทักษะความสามารถของตนเองที่จะปฏิเสธการเสพยาบ้า

Waaktaar, Chrisite, Inger, Borge and Torgersen (2004) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญพื้นฐานที่ควรได้รับการส่งเสริม เพื่อให้เกิดความแข็งแกร่ง คือ

1 สัมพันธภาพทางบวกในกลุ่มเพื่อน (Positive peer relations) การได้รับการสนับสนุนหรือการประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด จากสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อน

2. สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ประกอบด้วย สมรรถนะด้านร่างกายและสมรรถนะทางด้านอารมณ์ในการทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะได้นั้นต้องมีการตั้งจุดมุ่งหมายและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. ความคิดสร้างสรรค์ (creativity) การสนับสนุนให้บุคคลได้มีความคิดที่สร้างสรรค์ คือ การสนับสนุนความคิดเห็นส่วนบุคคลของเขา

4. ความเข้มแข็งในการมองโลก (coherence) ต้องส่งเสริมให้บุคคลเห็นว่าตนเองสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และการกระทำที่ดีนั้นต้องมาจากความเตตากรุณาด้วย ซึ่งอาจจะมาจากแบบอย่างที่มีผู้ใหญ่ปฏิบัติให้เห็น โดยเฉพาะการมองโลกในแง่ดีว่าชีวิตนี้ยังมีหวังอยู่เสมอ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่ดี และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี Grotberg (2005) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่แสวงหาเอกลักษณ์ (identity) ของตนเองเป็นสำคัญ การส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในช่วงวัยนี้จึงต้องพิจารณาถึงเอกลักษณ์ของวัยรุ่นด้วย

Gilligan (2000) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่ต้องสร้างเสริมพลังด้านการเสพยาบ้าในวัยรุ่น คือ ต้องสร้างความรู้สึกต่อไปนี้ให้เกิดขึ้น

1. ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน (Secure Base) ผู้ใหญ่ต้องสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับวัยรุ่นด้วยการให้ความรัก คอยสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ทำให้เกิดความไว้วางใจ มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความคิดที่ริเริ่ม ซึ่งต้องมาจากการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่วัยรุ่นอาศัยอยู่

2. ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (Self Esteem) การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเริ่มจากการให้ความรัก เมื่อเขารับรู้ถึงความรู้สึกว่าถูกรัก ก็จะคิดว่าตนเองยังมีคุณค่า มีคนรักและห่วงใย

3. สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) ผู้ใหญ่ต้องเชื่อในความสามารถของวัยรุ่น ว่าเขาสามารถจัดการด้วยตัวเองได้ ให้โอกาสได้ลองปฏิบัติและคอยสนับสนุนในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการและการใช้ชีวิตของวัยรุ่นในอนาคต

Christie, Harley, Nelson and Jones, (1995) กล่าวว่า การส่งเสริมความแข็งแกร่งให้บุคคลเป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้องภายใน โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ ดังนี้ การมองทางบวกต่อตนเอง กระบวนการในการจัดการกับความเครียดและกลยุทธ์ในการลดความเครียด ส่งเสริมปัจจัยภายนอกที่สามารถมองหาได้จากที่บ้านที่โรงเรียนและในชุมชนที่อยู่อาศัย ให้ความสำคัญในการร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง ครู และเพื่อนบ้านในการส่งเสริมความแข็งแกร่ง

2.6 การประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า

จากการที่คุณลักษณะของพลังด้านการเสพยาบ้า เป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาบ้า แม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า ซึ่งพลังด้านการเสพยาบ้าตามมุมมองนี้ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของบุคคล แต่เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถปรับตัวได้ทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคมภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดัน ด้วยเหตุนี้จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าของบุคคล เพื่อให้สามารถประมาณการช่วยเหลือเพิ่มเติมความสามารถที่ยังขาดอยู่ ร่วมกับพัฒนาความสามารถที่มีอยู่แล้วให้ถึงขีดสูงสุดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งที่ผ่านมาเครื่องมือประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า มักจะ

เป็นเฉพาะเรื่อง เช่น ประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง (Yuprasert, 1997) การกล้าปฏิเสธและสมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

Wagnild and Young (1993) ได้พัฒนา Resilience Scale ขึ้นจากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้สูงอายุ เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 25 ข้อ ใน 5 องค์ประกอบ แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์ พบว่า สามารถจัดกลุ่มตัวแปรได้เพียงสององค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณลักษณะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การนับถือตนเอง (Self Reliance) การเป็นตัวของตัวเอง (Independence) การมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ (Determination and Mastery) และ 2) การยอมรับตนเองและชีวิต (Acceptance of Self and Life) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการรักษาสมดุลของการมองโลกในแงุ่มต่างๆ (Balance Perspective of Life) และความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ (Flexibility) อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ไม่มีองค์ประกอบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และปัจจัยสนับสนุน

ต่อมา Grotberg (1995) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสำเร็จในการปรับตัวของเด็กเมื่อเผชิญกับปัญหาชีวิต ในกลุ่มเด็กประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย รายงานว่า เด็กจะผ่านปัญหาชีวิตได้จะต้องมีคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยปกป้อง (Resilience Factors) ใน 3 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านแหล่งประโยชน์ภายนอก (I HAVE : Provided External Supports and Resources) 2) ด้านความเข้มแข็งภายใน (I AM : Inner Strengths) และ 3) ด้านทักษะสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I CAN : Social and Interpersonal Skills) ในแต่ละด้านประกอบด้วยความสามารถและคุณลักษณะย่อยห้าเรื่องและในปี ค.ศ.2003 ภายหลังจากการศึกษาเพิ่มเติม กอร์ทเบอร์กได้ปรับข้อองค์ประกอบด้านที่สามใหม่เป็นทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา (I CAN : Interpersonal and Problem-solving Skills) และได้ปรับข้อย่อยที่อธิบายความสามารถในแต่ละด้านใหม่เป็นเจ็ดข้อ

ส่วนในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ที่สร้างขึ้นโดยมนัส สุนทรโชติ (2554) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการของวัยรุ่นได้แก่

1. การที่วัยรุ่นมีโอกาสเข้าถึงยาเสพติด หรือปัจจัยหลายๆด้านที่เอื้อต่อการเสพยาบ้า แต่วัยรุ่นเลือกที่จะไม่เสพยาบ้า
2. การที่วัยรุ่นใช้เหตุผลหลายๆอย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า
3. การที่วัยรุ่นใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆในการวางแผนหรือมีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า

ซึ่งแบบวัดนี้เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ลักษณะของข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว

3. แนวคิดทักษะชีวิต

เป็นทักษะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน จากการกระทำหรือจากการปฏิบัติ ซึ่งทักษะดังกล่าวนี้เป็นทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะทำให้ผู้มีทักษะเหล่านั้นมีชีวิตที่ดี

3.1 ความหมายของทักษะชีวิต

มนุษย์ทุกคนตั้งแต่เด็กจนเป็นผู้ใหญ่ จะต้องผ่านกระบวนการปลูกฝังและหล่อหลอมทางธรรมชาติ อีกด้านคือผ่านกระบวนการทางสังคมเป็นปฏิกริยาต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ และในกระบวนการนี้บุคคลจะต้องปะทะกับแรงบีบ แรงกดดัน แรงกระทบจากภายนอก ที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน คือ ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ครอบครัว เพื่อน และสิ่งแวดล้อม แรงปะทะที่มาจากแหล่งทั้ง 4 นั้น จะผลักดันให้บุคคลเอนเอียงไปจากจุดสมดุล เป็นภาระหน้าที่ของแต่ละคนที่ต้องหาทางปรับสภาพให้คืนสู่สภาพปกติและสมดุลตลอด คือ ดำเนินชีวิตได้ปกติสุข การปรับตัวให้เกิดภาวะสมดุลนั้นจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาทักษะชีวิตที่ใช้ในชีวิตประจำวัน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ให้ความหมายของ “ทักษะชีวิต” เป็นความสามารถทางสังคม ความคิดอ่าน ความพยายามเพิ่มพูน ปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อมต่างๆให้ประสบความสำเร็จ สามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์วิกฤตที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตลอดจนเป็นความสามารถที่จะส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ที่ใดที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรม ความเครียด และแรงกดดันต่างๆในชีวิต จำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถทางด้านจิตสังคมให้เพิ่มขึ้นในตัวบุคคลนั้น

ก่าโลไรต์น เย็นสุจิตร์ (2540 อ่างใน อินทนิย์ มั่งเงิน, 2543) ได้กล่าวว่า ทักษะชีวิตหมายถึงคุณลักษณะหรือความสามารถเชิงสังคมจิตวิทยา (Psychosocail Competence) เป็นทักษะภายในที่ช่วยให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจจะกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ทักษะชีวิต คือ ความสามารถพื้นฐานที่ทุกคนจำเป็นต้องใช้ในการเลือกทางดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยการถ่ายทอดประสบการณ์โดยการฝึกฝนอบรม สามารถพัฒนาขึ้นได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้

สรุป ทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญต่อสิ่งต่างๆ ที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยประสบการณ์ การเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถเลือกทางเดินชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสม

3.2 องค์ประกอบทักษะชีวิต

โดยธรรมชาติแล้วทักษะชีวิตจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม แต่ในภาพรวมจะพบว่ามีทักษะชีวิตหลัก (Core life skills) อยู่ 10 ประการ ดังนี้ (WHO, 1994)

1. การตัดสินใจ (Decision making)
2. การแก้ปัญหา (Problem Solving)
3. ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking)
4. ความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical thinking)
5. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication)
6. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship skills)

7. ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)
8. ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy)
9. การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions)
10. การจัดการกับความเครียด (Coping With Stress)

การตัดสินใจ (Decision making) เป็นสิ่งนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิต ซึ่งถ้าบุคคลมีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพในการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีการประเมินทางเลือกและผลจากการตัดสินใจเลือกทางเลือกรันั้นๆ จะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้นๆ ในทำนองเดียวกันกับการแก้ปัญหา (Problem solving) เมื่อบุคคลมีปัญหาต่างๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้เกิดภาวะความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทักษะการแก้ปัญหาจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตของเขาได้

ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) มีส่วนสนับสนุนในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในการค้นหาทางเลือกต่างๆ และผลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก ถึงแม้ว่ายังไม่มี การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาก็ตาม ความคิดสร้างสรรค์ยังช่วยให้คุณสามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมา มาใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นความสามารถที่จะวิเคราะห์ข้อมูล ข่าวสารและประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรม เช่น ค่านิยม แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน อิทธิพลจากสื่อต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) หมายถึง ความสามารถในการใช้คำพูดและภาษาท่าทาง เพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนอย่างเหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรมและสถานการณ์ต่างๆ โดยสามารถที่จะแสดงความคิดเห็น ความปรารถนา ความต้องการ การขอร้อง การเตือน การปฏิเสธ และการขอความช่วยเหลือ

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal relationship skills) สามารถช่วยให้คุณมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสามารถที่จะรักษาและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข และรวมถึงการรักษาสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแห่งสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เป็นความสามารถในการเข้าใจในจุดดี จุดด้อยของตนเอง อะไรที่ตนเองปรารถนาและไม่พึงปรารถนา และเข้าใจในความแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ สามารถอยู่ภายใต้แรงกดดันต่างๆ ในชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอีกด้วย

ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความเห็นใจบุคคลที่แตกต่างจากเรา ถึงแม้ว่าเราจะไม่คุ้นเคย ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าใจและยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีทางสังคม เช่น ความแตกต่างทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือและดูแล เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้มีภาวะบกพร่องทางจิตใจหรือบุคคลที่ไม่เป็นที่ยอมรับจากสังคม

การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions) เป็นการรู้จัก และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และผู้อื่น ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองและแสดงออกได้อย่างเหมาะสม เช่น อารมณ์รุนแรงต่างๆ หรือความเศร้าโศกที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

การจัดการกับความเครียด (Coping with stress) เป็นความสามารถในการรู้ถึงสาเหตุของความเครียด และรู้ถึงหนทางในการควบคุมระดับความเครียด เป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในวิถีชีวิต การเรียนรู้วิธีผ่อนคลายเมื่ออยู่ในภาวะความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อที่จะช่วยลดปัญหาต่างๆ ทางด้านสุขภาพ

แนวคิดทักษะชีวิตของ Botvin (2000; 2002; 2010; Botvin et al., 2004) ซึ่งได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะชีวิตต่อการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น มาเป็นเวลานานร่วม 20 ปี พบว่าทักษะชีวิตตามแนวคิดของ Botvin มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาการเสพติดยา สามารถลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลงได้ แนวคิดนี้ได้แบ่งการฝึกทักษะชีวิตเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ซึ่งเป็นทักษะเพื่อป้องกัน และลดพฤติกรรมเสพติด คือ 1) ทักษะการต่อต้านการใช้ยาเสพติด (Drug Resistance Skills) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาเสพติด แนวทางการป้องกัน ทักษะการปฏิเสธการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ 2) ทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การเริ่มสร้างความมั่งคั่งในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะการลดความเครียด ความวิตกกังวล และทักษะการจัดการความโกรธ 3) ทักษะสังคมทั่วไป (General Social Skills) ได้แก่ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการยืนยันสิทธิของตนเอง

Botvin (2000, 2002, 2010) กล่าวถึงปัญหาการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นว่า วัยรุ่นมีปัจจัยป้องกันตนเองต่ำ ซึ่งปัจจัยป้องกันตนเองของวัยรุ่นจะสูงหรือต่ำ ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมทางสังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ปัจจัยป้องกันตนเองที่วัยรุ่นขาด หรือมีน้อย ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะทางสังคม และทักษะการต่อต้านการใช้ยาเสพติด การฝึกทักษะชีวิต เป็นการเพิ่มปัจจัยป้องกันด้านบุคคล โดยเชื่อว่าเมื่อปัจจัยป้องกันด้านบุคคลสูงขึ้น ปัญหาการเสพติดสารเสพติดจะลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณา และเลือกองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบหลักในการฝึกทักษะชีวิตให้กับผู้เสพติด ตามแนวคิดของ Botvin (2000, 2002, 2010; Botvin et al., 2004) ซึ่งทักษะที่กล่าวมานี้ สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และจำเป็นต่อการลดพฤติกรรมเสพติด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการต่อต้านการใช้ยาเสพติด (Drug Resistance Skills) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาเสพติด และแนวทางการป้องกัน ทักษะการปฏิเสธ การต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการจัดการตนเอง (Self – Management Skills) ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะการลดความเครียด ความวิตกกังวล ทักษะการจัดการความโกรธ

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะสังคมทั่วไป (General Social Skills) ได้แก่ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการยืนยันสิทธิของตนเอง

3.3 แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิต

ทักษะชีวิตนั้นเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่าง ความรู้ ทักษะ และค่านิยมกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี โดยแนวทางนี้เป็นการส่งเสริมที่นำไปสู่การป้องกันปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลได้ (WHO, 1994)



ภาพที่ 2 การแสดงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะชีวิตและการป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางสุขภาพ

จากแผนภาพข้างต้น จะเห็นว่าทักษะชีวิตเป็นการเชื่อมโยงความรู้ การฝึกฝน ทักษะรวมถึงค่านิยม ซึ่งนำไปสู่หนทางการแก้ไขให้มีสุขภาพที่ดี แต่การนำทักษะชีวิตไปใช้ ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และครอบครัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย

จากข้างต้นดังนั้น การที่จะใช้ทักษะชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้บุคคลรู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่น โดยทักษะชีวิตจะมีส่วนสนับสนุนการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถแห่งตน การเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ดี ดูแลทั้งตนเองและผู้อื่นได้ อีกทั้งจะสามารถป้องกันปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้ดี การสอนทักษะชีวิตได้นำมาใช้ในการฝึกทักษะเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ อย่างกว้างขวาง นั้นแสดงให้เห็นถึงความมีคุณค่าหรือประโยชน์ต่อการส่งเสริมด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตของ Botvin. (1995) ที่ศึกษา พบว่า การฝึกทักษะชีวิตจะเป็นการฝึกทักษะให้กับบุคคลที่ใช้ในการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากการเสพยาบ้าได้ โดยมีการฝึกทักษะที่ประกอบด้วยทักษะสำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะทางสังคม และทักษะการต่อต้านการเสพยาบ้าจากแรงกดดันในกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้ศึกษานำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้านบุคคล ด้านครอบครัว และสังคมจากกลุ่มเพื่อนได้ ซึ่งการฝึกทักษะชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งเป็นแนวทางที่จะใช้ในการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเชื่อมโยงหลักการต่างๆ ดังแผนภาพข้างบนมารวมเป็นการฝึกฝนทักษะชีวิตในด้านต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่พบในชีวิตได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสพยาบ้า

4. แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง

4.1 ความหมายของการควบคุมตนเอง

การควบคุมตนเองเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการที่บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรม ให้เหมาะสมทั้งหมดด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่กลวิธีตลอดจนถึงการเลือกเป้าหมาย (Kazdin; Walker et al. อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ซึ่งนักจิตวิทยาและนักวิจัยได้ให้ความหมายของการควบคุมตนเองไว้ดังต่อไปนี้

Skinner (1953) ได้ให้คำจำกัดความของการควบคุมตนเอง คือ เป็นการเลือกกระทำของบุคคล ในพฤติกรรมสองพฤติกรรม ซึ่งระหว่างสองพฤติกรรมส่งผลลัพธ์ที่ขัดแย้งหรือแตกต่างกัน ผลลัพธ์อันหนึ่งให้รับผลทันทีแต่มีความพึงพอใจน้อย ส่วนอีกผลลัพธ์ต้องใช้เวลาในการรอคอยแต่มีความพึงพอใจมากกว่า

Kazdin (1980) ได้ให้คำจำกัดความของการควบคุมตนเองหมายถึง ตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้ามีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมาก หากบุคคลใดมีทักษะในการควบคุมตนเองดี ตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าก็จะมีผลพฤติกรรมดังกล่าว ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลขาดทักษะในการควบคุมตนเองตัวกระตุ้น หรือสิ่งเร้าก็จะมีผลต่อพฤติกรรมมาก

Bandura & Walters (1963) ได้ให้คำจำกัดความการควบคุมตนเองคือปัจจัยทางด้านครอบครัวเป็นตัวแบบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาและเกิดการเรียนรู้ในการควบคุมตนเอง

Rosenbaum (1990) ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการควบคุมตนเองว่าเป็นการกระทำที่ถูกควบคุมในลักษณะของกระบวนการคิด ที่มีจุดมุ่งหมายหรือตั้งใจภายใต้การควบคุมของจิตใจ ประกอบด้วย 1) การควบคุมตนเองในลักษณะที่ทำให้สภาพของร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้งตามปกติ 2) การควบคุมของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการกระทำหรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดผลเสียต่อร่างกาย โดยการกระทำในสิ่งที่ถูกต้องมาแทนที่ ซึ่งการควบคุมตนเองในขณะที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเครียด หรือไม่สบายใจด้วยเรื่องใดก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใช้ลักษณะการควบคุมตนเองทั้ง 2 อย่างพร้อมๆ กันเพื่อจัดการกับปัญหานั้นๆ

สำหรับการศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดของ Rosenbaum (1990) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่บุคคลเป็นผู้กำหนดสิ่งที่ตนเองต้องการ และปฏิบัติให้ได้ตามจุดมุ่งหมายภายใต้เงื่อนไขที่ตนเองเป็นคนเลือก

4.2 ทฤษฎีและแนวคิดการควบคุมตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum (1990) ซึ่งเป็นแนวคิดในการควบคุมตนเองโดยมีการพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านพฤติกรรมปัญญา แนวทางการแก้ไขปัญหาความเครียดของ Lazarus (1984) แนวทางการจัดการกับปัญหา และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (Rosenbaum as cited in Sotthiyapai, 2002) ซึ่งโรเซนบัมได้พูดถึงทักษะที่จำเป็นในการควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติแก้ไขปัญหา ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 3 ทักษะ คือ ทักษะในการรับรู้ถึงความสามารถของตน ทักษะในการแก้ไขปัญหา และทักษะในการควบคุมตนเองดังต่อไปนี้

1. ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy skills) ซึ่ง Rosenbaum (1990) ได้ปรับปรุงทักษะดังกล่าวมาจากแนวคิดของ Bandura โดยให้คำจำกัดความของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าเป็นความเชื่อมั่นในตนเองถึงความสามารถส่วนตัว ในการปฏิบัติในสิ่งที่กำหนดตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ (Rosenbaum as cited in Sotthiyapai, 2002) นอกจากนี้ในความคิดของ Bandura ยังเชื่อว่าการตัดสินใจของบุคคลต่างๆ เป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งสิ้น ตลอดจนถึงผลการปฏิบัติงานในการทำงานก็มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเช่นเดียวกัน ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ก็จะมีคุณค่าหวังในผลลัพธ์สูง ปัจจัยสำคัญที่ชี้เห็นถึงระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองได้มาจากแหล่งข้อมูลพื้นฐานจาก 1) การปฏิบัติที่มากพอและนำไปสู่ความสำเร็จและความมั่นใจของบุคคลในการแสดงออกถึงความสามารถของตนเอง 2) ประสบการณ์การเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูดที่ชักชวนให้เชื่อถือและ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเอง ยังเป็นกลไกที่สำคัญทางด้านสติปัญญา และด้านจิตใจ บุคคลผู้ซึ่งรับรู้ความสามารถของตนเองมาก มีโอกาสที่จะเลือกการปฏิบัติงานที่ทำทนาย มีความตั้งใจและความชื่นชอบตลอดจนถึงความใส่ใจ ความเสียสละเวลาในการปฏิบัติงาน รวมถึงมีความพยายามเพิ่มมากขึ้นซึ่งบุคคลเหล่านี้มีมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

2. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งในการรวบรวมข้อมูลในการสำรวจปัญหา พิจารณาปัญหา กำหนดปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนการหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ เป็นอีกกลวิธีหนึ่งในการปรับพฤติกรรมตามแนวคิดกลุ่มพฤติกรรมการเรียนรู้ทางด้านพฤติกรรมปัญญา (Rosenbaum as cited in Sotthiyapai, 2002) ซึ่งมีขั้นตอนการฝึกการแก้ไขปัญหาดังนี้

2.1 การเริ่มต้นการฝึก การฝึกนี้มุ่งไปที่ความสามารถของผู้ปฏิบัติในการที่จะเข้าใจเป้าหมายของการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ความเข้าใจในกระบวนการแก้ไขปัญหา เพื่อที่จะประเมินและตรวจสอบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

2.2 ความเข้าใจต่อปัญหา เป็นการฝึกเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม และมีความความตั้งใจต่อการแก้ไขปัญหามากขึ้น และมีความคิดเชิงบวกต่อการแก้ไขปัญหา เกิดความเข้าใจและความอดทนกับอุปสรรคที่เป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งที่เกิดจากตนเองหรือจากสิ่งแวดล้อม

2.3 การควบคุมอารมณ์ เป็นการฝึกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้วิธีการในการจัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง การควบคุมอารมณ์ของตนเอง และการเอาชนะต่อความคิดของตนเอง ตลอดจนถึงอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหา

2.4 การพิจารณาถึงตัวปัญหา เป็นการฝึกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติฝึกความสามารถที่จะรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของตนเองได้แม่นยำ มีความเข้าใจต่อปัญหาได้ถูกต้อง และเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้พร้อมทั้งระบุแนวทางในการแก้ไขปัญหาคัดค้านกับความจริง

2.5 การตัดสินใจ เป็นการฝึกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 การดำเนินการในการแก้ไขปัญหาและการประเมิน เป็นการฝึกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ฝึกการแก้ไขปัญหาย่างแท้จริง และประเมินผลที่ได้จากการแก้ไขปัญหาที่ตัดสินใจเลือก

3. ทักษะการควบคุมตนเอง การพัฒนาทักษะในการควบคุมตนเองจะต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะพิเศษต่างๆ เช่นทักษะในการผ่อนคลาย ทักษะในการจัดการกับอารมณ์และทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์ ซึ่งจากการศึกษาของRosenbaum, (1990) พบว่าผู้ที่มีทักษะการควบคุมตนเองที่ดี จะมีทักษะในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ซึ่งโรเซนบัมได้ศึกษานักเรียนที่เรียนวิชาจิตเวชศาสตร์จำนวน 72 คน พบว่าผู้ที่มีไหวพริบดีจะมีการแก้ไขปัญหามากขึ้นในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน มากกว่าผู้ที่มีไหวพริบต่ำ (Sotthiyapai, 2002)

4.3 วิธีการพัฒนาการควบคุมตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม (Thoresen and Mahoney 1974 : 45, อ่างอิงใจ อรพรรณ เกษมสันต์ ณ อยุธยา 2546 : 21-22 ; สุพล ชัดเชื้อ 2535 : 11-12) ได้สรุปวิธีการเพื่อพัฒนาการควบคุมตนเองไว้ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) คือ การกำหนดเกณฑ์ในการควบคุมพฤติกรรมหนึ่งด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายนี้จะช่วยให้ผู้แสดงพฤติกรรมรู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจน ตัวอย่างของการตั้งเป้าหมายของพฤติกรรม เช่น “ฉันจะทำการบ้านให้เสร็จคืนนี้” ในกรณีที่บุคคลยังไม่สามารถตั้งเป้าหมายได้อย่างชัดเจน ก็ควรให้คนอื่นช่วยจนกว่าเขาจะสามารถตั้งเป้าหมายได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามเป้าหมายที่ตั้งควรเป็นเป้าหมายที่แท้จริงและสามารถทำได้เพราะถ้าเป็นเป้าหมายที่บุคคลไม่สามารถทำได้จะทำให้เกิดความผิดหวังก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนได้

2. การสังเกตตนเอง (Self-Monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตตนเองหรือจำแนกลักษณะพฤติกรรมของตนเอง พิจารณาว่าตนเองได้ทำพฤติกรรมตามเป้าหมายแล้วหรือยัง การสังเกตตนเองมักทำควบคู่ไปกับการบันทึกพฤติกรรม

ขั้นตอนในการสังเกตตนเอง

2.1 จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายว่า พฤติกรรมที่ต้องการใดต้องการสังเกต

2.1 กำหนดเวลาที่จะสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

2.2 กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

2.3 ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

2.4 ทำแผนภาพหรือกราฟแสดงการบันทึก

3. วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก เพื่อที่จะได้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. การประเมินผล (Self-Evaluation) คือ การที่บุคคลต้องตัดสินใจพฤติกรรมของตน โดยการประเมินคุณค่าของพฤติกรรมจากข้อมูลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ได้พิจารณาพฤติกรรมที่ทำอยู่อย่างถี่ถ้วน

5. การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) คือ การจัดผลกรรมที่เป็นแรงเสริม ให้แก่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยตนเองเพื่อทำให้พฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น โดยที่เจ้าของพฤติกรรมเป็นผู้ดำเนินการเพื่อให้ได้แรงเสริมนั้นด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาการควบคุมตนเองเป็นผลจากการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งสามารถปลูกฝังได้ตั้งแต่วัยเด็ก สำหรับวิธีการฝึกควบคุมตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายามและใช้เวลา แต่เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถพัฒนาได้

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการควบคุมตนเอง จึงเป็นทักษะที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลการพัฒนาทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะในการแก้ปัญหา และทักษะการควบคุมตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีความกระตือรือร้น มีความใส่ใจ มีความพยายามเต็มที่ในการควบคุมตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิต การฝึกทักษะดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดลดหรือหยุดการเสพยาบ้าได้ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการควบคุมตนเองของ Rosenbaum มาใช้ผสมผสานในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในครั้งนี้ เพื่อการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าอย่างเป็นขั้นตอนและมีประสิทธิภาพ

5. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้เสพยาบ้า

5.1 ความหมายของครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) กล่าวว่า ครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา”

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า **ครอบครัว** คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาท หน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง สถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน

The United States Bureau of the Census (1998) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัว (family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว (Poverty & Finch, 1988 อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

จากคำนิยามของครอบครัวที่กล่าวมา สรุปได้ว่าครอบครัวประกอบไปด้วยบุคคล 2 คนขึ้นไปมาอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ต่อกันและมีหน้าที่ที่จะต้องกระทำร่วมกัน ซึ่งในปัจจุบันครอบครัวสามารถแบ่งออกเป็นรูปแบบต่างๆได้ดังนี้ ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย และครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ เช่น มีพ่อหรือแม่คนเดียว เป็นต้น (มนนิภา สังข์ศักดิ์ดา, 2545)

Denton & Kampfe (1994) กล่าวว่า ลักษณะของครอบครัวที่มีผลต่อการเสพยาเสพติด ได้แก่ 1)ครอบครัวที่มีองค์ประกอบไม่ครบ เช่น ครอบครัวที่ขาดพ่อหรือแม่ 2)การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเชิงลบ เช่น บรรยากาศในครอบครัวที่ไม่เป็นมิตร ครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน และไม่มีการกิจกรรมหรือความร่วมมือกัน 3)ครอบครัวที่ไม่มีความชัดเจนในการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับผู้เสพยา 4)การเลี้ยงดูจากครอบครัวที่เข้มงวด ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลลูก

Kumpfer (1999) กล่าวว่า พลังด้านการเสพยามีลักษณะการทำงานแบบไดนามิก ซึ่งมีโครงสร้างที่สำคัญ 6 อย่างที่เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีพลังด้านการเสพยาเสพติด ได้แก่ 1)ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อความสมดุลและระดับการรับรู้ของความเครียด 2)บริบทในครอบครัว 3)บุคคลสภาพแวดล้อมการทำงาน 4)ปัจจัยความยืดหยุ่นภายใน ได้แก่ อารมณ์จิตวิญญาณทางกายภาพและพฤติกรรม 5)กระบวนการความยืดหยุ่น ที่ช่วยให้บุคคลฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ 6)การมีผลลัพธ์เชิงบวก

ดังนั้นการเพิ่มพลังด้านการเสพยาตามแนวคิดนี้ควรมีการดูแลจากครอบครัวในเรื่อง การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายนอกเพื่อเพิ่มกระบวนการป้องกัน การสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมและการพัฒนาความสามารถ และการมีส่วนร่วมในสังคมที่เพิ่มขึ้น

โดยสรุปจะเห็นว่า ครอบครัวมีส่วนในการส่งเสริมการเพิ่มพลังด้านการเสพยาในการเลิกเสพยาได้นั้น คือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะครอบครัว (Bandura, 2001)

ถ้าพิจารณากระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัว ก็อาจแบ่งภารกิจที่ครอบครัวจะต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กล่าวมาแล้วออกเป็น 3 ด้านใหญ่ๆ (Epstein และคณะ 1982) คือ

1. ภารกิจพื้นฐาน (basic tasks) คือ งานพื้นฐานที่ครอบครัวจะต้องกระทำเพื่อให้สมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยให้สมาชิก การดูแลให้มีอาหารและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น

2. ภารกิจด้านพัฒนาการ (developmental tasks) ครอบครัวไม่เคยหยุดนิ่งแต่จะพัฒนาไปเรื่อยๆ ตามขั้นตอนต่างๆ ของวงจรชีวิต การที่จะพัฒนาไปได้ดีนั้นครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจหลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของครอบครัว ที่สมาชิกทุกคนจะตระหนักและยอมรับร่วมกัน การมีทิศทางในการพัฒนา (developmental themes) ที่เหมาะสมรวมไปถึงการสร้างขอบเขต (boundary) ที่ชัดเจน ทั้งภายในระบบครอบครัวเอง และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่นๆ เป็นต้น

3. ภารกิจในยามวิกฤติ (crisis tasks) วิกฤติการณ์หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีมากมาย เช่น การตกงาน การเจ็บป่วย การเสียชีวิต การหย่าร้างหรือแยกทางกันของสามีภรรยา ฯลฯ ภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อสมาชิกบางคนหรือครอบครัวโดยรวมผลกระทบอาจรุนแรงจนทำให้หน่วยครอบครัวแตกสลายได้ ครอบครัวจะต้องปรับตัวและจัดการแก้ไขวิกฤติการณ์ดังกล่าว เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนและครอบครัวโดยรวมดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม

5.2 ความสำคัญของครอบครัวในการบำบัดการเสพยาบ้า

ครอบครัวดังที่กล่าวมานี้มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ครอบครัวแบบนี้มักปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างยากลำบาก และต้องเผชิญกับความเครียดหลายอย่างโดยขาดเครือข่ายประคับประคอง ถ้าไม่มีมาตรการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ปัญหาเหล่านี้ย่อมทวีความรุนแรงขึ้นอย่างแน่นอนในอนาคต เนื่องจากครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตอย่างมาก ดังนั้น การแก้ปัญหาในปัจจุบันจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงมีใช่วิธีที่เคยใช้มาในอดีต ซึ่งมีแนวทางแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันดังนี้

1. กำหนดนโยบายเกี่ยวกับครอบครัวอย่างชัดเจน การจะแก้ปัญหาครอบครัวและพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวได้นั้น รัฐต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและเป็นไปได้ รวมทั้งกำหนดวิธีปฏิบัติที่แน่นอน และเป็นรูปธรรมตามสมควร

2. สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัว ครอบครัวจะยืนหยัดอยู่อย่างมีเสถียรภาพไม่ได้ถ้าขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจต้องเป็นพื้นฐานสำคัญของนโยบายครอบครัว นั่นหมายความว่าครอบครัวต้องมีโอกาสทางด้านการศึกษาและการฝึกอบรม มีโอกาสทางการงาน คือ มีงานที่ดีมีความหมายและนำมาซึ่งรายได้ที่เหมาะสม และมีโอกาสที่จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ดี เป็นต้น

3. ให้การแทรกแซงที่หลากหลายและเบ็ดเสร็จ เนื่องจากรูปแบบครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนไปโดยมีความหลากหลายมากขึ้นทั้งในโครงสร้าง วิถีชีวิตและความต้องการของครอบครัว

4. ให้ความสำคัญแก่บริบท ไม่ใช่เพียงเฉพาะตัวบุคคลเท่านั้น การให้ความสำคัญแก่บริบท ได้แก่ การช่วยเหลือเด็กที่ถูกพ่อแม่ทารุณ เป้าหมายสำคัญอันดับแรกก็คือความปลอดภัยของเด็ก แต่มิใช่ด้วยการแยกเด็กออกจากครอบครัว แล้วนำเด็กไปไว้ในสถานสงเคราะห์ สิ่งที่ต้องคือ ช่วยให้พ่อแม่รู้ว่าจะเป็นพ่อแม่ที่ดี ให้การดูแลปกป้องเด็กได้อย่างไร เพราะวิธีแรกแม้จะทำให้เด็กปลอดภัยก็จริง แต่ก็ทำให้ครอบครัวแตกสลาย เด็กต้องพลัดพรากจากพ่อแม่และพ่อแม่ก็รู้สึกถูกตำหนิ ขาดการประคับประคองและการสนับสนุนในอันที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยวิธีแรกนี้พ่อแม่ก็จะยังคงเป็นพ่อแม่ที่ทารุณเด็กต่อไป ไม่มีวันจะเป็นพ่อแม่ที่ดีได้ แต่โดยวิธีหลังเราจะเสริมสร้างพ่อแม่ให้เป็นพ่อแม่ที่ดีพอสำหรับลูก สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จัดการกับความเครียดของตนได้ดีพอที่จะไม่ไปทำร้ายลูก และมีทักษะเพียงพอในการดูแลลูก พ่อแม่จะมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า และจะพยายามร่วมมือกับเรามากขึ้น เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองและครอบครัว

5. สร้างความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นกับครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่ งานช่วยเหลือจึงไม่ได้เน้นที่การรักษาเยียวยาหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แต่เน้นที่การพัฒนาและสร้างพลังให้แก่ครอบครัว (developmental / empowerment approach) เช่น การพัฒนาความชำนาญ ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา ทักษะในการแก้ปัญหาและสร้างประสิทธิภาพของบุคคลให้เพิ่มขึ้น เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งและเสถียรภาพให้ครอบครัว เพิ่มความเชื่อมั่นของพ่อแม่และความชำนาญในการดูแลลูก เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นคง สามารถประคับประคองและตอบสนองความต้องการของเด็กได้

6. ส่งเสริมการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัว การศึกษาเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวหรือที่เรียกว่า ชีวิตครอบครัวศึกษา (family life education) เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในความเป็นไปของชีวิตครอบครัว รู้จักวิธีการปรับตัวที่เหมาะสมรวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และมีทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกัน เช่น สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

5.3 แนวคิดในการมีส่วนร่วมของครอบครัว

นุรินยา แหะหมัดและคณะ (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดและพยาบาลมีการปฏิบัติร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยการสนทนา ซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และลงมือปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้เสพยาเสพติดขณะบำบัดรักษาครอบครัวใน 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินด้านปัญหาและความต้องการ การมีส่วนร่วม

ร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแล การมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและการมีส่วนร่วม ประเมินผลการดูแล ซึ่งแต่ละด้านจะครอบคลุมกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในขณะที่ บำบัดรักษาเสพติดใน 3 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพ ด้านจิตสังคมและด้าน เศรษฐกิจ

ลชิตา ศรีธรรมชาติและคณะ (2553) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการ บำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะสร้างเสริมและพัฒนาบุคคลไปในแนวทางที่ดี เพราะครอบครัวถือเป็นเกราะป้องกันปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ถ้าคนในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจกันในการร่วมกันแก้ไขปัญหาและสามารถใช้ทักษะของ การสื่อสารได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกันหากสมาชิกคนใดคนหนึ่งเสพยาบ้า ก็ส่งผลกระทบต่อ กับทุกคนในครอบครัว ครอบครัวควรมองว่าเป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคน หนึ่ง ดังนั้นทุกคนในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า ดังนั้นการ มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาบ้า คือ

1. การอยู่เป็นเพื่อนผู้เสพยา ฝ่าสิ่งเกิดอาการและการเปลี่ยนแปลง
2. เรียนรู้วิธีการปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้เสพยา
3. คอยให้กำลังใจในการเลิกเสพยา
4. ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพและตัดสินใจจัดการแก้ไขปัญหา
5. เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาเสพติด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaufman & Brook (2004) ที่พบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วย ยาเสพติด บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญ เพราะครอบครัวเปรียบเสมือนผู้บำบัด มี สัมพันธภาพที่ดี มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด รู้ปัญหา ปังภัยเสี่ยงและการป้องกันที่ดีที่สุด ดังนั้นการที่ ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในขณะที่บำบัดรักษา จึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสอดคล้อง กับการศึกษาของมณฑาทิพย์ (2551) และสยาม (2550) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ใน ครอบครัวของผู้ติดสารเสพติด โดยได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน แสดงการยอมรับ ให้กำลังใจ ดูแลเรื่องสุขภาพอนามัยและค่าใช้จ่ายในขณะที่บำบัดรักษา ด้วยความ ผูกพันใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ครอบครัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย และสุขภาพจิตได้ชัดเจน ผู้เสพยาบ้าได้รับการยอมรับ ไม่โดดเดี่ยว มีกำลังใจในการรับการบำบัดรักษาที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนในการ ดูแลผู้เสพยาบ้า เพื่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันในครอบครัว และมีการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยา บ้าในสภาวะการณ์ที่เสี่ยงต่างๆได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำครอบครัวมาเข้าร่วมในโปรแกรมและดำเนิน กิจกรรมร่วมกับผู้เสพยาบ้า ที่จะส่งผลต่อการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าให้กับผู้เสพยาบ้าได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

6. โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด การบำบัดรักษาผู้เสพติด การมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อการป้องกันการเสพติด ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่เป็นการบูรณาการระหว่างการฝึกทักษะชีวิตกับการฝึกควบคุมตนเอง โดยใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตตามการศึกษาของ Botvin et al. (1995) ประกอบด้วย 3 ทักษะได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะทางสังคมทั่วไป และทักษะการต่อต้านยาเสพติด ผสมผสานกับทักษะการฝึกควบคุมตนเอง ซึ่งผู้ศึกษาได้ประยุกต์กิจกรรมจากการศึกษาของ Rosenbaum (1990) ซึ่งเน้นทักษะที่สำคัญ 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการควบคุมตนเอง ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพติด โดยมุ่งเน้นการเพิ่มพลังต้านการเสพติด เพื่อลดการเสพติด สำหรับรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจากรูปแบบการฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของ Botvin et al. (1995) แต่มีการปรับเปลี่ยนลำดับขั้นตอนในการฝึกทักษะชีวิต และเพิ่มเติมกิจกรรมการฝึกควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum (1980) ร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม Denton and Kampfe (1994) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาบ้าและผลกระทบจากการเสพยาบ้าร่วมกับตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า</p>	<p>-การฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของ Botvin et al. (1995) -การฝึกการควบคุมตนเองตามแนวคิดของ Rosenbaum (1990) -การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Denton & Kampfe (1994)</p>	<p>ผู้ศึกษาได้บูรณาการระหว่างแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต โดยใช้ทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การตั้งเป้าหมาย และทักษะด้านการต่อต้านการเสพยาในกิจกรรมการให้ความรู้และความเข้าใจเรื่องยาบ้า ร่วมกับแนวคิดการควบคุมตนเอง โดยผสมผสานกับทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้เสพยาเกิดความไว้วางใจ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษภัยของยาบ้าและสามารถวางแผนในการเลิกเสพยาบ้าได้ ประกอบกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมครั้งนี้ เพื่อความร่วมมือในการดูแลผู้เสพยาบ้า</p>
<p>กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสำรวจและการรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเอง</p>	<p>การฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของ Botvin et al. (1995)) และการฝึกการควบคุมตนเองตามการศึกษาของ Rosenbaum (1990)</p>	<p>ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการควบคุมตนเอง โดยเน้นกิจกรรมทักษะการรับรู้ความสามารถและการสำรวจตนเอง ร่วมกับกิจกรรมการสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง จากแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าเกิดความตระหนักรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยในการส่งเสริมให้เกิดพลังด้านการเสพยาบ้า</p>
<p>กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>การฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของ Botvin et al. (1995) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Denton & Kampfe (1994)</p>	<p>ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต โดยเน้นกิจกรรมทักษะทางสังคม ที่เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในการมุ่งเน้นการส่งและการรับรู้ความต้องการทั้งสองระหว่างผู้เสพยาบ้าและครอบครัว เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาบ้าจากสภาวะเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้ ร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรม	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
<p>กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา</p>	<p>การฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของBotvin et al. (1995)) และการฝึกการควบคุมตนเองตามการศึกษาของ Rosenbaum (1990)</p>	<p>ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต ในทักษะการจัดการตนเอง โดยเน้นทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ ผสมผสานกับแนวคิดการควบคุมตนเอง ได้แก่ทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ไขปัญหา เพื่อมุ่งเน้นการเรียนรู้และฝึกทักษะการวิเคราะห์และจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ และความเครียด</p>	<p>การฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของBotvin et al. (1995)) และการฝึกการควบคุมตนเองตามการศึกษาของ Rosenbaum (1990)</p>	<p>ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทักษะชีวิตโดยเน้นกิจกรรมทักษะด้านการจัดการตนเอง คือการจัดการความเครียด ผสมผสานกับแนวคิดการควบคุมตนเอง ในทักษะการจัดการภาวะอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าตระหนักรู้ในภาวะอารมณ์กับความเครียดของตนเอง และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้อย่างเหมาะสม โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมครั้งนี้ด้วย โดยการเรียนรู้เข้าใจภาวะอารมณ์ของผู้เสพยา เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้เสพยาบ้าได้อย่างถูกต้อง</p>
<p>กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งชั่วร้ายทางอารมณ์ และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า</p>	<p>การฝึกทักษะชีวิตตามการศึกษาของ Botvin et al. (1995)และการฝึกการควบคุมตนเองตามการศึกษาของ Rosenbaum (1990)และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Denton & Kampfe (1994)</p>	<p>ผู้ศึกษาได้นำกิจกรรมทักษะการปฏิเสธและต่อต้านแรงกดดันจากเพื่อนที่เสพยาบ้า จากแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต ผสมผสานกับ ทักษะการปฏิเสธสิ่งชั่วร้ายทางอารมณ์ ตาม แนวคิดการควบคุมตนเอง เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าสามารถปฏิเสธภายใต้สถานการณ์ที่เสี่ยงและกดดันต่อการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสรุปเนื้อหา ของกิจกรรมทั้งหมดพร้อมกับยุติการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้</p>

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยเน้นให้ผู้เสียขาบ้และครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้เสียขาบ้และครอบครัว และให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาบ้และผลกระทบจากการเสียขาบ้ ร่วมกับตั้งเป้าหมายในการเลิกเสียขาบ้ ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มโดยมีครอบครัวผู้เสียขาบ้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยทำที่เป็นมิตร สร้างความคุ้นเคย มีทำที่ที่อบอุ่น สนใจตั้งใจฟังสมาชิก เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตนเอง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ กติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มแนะนำกิจกรรมของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาดำเนินการให้ความรู้เรื่องยาบ้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เสียขาบ้และญาติ ให้ความร่วมมือในการวางเป้าหมายการเลิกเสียขาบ้ร่วมกัน ตามแนวความคิดการฝึกทักษะชีวิตของ Botvin et al. (1995)สร้างความตระหนักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสียขา สร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการยอมรับและแก้ไขปัญหา ซึ่งรวมถึงโอกาสของการเกิดปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปเสียขาบ้ มีกิจกรรมวีดิทัศน์ประกอบขณะสอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้เสียขาได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามแสดงความคิดเห็นในขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้ครอบครัวและผู้เสียขาบ้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสำรวจ การรับรู้ความสามารถ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ศึกษาจัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้เสียขาบ้มีการตระหนักรู้ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยใช้ทักษะการสำรวจตนเอง จากการฝึกควบคุมตนเองตามการศึกษาของ Rosenbaum , (1990) มาจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะให้กับผู้เสียขาบ้เห็นความสามารถของตนเอง พร้อมการใช้เทคนิคการสะท้อนกลับข้อมูลและการชมเชย ใช้หลักเทคนิคการสอน (Teaching Techniques) ตามแนวความคิดการฝึกทักษะชีวิตของ Botvin et al; (1995) ผู้ศึกษาดำเนินการให้ผู้เสียขาบ้สำรวจตนเองถึงศักยภาพในด้านต่างๆที่ประสบความสำเร็จของตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม และจะผู้ศึกษาสะท้อนให้ผู้เสียขาบ้เห็นถึงความสามารถและการมีคุณค่าของตนเอง (Rosenbeng, 1965) ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อตนเอง และจะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเลิกเสียขาได้ (เสาวนีย์ สำนวน, 2545)

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมที่มีครอบครัวของผู้เสียขาบ้ เข้าร่วมร่วมทำกิจกรรมด้วย เป้าหมายต้องการมุ่งเน้นการส่งและการรับรู้ความต้องการทั้งสองทางระหว่างผู้เสียขาบ้และครอบครัว เพื่อการดูแลช่วยเหลือจากสภาวะเสี่ยงต่อการเสียขาบ้ที่ถูกต้อง ในกิจกรรมนี้ผู้เสียขาบ้และครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมโดยฝึกครอบครัวและผู้เสียขาบ้ให้ใช้การสื่อสารอย่างเปิดเผยทั้งในฐานะผู้พูด และผู้ฟัง โดยฝึกผู้เสียขาบ้และครอบครัวให้ฟัง ลดการกล่าวโทษ ต่าหนิติเตียน ฝึกสังเกตสีหน้าท่าทาง ใช้การสาธิต แสดงบทบาทสมมติ และการฝึกซ้อมแสดงย้อนกลับ ฝึกการแก้ไขปัญหาของครอบครัวในการลดความขัดแย้งและมอบหมายการบ้าน พร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำการบ้านให้ชัดเจน ซึ่งผลจากการฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้มีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง มีผลในการเพิ่มพลังต้านการเสียขาบ้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัส สุนทรโชติ (2554)

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา เป็นการสอนและฝึกทักษะที่เน้นการพัฒนาทักษะความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เสพยาบ้าเกิดทักษะการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา ในกิจกรรมนี้ผู้เสพยาบ้าได้เรียนรู้เกี่ยวกับการคิด การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้เสพยาบ้าได้ค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นและฝึกทักษะการหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวิธีการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเอง สอนและฝึกทักษะให้ผู้เสพยาบ้าเผชิญและจัดการปัญหาด้วยเหตุผล พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองจากใบงานที่ให้ทำในกิจกรรมนี้ การพัฒนาทักษะดังกล่าวจะทำให้การตัดสินใจในการปฏิบัติเป็นไปอย่างเหมาะสม บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดได้

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด เป็นการจัดกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้เสพยาบ้ารับรู้ เข้าใจอารมณ์ และความเครียดของตนเอง ฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เสพยาบ้าเกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ ในกิจกรรมนี้ผู้เสพยาบ้า ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการอารมณ์ ความเครียด สนับสนุนให้ผู้เสพยาบ้ามีวิธีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง โดยการฝึกผ่านการเรียนรู้จากใบงานในกลุ่ม และฝึกปฏิบัติ Role Play จากสถานการณ์จำลองในกลุ่ม และเรียนรู้ทักษะเฉพาะ เช่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ด้วยทักษะการผ่อนคลาย ตามแนวความคิดฝึกทักษะชีวิตของ Botvin et al. (1995) และมอบหมายใบงานกลับไปทำต่อที่บ้านร่วมกับครอบครัวเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันกับครอบครัว

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์ และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า สอนและฝึกทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และต่อต้านแรงกดดันจากเพื่อนที่เสพยาบ้าให้ผู้เสพยาบ้า มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิเสธ ในกิจกรรมนี้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า โดยผู้ศึกษาสอนขั้นตอนการปฏิเสธ ดูวิดีโอ และสาธิตวิธีการปฏิเสธ ร่วมกับการให้ผู้เสพยาบ้า ฝึก Role Play ตามสถานการณ์จำลอง เพื่อใช้เป็นวิธีในการหลีกเลี่ยง ปฏิเสธการเสพยาบ้า ตามแนวความคิดฝึกควบคุมตนเองจากการศึกษาของ Rosenbaum (1990) ในเรื่องการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน โดยครอบครัวร่วมสนับสนุนการฝึกทักษะดังกล่าว เพื่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ สร้างกิจกรรมในภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Thomas & Michael (2008) ได้ศึกษาการควบคุมตนเองต่อการเสพยาเสพติดในวัยรุ่น (บุหรี เหล้า ยาเสพติด) โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้น ป.6 ถึง ม.3 จำนวน 1,767 คน ภายใต้ 3 สถานการณ์ คือ 1) เหตุการณ์ในชีวิตครอบครัว 2) เหตุการณ์ในชีวิตวัยรุ่น 3) การใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อน ซึ่ง การควบคุมตนเองนั้นจะประเมินจาก การวางแผน (planning) และการแก้ปัญหา (problem solving) ร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมตนเองมีผลต่อการเสพยาเสพติด โดยนักเรียนที่มีการควบคุมตนเองดีก็จะเสพยาเสพติดลดลง

Thomas, Michael, Jody and Don (2008) เปรียบเทียบของผลของ Parent และ peer support ต่อ การใช้สารในวัยรุ่น(บุหรี เหล้า กัญชา) ในกลุ่ม วัยรุ่น 1,826 คน อายุเฉลี่ย 12.30 ปี ผลการศึกษา ระบุว่าผลการดูแลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนจะมีส่วนทำให้เกิด good self-control, poor self-control และแนวโน้มการเข้าถึงความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดได้ ซึ่งparent และ peer support มีความแตกต่างกันในรูปแบบความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด จากการศึกษาสรุปได้ว่า parental support มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สารเสพติดและ peer support มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้สารเสพติด

Dishion & Andrews (1995) ได้ศึกษา intervention ที่สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่น โดยศึกษาจากครอบครัวทั้งหมด 119 ครอบครัว ที่ได้ใส่ intervention ที่แตกต่างกัน 4 แบบ คือ a) parent focus b) teen focus c) parent & teen focus d) self-directed change ผลการศึกษาพบว่า Parent focus และ Teen focus intervention ให้ผลที่ดีต่อความขัดแย้งในครอบครัว ส่วน The parent focus condition แสดงผลที่ดีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในโรงเรียน และแนวโน้มในระยะยาวได้เสนอแนะว่า parent focus condition อาจลดการสูบบุหรี่ที่ตามมาได้ เมื่อเทียบกับแบบอื่น

Botvin (2000) ได้ศึกษาถึงทดลองแบบการศึกษาติดตามระยะยาวในวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นนักเรียนเกรด 7-12 จำนวน 56 โรงเรียนในรัฐนิวยอร์ก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากนั้นมีการติดตามผลในระยะยาว โดยกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาทักษะด้วยหลักสูตรที่มีการออกแบบ เพื่อการพัฒนาทักษะสำคัญต่อปัจจัยป้องกันระดับบุคคล 3 ทักษะ คือ 1) ทักษะการต่อต้านการใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของแอลกอฮอล์แนวทางการป้องกัน การปฏิเสธต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่ใช้แอลกอฮอล์ 2) ทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจและแก้ปัญหาการลดความเครียดและความวิตกกังวล และการจัดการความโกรธ และ 3) ทักษะสังคมทั่วไป ได้แก่ การมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการปกป้องสิทธิของตนเอง ระยะเวลาการฝึกนาน 15 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาชนิดอื่นๆ ก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมทันทีและในระยะติดตามผล 6 เดือน มีการสอนกระตุ้นซ้ำเมื่อผ่านช่วงชั้นแต่ละระดับจนกระทั่งถึงชั้นที่ 12 โดยครู ผลการศึกษา นักเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในเกรด 7 และได้รับการกระตุ้นในเกรด 8 และ 9 โดยมีการฝึกให้ครูใช้โปรแกรมในการเรียนการสอนผลที่เกิดขึ้นเมื่อจบเกรด 12 จะพบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาของนักเรียนลดลง ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดเมื่อได้รับโปรแกรมอย่างสมบูรณ์และได้รับการกระตุ้นจากครูอย่างต่อเนื่อง

Botvin & Griffin (2004) ได้ศึกษาพบว่าโปรแกรมที่ป้องกันการใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงมากกว่า 20 ปีมานี้ คือ life skills training program LST ซึ่งเป็น primary prevention program ที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด โดยโปรแกรมนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านยาเสพติด และสอนทักษะเกี่ยวกับการต่อต้านทางสังคม ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถทางสังคมและความสามารถส่วนบุคคลไปพร้อมกัน จากข้อมูลสรุปได้ว่า โครงสร้างพื้นฐานทางทฤษฎีของ LST program จะส่งผลทางบวก คือช่วยป้องกันการใช้ยาเสพติด ได้ดี

Fadardi, Azad, and Nemati, (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับการใช้ยาเสพติดของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย จำนวน 120 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัด Personal concerns Inventory (PCI: เพื่อวัด motivational stricter) และแบบวัด Connor and Davidson's Resilience Scale ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจเป็นตัวทำนายในทางตรงกันข้ามกับการใช้สารเสพติด นั่นคือ ถ้าบุคคลมีแรงจูงใจสูง จะมีการใช้สารเสพติดต่ำ ดังนั้นแรงจูงใจเป็นตัวกลางความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการใช้สารเสพติด

มนัส สุนทรโชติ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นชายอายุ 12- 21 ปี ที่ถูกคดีเสพยาบ้าและถูกส่งตัวมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 140 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) วัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดการเสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 50.70 มีพลังต้านการเสพยาบ้าในระดับน้อย 2) พลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด ทั้ง 3 แบบ คือการใช้ความสามารถของตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆและแบบหลีกเลี่ยงปัญหา และรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r=.195, .541, .367, .246$ และ $.309$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าและการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดการเสพ

ธวัชชัย นาคศรีสังข์ (2548) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพซ้ำของผู้เสพยาบ้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพซ้ำมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ชลชัย ทศกุลณี (2542) ได้ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคชาย เขตการศึกษา 6 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ (2553) ได้ศึกษาปรากฏการณ์การเสพยาบ้าของเยาวชน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูล เป็นเยาวชนอายุ ระหว่าง 14-25 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นถึงระดับอาชีวศึกษา ที่มีประสบการณ์การเสพยาบ้าภายในระยะเวลา 12 เดือน ก่อนให้ข้อมูล จำนวน 17

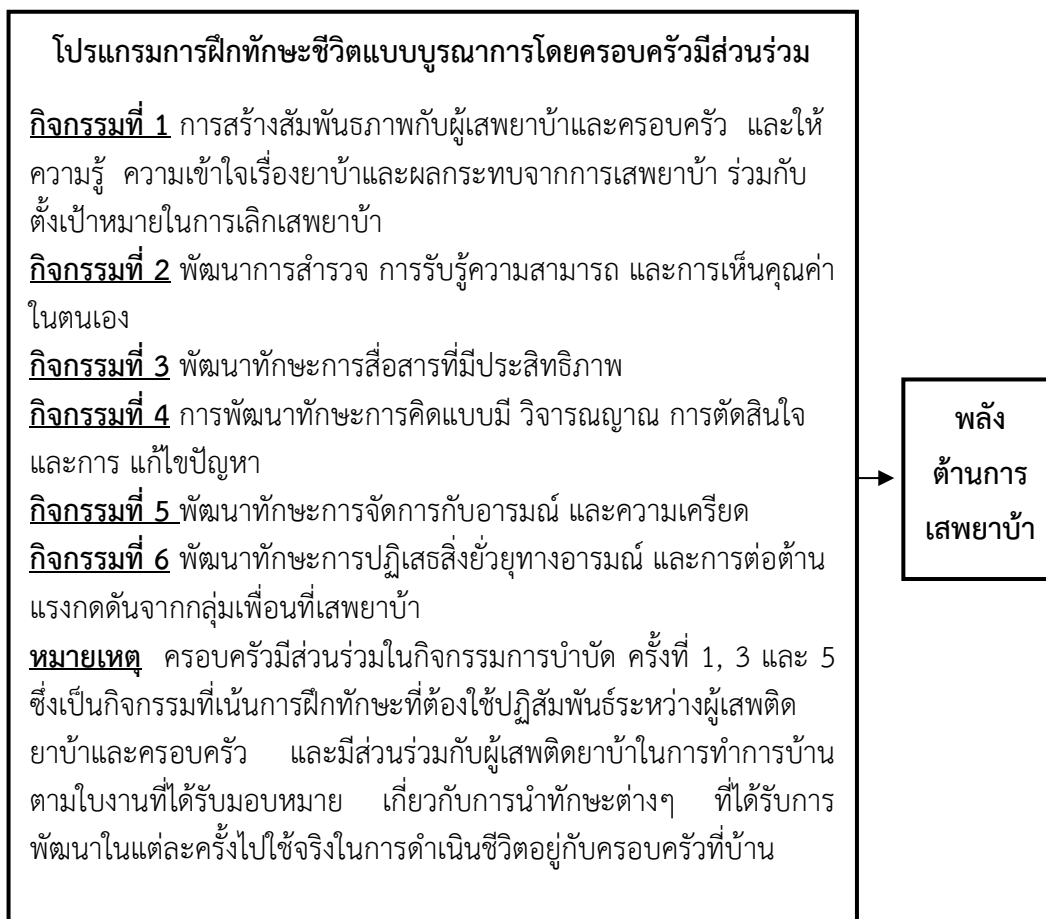
คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 24 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ อายุ 19-21 ปี กำลังศึกษาระดับอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรร้อยละ 82.35 เสพยาบ้ามานาน 1-5 ปี ร้อยละ 64.71 พักอาศัยอยู่กับผู้ปกครองเพียงคนเดียวหรือพักอาศัย อยู่กับญาติผู้ใหญ่ อาชีพหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ต้องใช้แรงงาน สัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นแบบห่างเหิน และมีลักษณะการเลี้ยงดูไม่แน่นอน แบบควบคุมเข้มงวด วิธีชีวิตเมื่อเป็นผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่ใช้ชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม ใช้เวลาอยู่กับเพื่อน เสพยาบ้า แยกตัวจากครอบครัว ไม่สนใจเรียน และมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เสพยาบ้าในปริมาณและความถี่มากขึ้น เข้าถึงยาบ้าได้ง่าย

สิริภัทร ไสตถิยาภักย์ (2545) การศึกษาผลของกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่ใช้แอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จ.สงขลา จำนวน 20 คน ซึ่งโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของโรเซนบัม ประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้วัยรุ่นฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ในชีวิตประจำวัน 3 ทักษะ คือ ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการควบคุมตนเอง ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการควบคุมตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเองมีค่าเฉลี่ยการควบคุมตนเองสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาวตรี ทยานศิลป์ (2006) ศึกษาตรวจสอบบทบาทของความรู้สึกผูกพันระหว่างเยาวชนชายกับพ่อแม่และกับเพื่อน ต่อการเริ่มใช้ยาเสพติด เช่น กัญชา กระท่อม ยาบ้า ยาไอ สารระเหย ผีนเฮโรอีน และโคเคนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือ เยาวชนชายอายุ 15-24 ปี จำนวน 1,184 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 54 กำลังเรียนหนังสือ และร้อยละ 63 ระบุว่าเคยใช้ยาเสพติดมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ผลการวิจัยพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกโดยใช้ยาบ้าร้อยละ 20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 ปี เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของความรู้สึกผูกพันกับพ่อแม่และกับเพื่อน ต่อการเริ่มใช้ยาเสพติด พบว่า ความรู้สึกผูกพันกับพ่อแม่และกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการเริ่มใช้ยาเสพติดต่ำกว่าเยาวชนที่มีความรู้สึกผูกพันกับพ่อแม่ต่ำ ซึ่งตรงข้ามกับอิทธิพลของความรู้สึกผูกพันกับเพื่อน เยาวชนที่ยังมีความรู้สึกผูกพันกับเพื่อนสูงยังมีแนวโน้มที่จะเริ่มใช้ยาเสพติดสูงขึ้น

จากผลการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแก่ผู้เสพยาบ้า เป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องได้แก่ ทักษะชีวิต การควบคุมตนเอง ร่วมกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้า ด้วยการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของบุคคล และส่งผลต่อการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้าของบุคคลให้เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้เสพยาบ้าสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมที่แสดงไว้ในกรอบแนวความคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวความคิด



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ โดยมีตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตัวแปรตามคือ พลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ และมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂
O ₃		O ₄

X	แทน	โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
O ₁	แทน	การประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง
O ₂	แทน	การประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง
O ₃	แทน	การประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
O ₄	แทน	การประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ และ ครอบครัวผู้เสพยาบ้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช และครอบครัว

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เสพยาบ้าเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ถูกจับคดีเสพยาบ้า โดยคณะกรรมการคุมประพฤติของจังหวัดได้พิจารณาให้เข้ารับการบำบัดตามระบบบังคับบำบัด ในโรงพยาบาลของรัฐ
2. มีอายุ 15-34 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี) ในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมในครั้งนี้

3. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ที่เสพยาเสพติดมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป และที่นอกเหนือจากยาบ้า

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit & Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองศึกษาของ SIRAPAT SOTTHIYAPAI (2002) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้อำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 7 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เมื่อโครงร่างวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จ.สุพรรณบุรี โดยได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราชแล้ว จากนั้นผู้ศึกษาได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกจิตเวชชุมชนในส่วนของงานบำบัดยาเสพติด เพื่อขออนุญาตประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าให้ผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในระยะฟื้นฟูสภาพพร้อมทั้งได้ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. จากการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นตียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้ศึกษาได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่

- 3.1 เพศ ผู้ศึกษาจับคู่กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ คือ คู่เพศชาย และคู่เพศหญิง ให้มีลักษณะเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

- 3.2 อายุ ผู้ศึกษาได้แบ่งช่วงอายุ เป็น 4 ช่วง คือ

-ช่วงอายุ	15-20 ปี
-ช่วงอายุ	21-25 ปี
-ช่วงอายุ	26-30 ปี
-ช่วงอายุ	31-34 ปี

จากนั้นผู้ศึกษาได้ดำเนินการจับคู่ จากคุณลักษณะ 2 ประการ ดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ จนครบทั้ง 20 คู่

4.ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2กลุ่มๆละ20 คน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		หมายเหตุ
	เพศ	อายุ	เพศ	อายุ	
1	ชาย	16	ชาย	18	
2	ชาย	19	ชาย	17	
3	ชาย	17	ชาย	19	
4	หญิง	18	หญิง	20	
5	ชาย	20	ชาย	17	
6	ชาย	24	ชาย	21	
7	ชาย	22	ชาย	24	
8	ชาย	21	ชาย	25	
9	ชาย	23	ชาย	22	
10	ชาย	25	ชาย	21	
11	ชาย	28	ชาย	30	
12	ชาย	26	ชาย	29	
13	ชาย	30	ชาย	28	
14	ชาย	29	ชาย	30	
15	ชาย	26	ชาย	29	
16	ชาย	31	ชาย	34	
17	ชาย	34	ชาย	31	
18	ชาย	31	ชาย	33	
19	ชาย	33	ชาย	31	
20	ชาย	31	ชาย	31	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้เสียบบ้าในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย จำนวน 19 คน เพศหญิง จำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีเพศชาย 19 คน เพศหญิง 1 คน ช่วงอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - 2.1 แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ในผู้เสพยาบ้า
 - 2.2 แบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า
3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - 3.2 แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า
4. สื่อประกอบการสอน
 - 4.1 วีดิทัศน์ ความรู้เรื่องยาเสพติดเรื่อง “เส้นตาย”
 - 4.2 วีดิทัศน์ nick บุคคลตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ด้วยการผสมผสาน 3 แนวคิด คือ 1) การพัฒนาทักษะชีวิต ของ Botvin et al., (1995) ประกอบด้วยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเห็นคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา และ 2) การควบคุมตนเอง ของ Rosenbaum, (1990) ประกอบด้วย การฝึกการรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า ทักษะการควบคุมตนเอง และการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า และ 3) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ของ Denton & Kampfer (1994) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพยาบ้า การฝึกทักษะชีวิต การฝึกควบคุมตนเอง การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้า และพลังต้านการเสพยาบ้า

1.2 สร้างโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯ ซึ่งประยุกต์และบูรณาการจากแนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตของ Botvin et al. (1995) สำหรับการฝึกการควบคุมตนเอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดของ Rosenbaum (1990) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว จากแนวคิดของ Denton & Kampfer (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมปัจจัยที่มีผลในการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้า จากนั้นจึงกำหนดรูปแบบของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์ในการเสริมสร้างพลังต้านการเสพยาบ้า ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการ 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยเน้นให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ซึ่งในโปรแกรมจะกำหนดให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง คือในกิจกรรมที่ 1 ในกิจกรรมที่ 3 และในกิจกรรมที่ 5 เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้เสพยาบ้าและ

ครอบครัวเพื่อให้ได้รับความรู้ด้านยาเสพติดและการดูแลผู้เสพยาบ้าที่ถูกต้อง อีกทั้งมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น สร้างปฏิสัมพันธ์ และ วางแนวทางเลิกเสพยาบ้า โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้าที่เหมาะสม ส่วนกิจกรรมที่ครอบครัวไม่ได้เข้าร่วมจะมีการมอบหมายงานให้ผู้เสพยาบ่านำกลับไปทำที่บ้านร่วมกับครอบครัวและนำกลับมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งต่อไป นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้จัดทำคู่มือสำหรับผู้เสพยาบ้าและคู่มือสำหรับครอบครัว โดยการศึกษาจากตำราร่วมกับใช้ข้อมูลที่เป็นการพัฒนาทักษะต่างๆจากในส่วนของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมาจัดทำเป็นคู่มือสำหรับแจกให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวผู้เสพยาบ้า เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลและฝึกปฏิบัติสำหรับตัวผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ซึ่งแจกให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ โดยโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีรายละเอียดของกิจกรรมทั้งหมดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า

ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกกับกลุ่มผู้เสพยาบ้าและครอบครัว เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มและพยาบาล นั้นมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนที่เป็นประโยชน์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบ ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับยาบ้า มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง สาเหตุ อาการ ผลกระทบจากการเสพยาบ้า และการบำบัดรักษา ซึ่งจะทำให้ผู้เสพยาบ้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว เข้าใจถึงบทบาทของตนเองและครอบครัวเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการเลิกเสพยาบ้า โดยทั้งสองช่วงประกอบด้วยกิจกรรมย่อยๆ สรุปได้ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว 2) การให้ความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบจากการใช้ยาบ้า 3) การฝึกการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า และ 4) สรุปการทำ

กิจกรรม พร้อมมอบหมายการบ้านในเรื่องการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าและครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจ การรับรู้ความสามารถ และการเห็นคุณค่าในตนเอง แบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 พัฒนาทักษะการสำรวจตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

การจัดกิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาการสำรวจ การยอมรับตนเองและผู้อื่น ผ่านกระบวนการที่ทำให้ผู้เสพยาบ้า ได้วิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพิ่มพูนทักษะให้กับผู้เสพยาบ้า ด้วยการฝึกการเรียนรู้และรับรู้ตนเองทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด จิตดี จิตด้อย ข้อจำกัด และความสามารถของตนเอง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้เสพยาบ้า ได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม กิจกรรมนี้ดำเนินการโดยการฝึกตามขั้นตอนในใบความรู้และใบกิจกรรมการสำรวจตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม พร้อมการให้คำชมเชยและกำลังใจแก่ผู้เสพยาบ้าในการทำกลุ่ม

ช่วงที่ 2 การรับรู้ความสามารถ การเห็นคุณค่าในตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

การทำกิจกรรมครั้งนี้เป็นการพัฒนาผู้เสพยาบ้า ให้มีการรับรู้และยอมรับความสามารถของตนเอง โดยกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จเพื่อให้ผู้เสพยาบ้ากลับมาทบทวนและทำความเข้าใจถึงศักยภาพและความสามารถของตนเอง ที่จะส่งผลถึงความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองได้ โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้ 1) ทบทวนการบ้าน 2) ฝึกการสำรวจตนเองผ่านใบกิจกรรมนี้แหละตัวฉัน 3) ฝึกการรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเองผ่านประสบการณ์บุคคลตัวอย่าง nick 4) สรุปการทำกิจกรรม พร้อมมอบหมายการบ้านการสร้างคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและทักษะด้านการสื่อสาร เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว การแสดงออกถึงความต้องการและการรับรู้ข้อมูลของผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้ฝึกการสื่อสารเชิงบวกและชักชวนให้ผู้เสพยาบ้าพร้อมครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ หรือการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมให้มีการฝึกการสื่อสารผ่านการ role play ระหว่างผู้เสพยาบ้าและครอบครัว พร้อมทั้งให้การบ้านโดยให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และนำกลับมาพูดคุยในครั้งต่อไปผ่านการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในกลุ่ม โดยมีกิจกรรมย่อย

ดังนี้ 1) ทบทวนการบ้าน 2) สอนหลักการสื่อสารเชิงบวก 3) ฝึกการสื่อสารเชิงบวกจากการแสดงสถานการณ์สมมติ 4) สรุปการทำกิจกรรม พร้อมมอบหมายการบ้านเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะความสามารถในการคิด เกี่ยวกับเหตุการณ์ปัญหาในการดำเนินชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งมีการเรียนรู้ทำความเข้าใจผ่านกระบวนการคิดแบบมีวิจารณญาณได้อย่างถูกต้อง และฝึกให้ผู้เสพยาบ้ารับรู้ เข้าใจ ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถวางแผนการจัดการปัญหาได้อย่างเป็นขั้นตอน และมีแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน โดยให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะดังกล่าวผ่านสถานการณ์สมมติ และสถานการณ์จริงของสมาชิกกลุ่มเพื่อนำทักษะที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติกลับไปใช้ในสถานการณ์ที่เสี่ยงและหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้

โดยทั้งสองช่วงประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้ 1) ทบทวนการบ้าน 2) สอนทักษะเรื่องการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) สอนทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา 4) ฝึกการใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา 5) สรุปการทำกิจกรรม พร้อมมอบหมายการบ้านการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

ระยะเวลา 90 นาที โดยมีการดำเนินการ 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นการฝึกความสามารถในการรู้จัก เข้าใจ ถึงอารมณ์และความเครียดของตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ และความเครียด และพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ซึ่งวิธีการจัดการอารมณ์กับความเครียดเมื่อเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆนั้น จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่นการจัดการด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นการจัดการทางกายภาพรอบๆ ตัวให้ดีขึ้น อีกด้านเป็นการปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของตนเองโดยการมองโลกในแง่บวก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เป็นต้น

ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด (ต่อ)

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

ในครั้งนี้เป็น การฝึกการจัดการอารมณ์ที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเสพยาบ้า โดยฝึกให้ผู้เสพยาเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้าของตนเอง ได้แก่ อารมณ์เศร้า เหงา โกรธ เป็นต้น ที่ส่งผลทำให้ไปเสพยาบ้า เพื่อการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสรุปเป็นทักษะที่ใช้เพื่อการจัดการภาวะอารมณ์เสี่ยงดังกล่าว

โดยทั้งสองช่วงเป็นการฝึกการจัดการกับอารมณ์และความเครียดนั้น ดำเนินการโดยการสอน สาทิตพร้อมการฝึกปฏิบัติจริง โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้ 1) ทบทวนการบ้าน 2) สอนเกี่ยวกับประเภทของอารมณ์เป็นเอกสารและภาพสไลด์ 3) สอนทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด 4) ฝึกการใช้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ 5) สรุปการทำกิจกรรม พร้อมมอบหมายการบ้านด้านการจัดการภาวะอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่ว และต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า

ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

เป็นกิจกรรมการฝึกให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นในแนวทางและแนวคิด จุดยืนที่ถูกต้องของตนเอง ภายใต้แรงกดดันจากเพื่อน และสังคม มีทักษะการสื่อสารเพื่อการปฏิเสธต่อรอง โดยรักษา น้ำใจเพื่อน เพื่อผลประโยชน์ของตนเอง รู้จักขั้นตอนการปฏิเสธ ในการหลีกเลี่ยงการชักชวน หรือแรงกดดันจากสถานะเสี่ยงต่างๆ ผ่านการให้ความรู้ เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิเสธ และให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติ role play ตามสถานการณ์จำลองภายในกลุ่ม พร้อมการยุติกลุ่มในการทำกิจกรรมทั้งหมด โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้ 1) ทบทวนการบ้าน 2) สอนทักษะการปฏิเสธ 3) ฝึกการใช้ทักษะการปฏิเสธ 4) สรุปการทำกิจกรรมทั้งหมด พร้อมยุติการดำเนินโปรแกรมด้วยกิจกรรมอำลา

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมโดยการเขียน ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมฯ ทุกขั้นตอน

ในแต่ละกิจกรรมอย่างละเอียด รวมทั้งจัดทำคู่มือสำหรับผู้เสพยาบ้าและคู่มือสำหรับครอบครัวที่ใช้ในโปรแกรมที่จัดทำให้เรียบร้อยแล้วนำไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในโปรแกรมฯ จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ด้วยการหาค่าความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดด้านยาเสพติด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลยาเสพติดจำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช ด้านยาเสพติด จำนวน 2 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก.) จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยใช้เกณฑ์ $CVI > .80$ ขึ้นไป (Davis, 1992) ซึ่งค่าที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.90 ซึ่งผู้ศึกษาได้ขอเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มผู้เสพยาบ้าโดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงและสอดคล้องกัน โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และการปรับปรุงแก้ไขดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 สำหรับภาพรวมการดำเนินแต่ละกิจกรรม มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ภาพรวมการกำหนดเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมควรให้ระบุวัน เวลา สถานที่ ในแต่ละครั้งว่าดำเนินกิจกรรมวันไหน สถานที่อะไร เวลาเมื่อไร ไว้ในคู่มือของผู้เสพยาบ้าที่ใช้ในกิจกรรมให้ชัดเจน

2) ควรปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งไม่ให้นานเกิน 90 นาที เพราะหากใช้ระยะเวลานานเกินกว่านี้ อาจทำให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรม

3) เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้านให้กับผู้เสพยาบ้ากลับไปทำที่บ้าน ดังนั้น ก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งต่อไป ควรมีการทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว และ ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบ้านภายในกลุ่มทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมต่อไป

ประเด็นที่ 2 มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ควรปรับใบความรู้เรื่องการตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อการเลิกเสพยาบ้าให้สอดคล้องกับกิจกรรมเป้าหมายที่แยกเป็นระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อการสรุปทำความเข้าใจให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กิจกรรมที่ 2 ให้ขยายระยะเวลาการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เหมาะสม โดยให้เพิ่มจาก 90 นาที เป็น 120 นาที เพื่อการสำรวจและการเพิ่มการรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ควรปรับปรุงขั้นตอนในกิจกรรมที่ 5 จากเดิมจะเป็นการให้ความรู้ถึงวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่กลับไปเสพยาบ้า ซึ่งจะทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้เสพยาบ้าจริง ในแนวทางแก้ไขหรือป้องกันการเสพยาบ้าที่เหมาะสมได้ ดังนั้น ควรปรับกิจกรรมเป็นการให้ผู้เสพยาบ้าค้นหาอารมณ์ของตนที่กระตุ้นให้เสพยา และหาวิธีการแก้ไขด้วยแนวคิดของตัวเองก่อนแล้วมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มถึงแนวทางแก้ไขของแต่ละคน ถ้าผู้เสพยาบ้ามีแนวคิดแก้ไขที่ไม่เหมาะสม ผู้ศึกษาก็จะได้สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องหรือการจัดการภาวะอารมณ์ที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 6 ควรมีกิจกรรมอำลา เพราะเป็นกิจกรรมครั้งสุดท้ายซึ่งเป็นการยุติการทำกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มและสมาชิกกับผู้ดำเนินการศึกษา ส่วนด้านสถานการณ์และเนื้อหาที่ใช้ในการฝึกทักษะการปฏิเสธควรเน้นเป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับยาบ้าเท่านั้น

เมื่อแก้ไขโปรแกรมฯ แล้วผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจริง ในครั้งนี้ใช้จำนวน 5 คน ในการดำเนินโปรแกรมนั้นจนครบ 6 กิจกรรม เพื่อการตรวจสอบโปรแกรมในเรื่องของความเป็นไปได้ของการจัดกิจกรรม ภาษาที่ชัดเจน

และเข้าใจง่ายกับกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมในเรื่องของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งได้พบปัญหาดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารกับครอบครัว พบว่า เมื่อให้มีการแสดงบทบาทสมมุติการสื่อสารเชิงบวก ผู้เสพยาบ้าจะไม่ค่อยกล้าแสดงออกทำให้เสียเวลานานกับกิจกรรมนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ปรับการออกมาแสดงบทบาทสมมุติโดยการจับสลากจำนวน 3-5 คู่ และมีรางวัลตอบแทน จึงทำให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวให้ความร่วมมือมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การแสดงภาพภาวะอารมณ์ต่างๆจะใช้แผ่นภาพ ซึ่งพบปัญหาว่าผู้เสพยาบ้าและครอบครัวบางคนมองภาพไม่ชัด ทำให้ขาดความสนใจในกิจกรรมช่วงนี้ ผู้ศึกษาจึงได้เปลี่ยนมาใช้ภาพในคอมพิวเตอร์ที่ฉายขึ้นจอขนาดใหญ่ ก็ทำให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวมองภาพได้ชัดเจนและสนใจในเนื้อหามากขึ้น

หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อการสร้างโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์และใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ในผู้เสพยาบ้า เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ศุภร ชินะเกตุ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ซึ่งแยกเป็นทั้งคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1-8) ข้อที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ข้อ 2,5,7 2) ทักษะชีวิต ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 9- 16) ข้อที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ข้อ 11,12 และ 3) การรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 17- 24) ข้อที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ข้อ 18 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของลิเคิร์ท (Likert's Rating Scale) โดยข้อคำถามมีค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด โดยกำหนดคะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ		
น้อยที่สุด	เท่ากับ	1	เท่ากับ	5
น้อย	เท่ากับ	2	เท่ากับ	4
ปานกลาง	เท่ากับ	3	เท่ากับ	3
มาก	เท่ากับ	4	เท่ากับ	2
มากที่สุด	เท่ากับ	5	เท่ากับ	1

คิดคะแนนเฉลี่ยโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถาม และแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ช่วง ดังนี้

1.00-1.49	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย
2.50-3.49	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก
4.50-5.00	มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษากำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่าหลังได้รับโปรแกรม การฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯ ผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง ต้องมีคะแนนการประเมินตนเองตามแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) และหากพบว่าผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองรายใดมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาและผู้เสพยาบ้ารายนั้น จะร่วมกันประเมินและทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น และพัฒนาทักษะบางประการที่พบว่ายังขาดเพิ่มเติมจนกว่าจะมีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นั้นผู้ศึกษาได้นำแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดด้านยาเสพติด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลยาเสพติดจำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านยาเสพติด จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ ความสอดคล้องมาก (4 คะแนน) สอดคล้องปานกลาง (3 คะแนน) สอดคล้องน้อย (2 คะแนน) และไม่สอดคล้อง (1 คะแนน) และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างแต่ละข้อได้ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ $CVI > .80$ ขึ้นไป (Davis, 1992) ได้ค่า เท่ากับ .92 จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มผู้เสพยาบ้าประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขมีดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 1 ควรปรับจากเดิม“ข้าพเจ้ารีบทำการบ้านให้เสร็จเรียบร้อยก่อนไปเที่ยวเสมอ” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารีบทำงานให้เสร็จเรียบร้อยก่อนไปเที่ยว”

ข้อคำถามที่ 5 ควรปรับจากเดิม“เวลาทำงานถ้ามีใครมาส่งเสียงดังข้างๆ ข้าพเจ้าจะทำต่อไปไม่ได้” แก้ไขเป็น “เวลาทำงานที่ต้องใช้สมาธิ ถ้ามีใครมาส่งเสียงดังข้างๆ ข้าพเจ้าจะทำต่อไปไม่ได้”

ข้อคำถามที่ 6 ควรปรับจากเดิม“เวลาดีใจหรือเสียใจมาก ข้าพเจ้าจะไม่ค่อยแสดงอาการนั้นมากจนเกินไป”แก้ไขเป็น “เวลาที่ข้าพเจ้าดีใจหรือเสียใจต่อเหตุการณ์ในชีวิต ข้าพเจ้าจะไม่ระบายอารมณ์ด้วยการเสพยาบ้า”

ข้อคำถามที่ 8 ควรปรับจากเดิม“เมื่อข้าพเจ้าเห็นเพื่อนกำลังดื่มสุรา ข้าพเจ้ารู้สึกไม่อยากจะเข้าไปร่วมกลุ่มด้วย” แก้ไขเป็น “เมื่อข้าพเจ้าอยู่กับเพื่อนที่กำลังเสพยาบ้า ข้าพเจ้ารู้สึกไม่อยากจะเสพยาบ้าด้วย และต้องการแยกออกไปจากกลุ่ม”

ข้อคำถามที่ 9 ควรปรับจากเดิม “ข้าพเจ้ามองอะไรแล้วสามารถวิเคราะห์ได้ในหลายแง่มุม” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าสามารถวิเคราะห์ปัญหาต่างๆได้ในหลายแง่มุม”

ข้อคำถามที่ 12 ในหัวข้อทักษะชีวิตขาดข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิเสธสิ่งชั่วร้าย ให้ปรับข้อคำถามข้อที่ 12 จากเดิม “ข้าพเจ้าทำอะไร โดยไม่ต้องวางแผนล่วงหน้า” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าไม่กล้าปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน หากข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดี” และข้อคำถามที่ 16

“ข้าพเจ้าเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในห้องทุกครั้ง” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงจากเพื่อนกลุ่มที่เสพยาบ้าทุกครั้ง”

ข้อคำถามที่ 14 ควรปรับจากเดิม “ข้าพเจ้าสามารถทำงานร่วมกับเพื่อนๆ ได้เป็นอย่างดี” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าสามารถควบคุมอารมณ์และทำงานร่วมกับเพื่อนๆ ได้เป็นอย่างดี”

ข้อคำถามที่ 15 ควรปรับจากเดิม “ข้าพเจ้าพยายามที่จะหาแนวทางเพื่อมาพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มากยิ่งขึ้น” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้าพยายามพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ”

ข้อคำถามที่ 17 ควรปรับจากเดิม “การติดยาเสพติดทำให้เสียสุขภาพ” แก้ไขเป็น “การติดยาบ้าเริ่มจากการเสพยาเป็นครั้งคราว สูการใช้ถี่ขึ้นจนใช้ทุกๆ วัน”

ข้อคำถามที่ 18 ควรปรับจากเดิม “การดื่มเหล้า สูบบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็นในการเข้าสังคม” แก้ไขเป็น “การดื่มเหล้า สูบบุหรี่เป็นสิ่งธรรมดาในการเข้าสังคม”

ข้อคำถามที่ 19 ควรปรับจากเดิม “ข้าพเจ้ารู้ว่าจะสามารถหาซื้อยาเสพติดได้จากที่ใด” แก้ไขเป็น “ข้าพเจ้ารู้ว่าจะสามารถหาซื้อยาบ้าได้จากที่ใด แต่ข้าพเจ้าไม่คิดจะเสพยาบ้าอีก”

และให้แก้ทุกคำที่เขียนว่า ยาเสพติด ให้ใช้เป็นการเรียกเฉพาะว่า “ยาบ้า” แทน ได้สอดคล้องกับชื่อเรื่องของงานวิจัย

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้เสพยาบ้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ที่ใช้นี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .75 ดังปรากฏผลการวิเคราะห์ในภาคผนวก ข

2.2 แบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า เป็นแบบวัดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการศึกษาตำรา เอกสาร แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องยาบ้า โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่ถูกต้อง ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ข้อความที่ไม่ถูกต้อง ใช่ ได้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์กำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษากำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่าหลังได้รับโปรแกรม การฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโปรแกรมในกิจกรรมที่ 6 ครอบครัวของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง ต้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาบ้าถูกต้องร้อยละ 80 ขึ้นไป (ตอบถูก 8 ข้อ ขึ้นไป) หากพบว่าสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองรายใดมีคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนน คือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาและสมาชิกครอบครัวผู้นั้น จะร่วมกันประเมินและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดจนกว่าครอบครัวจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้า ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ ความสอดคล้องมาก (4 คะแนน) สอดคล้องปานกลาง (3 คะแนน) สอดคล้องน้อย (2 คะแนน) และไม่สอดคล้อง (1 คะแนน) และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างแต่ละข้อได้ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ $CVI > .80$ ขึ้นไป (Davis, 1992) ได้ค่า เท่ากับ .90 จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มผู้เสพยาบ้า ประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไขมีดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 2 ควรปรับ “การรักษาผู้เสพยาบ้าจะใช้การรักษาด้วยยาเท่านั้น” แก้ไขเป็น “การรักษาผู้เสพยาบ้า จะเลิกเสพยาบ้าได้เด็ดขาดต้องใช้การรักษาด้วยยาเท่านั้น”

ข้อคำถามที่ 3 ควรปรับ “การเสพติดยาบ้า เกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม” แก้ไขเป็น “การเสพติดยาบ้า สาเหตุเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม”

ข้อคำถามที่ 4 ควรปรับ “การเสพยาบ้าของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อผู้เสพยา ครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้” แก้ไขเป็น “การเสพยาบ้าจะส่งผลกระทบต่อผู้เสพยา ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ”

ข้อคำถามที่ 6 ควรปรับ “การสื่อสารไม่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาบ้าให้เลิกเสพยาบ้าได้” แก้ไขเป็น “การพูดคุยให้คำปรึกษาไม่มีความสำคัญ ในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาบ้าให้เลิกเสพยาบ้าได้”

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มครอบครัวผู้เสพยาบ้า จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบประเมินความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้า ที่ใช้นี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .72

ส่วนที่ 2 แบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า เกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมายในแต่ละกิจกรรม เป็นเครื่องมือ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการทำการบ้านตามที่มอบหมายร่วมกับผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดแต่ละครั้ง เป็นแบบเลือกตอบ “ทำ” (ให้ 1 คะแนน) หรือ “ไม่ทำ” (ให้ 0 คะแนน) ตามความเป็นจริงโดยผู้ศึกษาเป็นผู้ตรวจสอบจากใบงาน มีจำนวน 6 กิจกรรม

เกณฑ์กำกับการทดลอง จะประเมินรวมเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 จากกิจกรรมการบ้านที่มอบหมายให้ผู้เสพยาบ้า นำกลับไปตอบกับครอบครัวและนำมาส่งในกิจกรรมครั้งต่อมา โดยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า คะแนนเต็มเท่ากับ 6 คะแนน ภายหลังการทดลองครอบครัวจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 หรือ 4.8 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้าตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 4.8 คะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดนั้นแสดงว่าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้าน้อย หากพบเช่นนี้ผู้ศึกษาจะต้องให้คำแนะนำกับครอบครัวเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้าให้มากขึ้น

เครื่องมือนี้จะดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ $CVI > .80$ ขึ้นไป (Davis, 1992) ได้ค่า เท่ากับ .83 จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มครอบครัวผู้เสพยาบ้า

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว รายได้ การเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก ระยะเวลารวมของการเสพยาบ้า

3.2 แบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า ผู้ศึกษาใช้แบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า ซึ่งพัฒนาโดยมนัส สุนทรโชติ (2554) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) โดยมีข้อคำถามรวม 30 ข้อ ครอบคลุมความสามารถ 3 ประการ ได้แก่ 1) การที่ผู้เสพยาบ้ามีโอกาสเข้าถึงยาเสพติด หรือมีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) แต่ผู้เสพยาบ้าเลือกที่จะไม่เสพ ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 1 ถึง ข้อ 10 2) การที่ผู้เสพยาบ้าใช้เหตุผลหลายๆ อย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 11 ถึง ข้อ 20 และ 3) การที่ผู้เสพยาบ้าใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 21 ถึง ข้อ 30 รวมทั้งหมด 30 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมของทุกข้อคำถาม ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 150 คะแนน และแปลความหมายค่าคะแนนของพลังด้านการเสพยาบ้า ด้วยการนำคะแนนรวมมาพิจารณาตามเกณฑ์แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (มนัส สุนทรโชติ, 2554)

คะแนน	การแปลความหมาย
(00.00 - 30.00)	พลังด้านการเสพยาบ้าระดับน้อยที่สุด
(30.10 - 60.10)	พลังด้านการเสพยาบ้าระดับน้อย
(60.20 - 90.20)	พลังด้านการเสพยาบ้าระดับปานกลาง
(90.30 - 120.30)	พลังด้านการเสพยาบ้าระดับมาก
(120.40 - 150.00)	พลังด้านการเสพยาบ้าระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้าไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ ความสอดคล้องมาก (4 คะแนน) สอดคล้องปานกลาง (3 คะแนน) สอดคล้องน้อย (2 คะแนน) และไม่สอดคล้อง (1 คะแนน) และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเขียนข้อเสนอแนะในช่องว่างแต่ละข้อได้ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

โดยใช้เกณฑ์ $CVI > .80$ ขึ้นไป (Davis, 1992) ได้ค่า เท่ากับ .90 จากการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าผ่านเกณฑ์คุณภาพ แต่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ดังต่อไปนี้

คำถามข้อที่ 1 “ฉันชอบแสวงหาความแปลกใหม่ด้วยการทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อไม่ต้องไปเสพยาบ้า” แก้ไขเป็น “ฉันพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดทั้งวัน เพื่อไม่ต้องไปเสพยาบ้า”

คำถามข้อที่ 8 “การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิก อบต. หรือแกนนำชุมชนมีส่วนทำให้ฉันเลิกเสพยาบ้าได้” แก้ไขเป็น “การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิก อบต. หรือแกนนำชุมชน มีส่วนทำให้ฉันเลิกเสพยาบ้าได้”

คำถามข้อที่ 9 “พ่อแม่หรือคนในครอบครัวไม่เคยให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาของฉัน ฉันจึงต้องเสพยาบ้า” แก้ไขเป็น “พ่อแม่หรือคนในครอบครัวได้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาของฉัน ฉันจึงเลิกเสพยาบ้า”

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เสพยาบ้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่า เท่ากับ .95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาดำเนินการทดลอง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะชีวิต และการควบคุมตนเอง โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการทำกลุ่มบำบัดผู้เสพยาบ้าแบบกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้เสพยาบ้า ในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง ภายใต้วินัยการฝึกที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ด้านยาเสพติดโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นเวลา 1 เดือน

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่เข้าทำการศึกษา

1.4 จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรีที่เข้าทำการศึกษา เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้

ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ในจังหวัดสุพรรณบุรีที่เข้าทำวิจัย ผู้ศึกษาเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้เสียหาย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับ การเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอกบำบัดยาเสพติดกับหัวหน้าแผนกบำบัดยาเสพติด ที่มีผู้เสียหายเข้ารับการบำบัดอยู่

1.6 ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด โดยเข้าพบพยาบาลที่ให้การบำบัด แนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วขออนุญาตตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้ศึกษาให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้ศึกษาพบกลุ่มผู้เสียหายที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง จากนั้นขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดพลังต้านการเสพติด (pretest) โดยต้องคำนึงถึงความยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นหลัก ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมชี้แจงสิทธิต่างๆ การเก็บความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลจริง

1.9 ผู้ศึกษาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ อายุ เพศ ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้ แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและ สมาชิกครอบครัวของผู้เสียหายในกลุ่มทดลอง ซึ่ง (เป็นผู้ดูแล เช่น พ่อ แม่ ภรรยา บุตร หรือญาติสนิท) ครอบครัวละ 1 คน รวม 20 คน

1.9.1 กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาทำการวัดพลังต้านการเสพติด โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพติด ก่อนการทดลอง (Pretest) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.9.2 กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาทำการวัดพลังต้านการเสพติด โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพติดก่อนการทดลอง (Pretest) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 การดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำจดหมายถึงหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราชอยู่ เพื่อขออนุญาตนำผู้เสียหายมาเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต

แบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯ พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม และทำการวัดพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนและสมาชิกครอบครัวผู้เสพยาบ้า อีก กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้ศึกษามีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมทุกครั้ง

3. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ศึกษาทำการกำกับกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบสอบถามเกี่ยวกับ ทักษะชีวิต การควบคุมตนเอง และความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และแบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า

กลุ่มควบคุม

1. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการดูแลตามปกติที่จะได้รับขณะเมื่อมาบำบัดยาเสพติดตามโปรแกรมการบำบัดของทางโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก

2. ผู้ศึกษาทำการวัดพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า

3. ผู้ศึกษานัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อขอความร่วมมือในการวัดพลังต้านการเสพยาบ้า (Posttest) พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับผู้เสพยาบ้าให้กับผู้เสพยาบ้าเพื่อศึกษาและใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดย
ครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรม	กลุ่มที่ (จำนวน สมาชิก)	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้า และครอบครัว ให้ความรู้เรื่อง ยาบ้าและผลกระทบร่วมกับการ ตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	18 มี.ค.57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	18 มี.ค.57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการสำรวจตนเอง การรับรู้ความสามารถ และการ เห็นคุณค่าในตนเอง	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	25 มี.ค.57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	25 มี.ค.57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	1 เม.ย.57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	1 เม.ย.57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
กิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะการ คิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญห	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	8 เม.ย.57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	8 เม.ย.57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะการ คิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญห	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	11เม.ย.57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	11เม.ย.57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาบรมราช

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กิจกรรม	กลุ่มที่ (จำนวน สมาชิก)	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 5 ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะการ จัดการกับอารมณ์และความเครียด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	22เม.ย 57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	22เม.ย 57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมราช
ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะการ จัดการกับอารมณ์และความเครียด (ต่อ)	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	25เม.ย 57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	25เม.ย 57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมราช
กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งชั่วร้าย และต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่ม เพื่อนที่เสพยาบ้า	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	2 พ.ค.57	9.00-11.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมราช
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	2 พ.ค.57	13.00-15.00	คลินิกยาเสพติด ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมราช

การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้มีการประเมินผลแต่ละกิจกรรมไว้ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว และให้ความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบ ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ในที่นี้จะเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัวของผู้เสพยาบ้าให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง

2. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของผู้เสพยาบ้าในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯได้

2. ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวมีการสร้างสัมพันธภาพกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการทำกลุ่ม

เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกกับกลุ่มผู้เสพยาบ้าและครอบครัว เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้เสพยาบ้ามีการพัฒนาความสามารถในตนเอง และประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มและพยาบาล จะส่งผลให้เกิดความคุ้นเคย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนที่เป็นประโยชน์ต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้

สื่อการสอนอุปกรณ์

1. กระดาษโปสเตอร์ (Flip chart)
2. ปากกา
3. กระดาษแข็ง
4. ซองใส่ป้ายชื่อ
5. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ชัยชนะ
6. วีดิทัศน์ ความรู้เรื่องยาเสพติดเรื่อง “เส้นตาย”
7. คู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด พร้อมตารางนัดหมายการทำกิจกรรม สำหรับผู้เสพยาบ้า
8. คู่มือความรู้เรื่องทักษะชีวิตแบบบูรณาการในการป้องกันการเสพยาเสพติดสำหรับครอบครัว

การประเมินผล

ช่วงที่ 1 หลังจากดำเนินการตามขั้นตอน พบว่า

ผู้เสพยาบ้าทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มมีความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมด้วยความเต็มใจ โดยประเมินจาก ผู้เสพยาบ้าที่ทำตามขั้นตอนของกิจกรรม เปิดเผยข้อมูลของตนเองโดยบอกชื่อที่อยู่ของตนเองในกลุ่ม ด้วยสีหน้าที่แจ่มใส และกล่าวว่าเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมในครั้งนี้อีกทั้งพูดคุยและเล่าเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองให้กับเพื่อนสมาชิกและผู้นำกลุ่มทราบแต่ก็มีสมาชิกกลุ่มบางคนเงิบเฉยไม่กล้าเล่าถึงปัญหาหรือข้อมูลของตนเองหรือแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ศึกษาต้องกระตุ้นให้พูดและทำกิจกรรม ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มคนนี้มีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น

เมื่อสมาชิกทุกคนในกลุ่มร่วมทำกิจกรรมแล้วพบว่า สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือ เต็มใจในการทำกิจกรรม มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันในกลุ่มสมาชิก และต่อผู้ศึกษาที่เป็นผู้นำกลุ่มในครั้งนี้ ซึ่งสังเกตได้จาก การพูดคุยกันเกี่ยวกับข้อมูลของตนเอง และมีท่าทีที่ดีไม่ต่อต้านในการทำกลุ่ม สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ว่า การร่วมกิจกรรมในโปรแกรมนี จะช่วยเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้า โดยมีทักษะชีวิตที่สามารถนำมาใช้เพื่อการดำเนินชีวิตที่หลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกครั้ง และอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นสมาชิกจึงให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และแสดงความคิดเห็นต่อผู้ศึกษาและสมาชิกได้อย่างดี

ในการทำกิจกรรมที่ 1.1 ชัยชนะ เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มค้นหาเพื่อนที่มีลักษณะหรือบุคลิกภาพที่ตรงกับในช่องต่างๆ ทั้งหมด 20 ช่อง ให้ได้มากที่สุด ซึ่งสมาชิกแสดงความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม ซึ่งผลลัพธ์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้ สมาชิกได้รู้จักกันมากขึ้น พูดคุยและคุ้นเคยกันมากขึ้น สังเกตจากรายชื่อสมาชิกในกิจกรรมที่ 1.1 และสมาชิกสามารถออกมาบอกชื่อสมาชิกท่านอื่นว่าเป็นใครและบอกลักษณะบุคลิกของเพื่อนสมาชิกได้

ช่วงที่ 2 เป็นการให้ความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบของการเสพยาบ้าร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้าจากการเข้าร่วมกิจกรรมสังเกต พบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือ โดยผู้ศึกษาซักถามเกี่ยวกับเรื่องความรู้และความเข้าใจเรื่องยาบ้า และสาเหตุผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาบ้า สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น ตอบคำถามเกี่ยวกับยาบ้าถึงความหมาย สาเหตุ อาการหลังใช้ยาบ้า และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาบ้า รวมถึงแนวทางการรักษา ได้อย่างครอบคลุมพอสมควร ดังตัวอย่างการตอบคำถามดังนี้

“ยาบ้า เป็นยาเสพติดมีลักษณะเป็นเม็ด ต้องเสพแบบเผากับกระดาษฟอยด์ มีหลายรูปแบบคือแบบเคลือบ หรือแบบไม่เคลือบก็มี สาเหตุเกิดจากเพื่อนชวนและอยากลองเสพ เมื่อเสพยาบ้าแล้วรู้สึกดี มีแรงทำงานได้มาก”

“ยาบ้า เหมือนยามี เพราะเสพแล้วรู้สึกดี ทำงานได้มาก สาเหตุจากกินเหล้า แล้วเพื่อนเอายาบ้ามาให้เสพ และอดนอนได้”

สำหรับอาการผลกระทบของการใช้ยาบ้า และการรักษานั้น สมาชิกส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นมากมาย เช่น อาการหลังเสพยาบ้าจะดูโง่ สบายไม่ต้องคิดมาก ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ต่อครอบครัวทำให้ทะเลาะไม่คุยกัน และการรักษานั้นหายได้ด้วยตัวเอง ที่ต้องห้ามใจตัวเองไม่ใช้ยาบ้า โดยมีตัวอย่างการพูดคุยดังนี้

“เวลาที่เสพยาบ้าจะทำให้ลืมทุกอย่าง อยากทำงานและสุดท้ายหลังเสพยาบ้าก็จะทำให้เพลียอยากนอน สุขภาพระยะยาวคงไม่ดี และคิดว่าถ้าตนเองยังใช้ยาบ้าต่อไปคงส่งผลเสียต่อตนเอง ครอบครัว แน่นนอน ฟุ้งงงและลูกจะเอาอย่างไรไม่ได้”

จากผลลัพธ์ตามใบกิจกรรมที่ 1.2 เรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด (ยาบ้า) และใบกิจกรรมที่ 1.3 เรื่องสาเหตุและผลกระทบของการใช้ยาบ้า พบว่า สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นพูดคุยเกี่ยวกับยาบ้า สาเหตุ ผลกระทบจากการใช้ยาบ้าได้ ดังสมาชิกที่กล่าวมาข้างต้น และมีการตอบลงในใบกิจกรรมดังกล่าวได้ทุกข้อคำถาม ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม ดังต่อไปนี้

“ยาบ้า เป็นยาเสพติดที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ลักษณะเป็นเม็ด”

“ยาบ้า มีผลกระทบต่อสมอง ร่างกาย ต่อครอบครัว ถ้าใช้นานๆ จะเกิดผลต่อจิตประสาทได้ และสาเหตุที่มันเกิดจากอยากลอง เพื่อนชวน จากสภาพแวดล้อมที่ชุมชนใช้ยาบ้ากันมาก หาซื้อง่ายจากครอบครัวที่แตกแยกกัน”

“อาการหลังใช้ยาบ้า จะทำให้กระปรี้กระเปร่า มีแรงขยัน อดนอนได้ หลังหยุดใช้จะง่วงนอน ซึม เพลีย”

“ผมว่า ถ้าจะให้เลิกเสพยาบ้าคือ ต้องมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ไปคบเพื่อนกลุ่มที่เสพยาบ้าอีก อีกทางคือ รักษาด้วยยาไปที่ถ้ากระบอก หรือไปโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ครับ” ขณะพูดคุย เพื่อนสมาชิก

จะช่วยกันเสริมในบางเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์ในเรื่องของอาการ และผลกระทบหลังใช้ยาบ้า อีกทั้งผู้ศึกษาได้เสริมในความรู้ส่วนที่สมาชิกขาดไป ตามใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องสมองติดยา

ส่วนช่วงท้ายของการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 นี้ ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมข้อมูลตามใบความรู้ที่ 1.2 เรื่องการตั้งเป้าหมายในการเสพยาบ้า ซึ่งผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความตั้งใจของตนเอง เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้

“ผมตั้งใจว่าจะเลิกเสพยาบ้าแล้ว เพราะยาบ้าทำให้ผมเปลี้ย จำได้น้อยเรียนหนังสือได้ไม่ดีไม่ทันเพื่อน โดยแม่ของสมาชิกก็เสริมว่า “ช่วงที่ลูกใช้ยาบ้าดูแล้วไม่ค่อยสนใจเรียนและขาดเรียนบ่อย ดังนั้น ถ้าเป็นไปได้จะช่วยลูกให้เลิกเสพยาบ้าให้ได้”

เมื่อผู้ศึกษาได้ให้ความรู้เรื่องการตั้งเป้าหมายชีวิต เพื่อการเลิกเสพยาบ้าแล้ว สมาชิกพร้อมครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและลงบันทึกความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าในใบกิจกรรมที่ 1.4 เรื่อง คำมั่นสัญญาเพื่อพัฒนาชีวิต ร่วมกันทั้งสมาชิกและครอบครัว และผู้ศึกษาได้มอบหมายกิจกรรมการบ้านที่ 1 เรื่องเป้าหมายชีวิต โดยกำหนดให้สมาชิกและครอบครัวร่วมกันคิดวางแผนการเลิกเสพยาบ้าร่วมกัน และบันทึกลงในใบกิจกรรมซึ่งจะตั้งเป้าหมายในอนาคตว่าจะเลิกยาบ้าอย่างไร มีขั้นตอนเพื่อนำไปสู่เป้าหมายปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมไปถึงการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่จะขัดขวางการเลิกเสพยาบ้า ซึ่งสมาชิกและครอบครัวเข้าใจการบ้านที่มอบหมายได้เป็นอย่างดี แต่ก็มีข้อซักถามจากบางคน คือ

“ผมกับแม่ต้องคิดร่วมกันสรุปและเขียนนำมาส่งทุกข้อใช่ไหมหรือเปล่าครับ”

“ผมต้องเขียนเป้าหมายเป็นข้อๆใช่ไหมครับ”

ผู้ศึกษาอธิบายความเข้าใจเพิ่มขึ้นแก่สมาชิกและครอบครัว ซึ่งสมาชิกได้แสดงท่าทีเข้าใจและพร้อมนำกลับไปทำที่บ้าน และนำมาส่งในกิจกรรมครั้งถัดไป

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการสำรวจตนเอง การรับรู้ความสามารถ และการเห็นคุณค่าในตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้า ในที่นี้จะเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 พัฒนาทักษะการสำรวจตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าเรียนรู้การรู้จักตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ
2. เพื่อให้ผู้เสพยาบ้า เกิดความตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้เสพยาบ้ามีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เสพยาบ้าบอกบุคลิกลักษณะของตนเองได้
2. ผู้เสพยาบ้าพูดถึงการยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่นได้ตามความเป็นจริง

เนื้อหาสาระ

การจัดกิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาการสำรวจ ยอมรับตนเองและผู้อื่น ผ่านกระบวนการที่ทำให้ผู้เสพยาบ้า ได้วิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลให้ความรู้เพิ่มพูนทักษะให้กับผู้เสพยาบ้า ด้วยการฝึกการเรียนรู้และรับรู้ตนเองทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด จุดดี จุดด้อย ข้อจำกัด และความสามารถของตนเอง ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะทำให้ผู้เสพยาบ้า ได้แก้ไขจุดด้อยให้พัฒนาไปในแนวทางที่เหมาะสม กิจกรรมนี้ดำเนินการโดยการฝึกตามขั้นตอนในใบความรู้และใบกิจกรรมการสำรวจตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม พร้อมการให้คำชมเชยและกำลังใจแก่ผู้เสพยาบ้าในการทำกลุ่ม

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบกิจกรรมที่ 2.1 “นี่แหละตัวฉัน”
- ใบกิจกรรมที่ 2.2 กงล้อสี่ทิศ
- วีดิทัศน์ nick บุคคลตัวอย่าง
- กระดาษ A4 ,ปากกา

การประเมิน

ช่วงที่ 1 พัฒนาทักษะการสำรวจตนเอง

การดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกของกิจกรรมที่ 2 ผู้ศึกษากล่าวทักทายสมาชิก ถึงเรื่องต่างๆ ไปเกี่ยวกับการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมกับบรรยากาศภายในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกพูดคุยด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขณะสนทนากันภายในกลุ่ม

ผู้ศึกษาได้ทบทวนกิจกรรมการบ้านครั้งที่ 1 ซึ่งสมาชิกกลุ่มทุกคนได้ให้ความร่วมมือ ทำกิจกรรมการบ้านร่วมกับครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ถึงเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้าของแต่ละบุคคล ซึ่งมีแนวทางแตกต่างกันไป ดังนี้

“ผมกับภรรยา คิดว่า เป้าหมายของการเลิกเสพยาบ้าว่าต้องเริ่มจากตัวผมก่อน คือ ไม่เสพยาบ้าอีก ทั้งอุปกรณ์การเสพยาบ้าทั้งหมด โดยจะทำให้ได้เริ่มตั้งแต่วันนี้”

“บางคนบอกว่า ผมตั้งใจเลิกยาบ้าเพื่อตนเองและครอบครัวซึ่งจะทำทันทีในการเลิกเสพยาบ้า โดยมีขั้นตอนเริ่มจากตนเองที่จะเสี่ยงยาบ้า เลิกสมาคมกับเพื่อนที่ใช้ยาบ้าแต่ปัญหาอุปสรรคของผม คือ การเข้าทำงานช่วงกลางคืน ทำให้อดทน จึงกลัวจะไปใช้ยาบ้าอีก ผมคิดว่าอาจต้องเปลี่ยนงานครับ”

“การตั้งเป้าหมายทำให้ผมกับแม่ได้คุยกันมากขึ้น และมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อเลิกเสพยาบ้าที่ชัดเจน”

หลังจากที่พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรมการบ้านที่เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายเลิกเสพยาบ้า ทุกครอบครัวมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีปฏิสัมพันธ์กันดีระหว่างครอบครัวและสมาชิกภายในกลุ่ม

เมื่อเริ่มเข้าสู่ช่วงที่ 1 พัฒนาทักษะการสำรวจตนเอง ในกิจกรรมที่ 2.1 นี่แหละตัวฉัน ด้วยการให้สมาชิก เขียนบุคลิกลักษณะของตัวเองว่าเป็นอย่างไร บันทึกในใบกิจกรรม ซึ่งจากการสังเกตพฤติกรรม ความร่วมมือ และความสนใจ สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือรู้จักตัวตนของตนเองทั้งด้าน

บวกและด้านลบ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เปิดเผยตนเองและยอมรับผู้อื่นพร้อมรับฟังความคิดเห็นต่อกันในกลุ่มได้ ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ผมเป็นคนใจร้อน โกรธง่าย แต่หายไว ให้ความสำคัญกับครอบครัว แต่ก็ชอบคลุกคลีอยู่กับเพื่อน ข้อเสียคือ ไปใช้ยาบ้า ทำให้พ่อแม่เสียใจครับ”

“ผมเคยผิดพลาดมาในเรื่องเที่ยวกลางคืน ดื่มเหล้าใช้ยาบ้า แต่ตอนนี้ผมต้องการเลิกเพื่อภรรยาและลูกผม แต่ข้อเสียของผมใช้เงินเก่ง และชอบเที่ยว ดังนั้นถ้าผมเที่ยวไปกับเพื่อนที่เสพยาบ้า ผมก็จะเลิกยาได้ยาก ผมคิดว่าผมต้องใช้ชีวิตแยกจากเพื่อนให้เวลากับภรรยาและลูกให้มากขึ้น จะได้ไม่มีเวลาไปกับเพื่อน และไม่กลับไปใช้ยาบ้าอีก”

หลังจากสมาชิกได้วิเคราะห์ตนเองตามใบกิจกรรมที่ 2.2 พบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือ โดยสามารถบอกลักษณะของตนเองได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ผมคิดดูแล้ว ผมว่าตัวผมมีลักษณะคล้ายหมีครับ เพราะการเคลื่อนไหวช้า ตัวใหญ่และชอบคิดรายละเอียดมากไปในบางเรื่อง”

อีกคนพูดว่า “ผมมีลักษณะคล้ายหนูกับเหยี่ยวนะ บางครั้งผมจะคิดถึงอนาคตจากการทำงานปัจจุบัน และชอบช่วยเหลือคนอื่น กระตือรือร้น และให้กำลังใจเพื่อนที่มีปัญหาครับ”

จากผลลัพธ์ตามใบกิจกรรมที่ 2.1 และใบกิจกรรมที่ 2.2 กงล้อสี่ทิศ เป็นการวิเคราะห์ตนเองของสมาชิกในกลุ่มว่าตนมีลักษณะโดยรวมเป็นแบบใด ซึ่งพบว่า สมาชิกเข้าใจบุคลิกตนเองจากการวิเคราะห์ตามใบกิจกรรม สังเกตได้ว่าสมาชิกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม วิเคราะห์ตนเองได้อย่างดี พร้อมเปิดเผยตนเองและยอมรับเพื่อนในกลุ่มได้

ช่วงที่ 2 การรับรู้ความสามารถ การสร้างความเห็นคุณค่าในตนเอง

ในช่วงที่ 2 ของกิจกรรมนี้ ผู้ศึกษาสังเกตสมาชิกในกลุ่ม ถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม พบว่า สมาชิกรู้จักตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ รู้ถึงจุดด้อยที่ตนเองอยากปรับปรุงให้ตัวเองมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ และสมาชิกมีทัศนคติที่ดีต่อตัวเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่สร้างความภาคภูมิใจให้ครอบครัว ด้วยการเลิกเสพยาได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ผมเคยคิดว่าตัวผมเป็นคนที่ครอบครัวไม่ต้องการแล้ว เพราะใช้ยาบ้า เรียนหนังสือไม่จบ ไม่มีงานทำ แต่เมื่อผมฟังเพื่อนและพยาบาลในวันนี้ ผมคิดว่าผมก็มีส่วนดีเหมือนกัน เพราะผมเป็นคนที่อดทน รักครอบครัว ดังนั้นผมต้องเลิกเสพยาบ้าให้ได้เพื่อความภาคภูมิใจของผมและครอบครัว ผมมีกำลังใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ว่าผมมีคุณค่ากับครอบครัวมาก”

“ถ้าเทียบในพี่น้องผมแล้ว ผมมีข้อเสียคือ หัวอ่อน เชื่อเพื่อนมากไม่มีค่าอะไรในครอบครัว จึงได้หันไปเสพยาบ้า แต่วันนี้จากความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม จากเพื่อนสมาชิกทำให้ผมรู้ว่าผมมีคุณค่ามากในครอบครัว เรามีคนที่เรารักและมีคนที่รักเราอยู่ และผมก็ภาคภูมิใจที่ผมเป็นคนหนึ่งที่จะดูแลพ่อแม่ได้ โดยผมมีฝีมือการทำสวนทำไร่ได้ดี ดังนั้น ผมจะกลับไปช่วยพ่อแม่ทำสวน ดูแลพ่อแม่ พร้อมต้องเลิกเสพยาบ้าให้ได้ครับ”

“ผมรู้ว่าผมหน้าตาไม่ตี ติดยาบ้า แต่ผมก็เป็นคนรักครอบครัว ไม่เคยทำร้ายภรรยาและลูก และผมคิดว่าถึงเวลาแล้วที่ผมต้องลุกขึ้นมาเปลี่ยนชีวิตตนเอง เพื่อลูกและภรรยาได้ภาคภูมิใจในตัวผมบ้างครับ”

“ผมว่าบุคคลตัวอย่างในวิดีโอ เขาไม่มีแขนขา เขายังไม่ใช้ยาบ้า ทำประโยชน์มากมายและคนอย่างผมที่มีครบทุกอย่างผมก็ทำได้ ไม่มีอะไรสายเกินไป เมื่อผมจะเลิกเสพยาบ้าใช้ไหมครับ”

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผลลัพธ์จากใบกิจกรรม พบว่า สมาชิกฝึกปฏิบัติตามใบกิจกรรมได้ดี คือ ใบกิจกรรมที่ 2.3 ประสพการณ์บุคคลตัวอย่าง สมาชิกสามารถเรียนรู้ประสบการณ์ของบุคคลตัวอย่างแล้วหันกลับมามองตนเองได้ว่า ตนเองมีคุณค่าและความสามารถที่ไม่ต่างจากบุคคลอื่น ได้เรียนรู้ตนเองมากขึ้น ทำให้ตนมีคุณค่าและหันกลับมาแก้ปัญหาชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ใบกิจกรรมที่ 2.4 พรอหวัดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง จากการฝึกสมาชิกตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง ดังนี้

“ผมจะมีความสุข เมื่อผมอยู่กับครอบครัว และครอบครัวกล่าวคำชมเชยผมบ้าง ผมก็พอใจแล้ว แต่การที่ผมใช้ยาบ้าทำให้ผมไม่มีคุณค่าในสายตาครอบครัว ผมเลยคิดที่จะเลิกเสพยาบ้าครับ”

ผู้ศึกษาได้สรุปและเสริมแนวทางด้านบวกให้กับสมาชิกในกลุ่ม พร้อมให้แนวทางการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม และนำมาปรับใช้กับตนเองในการดำเนินชีวิตได้ พร้อมมอบหมายกิจกรรมการบ้านครั้งที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ครอบครัวและสมาชิกมีส่วนช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เรียนรู้การดูแล ให้กำลังใจกัน เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้เสพยาบ้าให้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องระหว่างผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ลดความขัดแย้งจากการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมต่อกัน
2. เพื่อการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างผู้เสพยาบ้ากับครอบครัว และบุคคลอื่นๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มสามารถระบุปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารในครอบครัว
2. สมาชิกกลุ่มมีการสื่อสารที่เหมาะสมต่อกัน

เนื้อหาสาระ

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารและทักษะด้านการสื่อสาร เกี่ยวกับการแสดงออกของอารมณ์ในครอบครัว การแสดงออกถึงความต้องการและการรับรู้ข้อมูลของผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมการฝึกการสื่อสารเชิงบวกและชักชวนให้ผู้เสพยาบ้าพร้อมครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงพอใจ หรือการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมที่เป็นการฝึกผ่าน role play ระหว่างผู้เสพยาบ้าและครอบครัว พร้อมทั้งให้การบ้านโดยให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และนำกลับมาพูดคุยกันในครั้งหน้าผ่านการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในกลุ่ม

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบความรู้ที่ 3.1 เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง การสื่อสารเชิงบวก

แสดง power point ตัวอย่างการสื่อสารเชิงบวก

การ role play เกี่ยวกับการสื่อสารเชิงบวก

การประเมินผล

ในการฝึกกิจกรรมที่ 3 นี้ มีจุดประสงค์ที่ต้องการให้สมาชิกได้เรียนรู้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเข้าใจปัญหาของการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม แล้วนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ดีคือการใช้ยาบ้า ดังนั้น ถ้าเรียนรู้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ระหว่างสมาชิกกับครอบครัวก็จะลดความขัดแย้งจากการสื่อสารระหว่างกันและการรับรู้เข้าใจความรู้สึกข้อมูลที่ต้องระหว่างกันมากขึ้น ซึ่งจากการฝึกในกิจกรรมนี้ สมาชิกทุกคนสามารถฝึกกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนี้

กิจกรรมช่วงแรก ทบทวนการบ้านที่ให้ไปครั้งที่แล้ว เมื่อให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างคุณค่าในตนเองภายในกลุ่ม ทุกคนสามารถปฏิบัติร่วมกับครอบครัวได้ ทุกครอบครัวใช้เวลาในการดูแลกันมากขึ้น พูดคุยรับฟังปัญหาของสมาชิก แต่ก็มีข้อคำถามของเพื่อนสมาชิกรายหนึ่งที่มีข้อสงสัย ต้องการสอบถามสมาชิกในกลุ่ม คือ “มี 1 เรื่องที่ให้ครอบครัวพูดให้กำลังใจกัน เมื่อตนเองทำงานหรือเลิกเสพยาบ้าได้ ซึ่งในครอบครัวไม่เคยพูดกันแบบนี้” เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้เสนอว่า “แม่เขาไม่ได้พูดให้กำลังใจ แต่ถ้ามีการแสดงท่าทียอมรับ ไว้ใจเราก็คือว่า เขาให้กำลังใจเราเหมือนกัน” ทำให้สมาชิกรายนี้รู้สึกดีขึ้นและพูดว่า “อ้อถ้าอย่างนั้นมีครับ เพราะภรรยาผมไว้ใจผม เตือนนี้ออกไปนอกบ้าน ภรรยาก็ไม่ตามเหมือนเมื่อก่อน และพูดคุยดีขึ้น”

“สำหรับผม ตอนนี้อยู่กับพ่อแม่ยายของอยู่ที่บ้าน ไม่เที่ยวกลางคืน แม่บอกว่าดีใจที่ผมเลิกพฤติกรรมที่ไม่ดี ทำให้ผมรู้สึกภูมิใจตนเองครับ”

ในความรู้ที่ 3.1 ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสื่อสาร และการสื่อสารทางบวก ผู้ศึกษาได้ให้ความรู้ก่อนที่จะฝึกปฏิบัติการสื่อสารที่เหมาะสมในครอบครัว โดยผู้ศึกษาใช้การสอนความรู้ ด้วยภาพ ใน Power point ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ให้เห็นการใช้การสื่อสารเชิงบวก และการสื่อสารเชิงลบร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารเชิงบวกดังกล่าว ซึ่งสมาชิกได้แสดงความคิดเห็นดังนี้

“เวลาผมอยู่ในบ้านและหยุดหงิด ถ้าภรรยาผมพูดดี ผมจะรู้สึกดีว่าการที่จะมาทะเลาะกันนะครับ”

“การที่ครอบครัวเข้าใจ ปลอดภัยเมื่อยามเรามีปัญหา จะทำให้ผมสบายใจกว่าที่จะมาพูดประชดกัน หรือไม่เข้าใจกัน”

จากนั้นผู้ศึกษาได้เสริมข้อมูลเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 3.2 เรื่องการสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้สมาชิกและครอบครัวสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน จากการสังเกตสมาชิกรับรู้และเข้าใจถึงการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัวดังนี้

“การพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เข้าใจ ก็จะทำให้ผมรู้สึกดี ไม่เครียด”

“เมื่อมีปัญหาแล้วหันหน้ามาพูดคุยกัน ไม่จับผิดกัน จะทำให้ผมรู้สึกดี”

ใบกิจกรรมที่ 3.1 เป็นการฝึกการใช้การสื่อสารเชิงบวกกับครอบครัวตามสถานการณ์ที่ผู้ศึกษากำหนดให้โดยแตกต่างกันไปในแต่ละคู่ ผลลัพธ์จากการฝึกทักษะการสื่อสาร พบว่า แต่ละคู่สามารถสื่อสารเชิงบวกกันได้ โดยสมาชิกแสดงความคิดเห็น ดังนี้

“การพูดให้กำลังใจ เข้าใจสามีทุกๆ ที่เราก็มโห้เขาอยู่ แรกๆรู้สึกอึดอัดนิดหน่อย แต่พอพูดแล้วก็รู้สึกว่ามันง่าย และผลตอบรับดี เพราะดูท่าที่สามียิ้มได้ค่ะ”

จากนั้นสรุปการทำกิจกรรมในครั้งนี้และมีการมอบหมายการบ้าน กิจกรรมที่ 3 ด้านการสื่อสาร เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตัวของสมาชิกและครอบครัวว่ามีการพูดคุยกันด้วยการใช้การสื่อสารเชิงบวกในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความขัดแย้ง ที่จะนำไปสู่การเลิกเสพยาบ้างหรือไม่ ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น โกรธ เครียด เสียใจ เบื่อหน่าย เป็นต้น ที่เป็นการสื่อสารกันภายในครอบครัว ซึ่งสมาชิกและครอบครัวเข้าใจและร่วมมือกันทำใบกิจกรรมการบ้านดี

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้า ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะเรื่องการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างเป็นขั้นตอน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มบอกขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้
2. สมาชิกกลุ่มปฏิบัติตามแนวทางการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหาสาระ

เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะความสามารถในการคิด เกี่ยวกับเหตุการณ์ปัญหาในการดำเนินชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆได้ มีการเรียนรู้ทำความเข้าใจผ่านกระบวนการคิดแบบมีวิจารณญาณได้อย่างถูกต้อง และฝึกให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ เข้าใจ ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถวางแผนการจัดการได้อย่างเป็นขั้นตอน และมีแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบกิจกรรมที่ 4.1 “ทำไม”
- ใบความรู้ที่ 4.1 เรื่อง ขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- ใบกิจกรรมที่ 4.2 วิเคราะห์เหตุการณ์

การประเมินผล

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมครั้งนี้ มีแนวทางวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้สมาชิกสามารถนำขั้นตอนแนวคิดไปใช้กับเหตุการณ์หรือปัญหาในการดำเนินชีวิต

เพื่อการรับรู้และเข้าใจในเหตุการณ์หรือปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อจบการทำกิจกรรม สมาชิกสามารถทำกิจกรรมได้ครบถ้วน ดังแสดงผลดังนี้

เริ่มการทบทวนการบ้านครั้งที่แล้ว ได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่มถึงการใช้การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว พบว่า สมาชิกสามารถนำไปปฏิบัติต่อกันในครอบครัวได้ค่อนข้างดีเกือบทุกข้อ โดยสมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“เดี๋ยวนี้ถ้าผมไปไหน ผมจะบอกพ่อแม่ก่อนทุกครั้ง และพ่อแม่ก็จะไม่ขัดใจและเข้าใจผมมากขึ้น กว่าแต่ก่อน”

“วันหนึ่งที่ทำงานผลเลิกช้า กลับบ้านผิดเวลา ภรรยาไม่ประชดประชันผมแต่กับถามว่าทำไมกลับช้า เหนื่อยไหม ทำให้ผมรู้สึกดีใจที่ภรรยาเข้าใจผม”

ต่อมาให้ฝึกการคิดตามใบกิจกรรมที่ 4.1 “ทำไม” เป็นเรื่องราวที่เขียนมาให้สมาชิกฝึกคิดว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อเรื่องที่อ่าน หลังจากทำกิจกรรมเสร็จ ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันต่อเรื่องที่อ่านในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกก็มีแนวคิดต่างๆ กัน ตามความคิดของตนร่วมกับผู้ศึกษาได้เสริมความรู้ขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในข้อมูลดังกล่าวอีกครั้งซึ่งพบว่า สมาชิกมีแนวคิดพิจารณาเรื่องราวในกิจกรรม “ทำไม” อย่างรอบคอบและมีหลักเหตุผลในการคิดอย่างถูกต้องมากขึ้น ดังมีการแสดงความคิดเห็นต่อการฝึกใช้ขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังนี้

“การอ่านข้อความ หรือการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ถ้าไม่มีการรวบรวมข้อมูลและประเมินข้อมูลที่ ได้มาก็คงไม่สามารถสรุปข้อเท็จจริงของเรื่องราวที่รับมาได้ครับ”

“เดิมที่ผมอ่านข่าว ผมก็จะเชื่อตามเนื้อหาที่อ่านเลยนะครับ โดยไม่ได้คิดอะไรแต่การรู้ขั้นตอนของความคิดแล้ว ทำให้ผมคิดว่าต้องมีการหาข้อมูลให้มากที่สุดก่อนสรุปเรื่องราวที่อ่าน แต่คงต้องค่อยๆ ฝึกไปละครับ”

ครั้งที่ 2 การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้า ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และสามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มบอกแนวทางปฏิบัติและระบุขั้นตอนที่ใช้ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้

2. สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ตามใบกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหาสาระ

เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะดังกล่าวผ่านสถานการณ์สมมติ และสถานการณ์จริงของสมาชิกกลุ่มเพื่อการนำทักษะที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติกลับไปใช้ในสถานการณ์ที่เสี่ยงและหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบกิจกรรมที่ 4.3 เหตุการณ์สมมติ เรื่อง ของแถม
- ใบความรู้ที่ 4.2 เรื่อง ขั้นตอนการตัดสินใจและแก้ปัญหา
- ใบกิจกรรมที่ 4.4 การแก้ไขปัญหา
- สถานการณ์จริงของสมาชิกกลุ่ม

การประเมิน

ครั้งที่ 2 การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกได้มีแนวทางและทักษะที่ใช้ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นขั้นตอน และเหมาะสม เชื่อมโยงในการนำมาใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ ซึ่งหลังจากจบกระบวนการของกิจกรรมแล้ว สมาชิกสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ดังรายละเอียดของผลลัพธ์กิจกรรมดังนี้

ทบทวนการบ้านกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการใช้ความคิดถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาบ้า โดยใช้ขั้นตอนการคิดแบบมีวิจารณญาณจากครั้งที่แล้ว โดยให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้ยาบ้าทั้งข้อดี และข้อเสียร่วมกันภายในกลุ่ม จากการสังเกตพบว่า สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นกันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ใบกิจกรรมที่ 4.3 เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกได้อ่านเหตุการณ์สมมติเรื่องของแถม เพื่อการตัดสินใจและการแก้ปัญหาของแถม เมื่อสมาชิกทุกคนอ่านเรื่องของแถมแล้ว แต่ละคนได้แสดงความคิดเห็น ตัดสินใจแก้ไขปัญหา ภายใต้การให้ความรู้โดยผู้ศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนการตัดสินใจและแก้ปัญหา ซึ่งจากการสังเกตพบว่า สมาชิกได้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม พูดคุย และแสดงความคิดเห็นโดยใช้ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

“ปัญหาของแถมนี้ พบว่า มีหลายปัญหาที่ต้องแก้ไข แต่ต้องนำมาคิดก่อนว่าปัญหาไหนที่ต้องเร่งด่วน สำคัญ และแก้ไขก่อนใช้ไหมครับ”

“ถ้าเป็นเมื่อก่อนผมแค่คิดจะเลิกเสพยาบ้าก็จบ แต่หลังจากได้เรียนรู้กิจกรรมนี้ทำให้ผมรู้ว่าแต่ละเหตุการณ์ก็จะมีปัญหาที่ต้องแก้ไขหลายอย่าง แต่เราต้องมีวิธีการหรือขั้นตอนการตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหาวะไรก่อนหลัง”

หลังจากผู้ศึกษาให้สมาชิกได้ฝึกใช้ทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในเหตุการณ์ของแถมแล้ว ได้เชื่อมโยงให้สมาชิกได้นำเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้ยาบ้าของตนเอง โดยคัดเลือกจากกลุ่มมา 1 เหตุการณ์ จากการสังเกต พบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และมีการใช้ขั้นตอนการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้เหมาะสม ก่อนสิ้นสุดการฝึกกิจกรรมครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มอบหมายการบ้านให้

กรรมการตัดสินและแก้ไขปัญหา เพื่อให้สมาชิกและครอบครัวได้นำทักษะเหล่านี้ไปฝึกใช้เมื่ออยู่ที่บ้าน ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำเครื่องหมายบันทึกลงในตารางเหตุการณ์ว่าได้ปฏิบัติหรือไม่

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม
ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม รู้จัก เข้าใจถึงอารมณ์และความเครียดของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เรียนรู้ถึงการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ และความเครียดของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มเข้าใจและอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์และความเครียดของตนเองได้
2. สมาชิกกลุ่มบอกวิธีการควบคุม และจัดการอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสมของตนเอง

เนื้อหาสาระ

เป็นการฝึกความสามารถในการรู้จัก เข้าใจ ถึงอารมณ์และความเครียดของตนเองและผู้อื่น และเรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ต่างๆ และความเครียด และพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยวิธีการจัดการกับอารมณ์กับความเครียดเมื่อเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่างๆนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่นการจัดการด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นการจัดการทางกายภาพรอบๆตัวให้ดีขึ้น อีกด้านเป็นการปรับเปลี่ยนสภาพจิตใจของตนเองโดยการมองโลกในแง่บวก การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เป็นต้น การฝึกการจัดการกับอารมณ์และความเครียดนั้นดำเนินการโดยการสอน สาธิตพร้อมการฝึกปฏิบัติจริง

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบความรู้ที่ 5.1 ภาวะอารมณ์
- ใบความรู้ที่ 5.2 การจัดการอารมณ์และความเครียด
- วิดีทัศน์/ภาพสไลด์แต่ละอารมณ์
- การแสดงบทบาทสมมติ

ครั้งที่ 2 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด (ต่อ)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม
ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จัก เข้าใจถึงอารมณ์ และมีวิธีการในการจัดการกับอารมณ์ ด้านลบที่นำไปสู่การเสพยาบ้า
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์เครียดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์ และการจัดการอารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่การเสพยาบ้า
2. สมาชิกกลุ่มแสดงวิธีการในการจัดการอารมณ์ด้านลบที่นำไปสู่การเสพยาบ้าของตนเองได้
3. สมาชิกกลุ่มใช้ทักษะในการผ่อนคลายอารมณ์ของตนเองได้เหมาะสม

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบความรู้ที่ 5.2 การจัดการอารมณ์และความเครียด
- ใบกิจกรรมที่ 5.1 ภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยา
- ใบกิจกรรมที่ 5.2 บทบาทสมมุติ
- ใบกิจกรรมที่ 5.3 การจัดการภาวะอารมณ์และความเครียด

การประเมินผล

การฝึกกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้เข้าใจอารมณ์ของตนเองและมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเหมาะสม จากการสังเกตพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในกิจกรรม สนใจ พูดคุยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภาวะอารมณ์และการจัดการอารมณ์กับความเครียดของตนเองที่เหมาะสมได้ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

บททวนการบ้านกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ทักษะความคิด การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา พบว่า สมาชิกได้นำความรู้ทักษะดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมติดตามได้จากใบกิจกรรมการบ้าน ซึ่งครอบครัวประเมินร่วมกับสมาชิกและบันทึกการปฏิบัติในใบกิจกรรม

กิจกรรมการนำเสนอ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอารมณ์ของคนเรานั้นมีภาวะอารมณ์ใดบ้าง ผ่านการเรียนรู้กันภายในกลุ่ม และนำเสนอเป็นภาพสไลด์ในแต่ละอารมณ์ พร้อมร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการจัดการภาวะอารมณ์ต่างๆ กันภายในกลุ่ม และสุดท้ายผู้ศึกษาได้สรุปความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ และการจัดการภาวะอารมณ์รวมถึงความเครียดที่เหมาะสม

กิจกรรมการฝึกการจัดการอารมณ์ที่ทำให้สมาชิกกลับไปเสพยาบ้า ซึ่งเป็นสถานการณ์จริงของตนเอง โดยฝึกผ่านใบกิจกรรมที่ 5.3 การจัดการภาวะอารมณ์และความเครียด และจากการประเมินผลลัพท์ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัตินั้น ในทุกกิจกรรม พบว่า สมาชิกได้เรียนรู้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เรียนรู้เข้าใจวิธีการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ตามสถานการณ์จริงของสมาชิก และสถานการณ์สมมุติที่กำหนด โดยสมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังนี้

“ที่บ้านผม พ่อแม่มักเอาผมไปเปรียบเทียบกับพี่ชายว่า พี่เรียนเก่ง ผมเรียนไม่ดี ต่อไปต้องลำบาก ทำให้ผมน้อยใจเลยประชดพ่อแม่ด้วยการเสพยาบ้า ตอนนั้นผมรู้แล้วว่า ณ อารมณ์ตอนนั้น ผมไม่ควรจัดการอารมณ์ด้วยการประชดประชันแบบนั้นเลย ผมเข้าใจแล้วว่าผมจัดการอารมณ์ของตนเองไม่ถูกต้อง”

“ครอบครัวของสมาชิกคนหนึ่ง กล่าวว่า ตนเองเคยดูว่าลูกชาย ที่สอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้ ทำให้ลูกชายโกรธจริงหนีออกจากบ้านไปอยู่กับเพื่อน ซึ่งถ้าตนเองเข้าใจภาวะอารมณ์ของลูกว่าลูกคงเสียใจเหมือนกัน และตนเองปลอบใจ ให้กำลังใจ ก็จะทำให้ลูกชายจัดการกับอารมณ์เสียใจของตนเองที่เหมาะสมกว่านี้”

หลังจากที่ผู้ศึกษาได้สรุปความรู้เกี่ยวกับภาวะอารมณ์ และการจัดการอารมณ์กับความเครียด ทำให้สมาชิกมีทักษะเข้าใจอารมณ์ของตนเอง รวมถึงการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม โดยการสังเกต การให้ความร่วมมือ และดูจากผลลัพธ์การทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้ศึกษาได้มอบหมายการบ้านกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะอารมณ์ เพื่อให้สมาชิกและครอบครัวบันทึกการปฏิบัติของตนเองต่อสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันว่าได้ปฏิบัติทักษะดังกล่าวอย่างไร โดยบันทึกการปฏิบัติในใบกิจกรรมการบ้านที่แจกให้

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยู่ และต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้า ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการปฏิเสธและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม เมื่อถูกชักชวนหรือการสบประมาทจากเพื่อนที่เสพยาบ้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มพูดอธิบายหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธ ผลดีผลเสียของการปฏิเสธได้
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการปฏิเสธการเสพยาบ้าและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาสาระ

เป็นกิจกรรมการฝึกให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นในแนวทางและแนวคิด จุดยืนที่ถูกต้องของตนเอง ภายใต้แรงกดดันจากเพื่อน และสังคม มีทักษะการสื่อสารเพื่อการปฏิเสธต่อรอง โดยรักษาหัวใจ เพื่อผลประโยชน์ของตนเอง รู้จักขั้นตอนการปฏิเสธ ในการหลีกเลี่ยงการชักชวน หรือแรงกดดันจากสภาวะเสี่ยงต่างๆ ผ่านการให้ความรู้ เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิเสธ และให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติ role play ตามสถานการณ์จำลองภายในกลุ่ม พร้อมการยุติกกลุ่มในการทำกิจกรรมทั้งหมด

สื่อการสอนอุปกรณ์

ใบความรู้ที่ 6.1 ทักษะการปฏิเสธ

ใบกิจกรรมที่ 6.1 แบบฝึกหัดการปฏิเสธ

บทบาทสมมุติ

การประเมินผล

กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจหลักการปฏิเสธสิ่งยั่วยุที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าได้อย่างเหมาะสม สืบเนื่องจากความร่วมมือในการทำกิจกรรม การร่วมอภิปราย และตอบข้อคำถาม พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจมีแนวทางการปฏิบัติด้านทักษะการปฏิเสธที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสมาชิกบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ได้ตามที่กำหนด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งแรก ผู้ศึกษาทบทวนการบ้านครั้งที่ผ่านมา สมาชิกทุกคนนำการบ้านมาส่ง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็นในการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ในชีวิตประจำวันหรือภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ใบความรู้ที่ 6.1 เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านการใช้ทักษะการปฏิเสธ เป็นการให้ความรู้และสอนทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุหรือแรงกดดันต่างๆ ที่จะทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้า ได้จากการสังเกต พบว่า มีการฝึกปฏิบัติตามใบกิจกรรมที่ 6.1 ทักษะการปฏิเสธตามสถานการณ์ บทบาทสมมุติได้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสมาชิกมีมุมมอง การสะท้อนความคิดเห็นดังนี้

“เวลาที่ผมได้ลองฝึกใช้ทักษะการปฏิเสธเพื่อนที่ชวนไปเที่ยวกลางคืน และเสพยาบ้าผมรู้สึกมั่นใจขึ้น เพราะเมื่อก่อนไม่อยากจะปฏิเสธเพื่อนจริงๆ กลัวเสียเพื่อน”

“ผมว่าการปฏิเสธครั้งแรกมันดูยากเหมือนกันนะ แต่ถ้าปฏิเสธครั้งต่อไปผมว่ามันมั่นใจขึ้น”

จากผลลัพธ์ของการให้ความร่วมมือตามใบกิจกรรมที่ 6.1 แบบฝึกหัดการปฏิเสธ พบว่า สมาชิกสามารถทำแบบฝึกหัดได้ครบถ้วน มีการตอบแนวทางการปฏิบัติเหมาะสมตามสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดที่เกี่ยวกับการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น

“สถานการณ์เมื่อเพื่อนชวนไปเสพยาบ้าเมื่อมีภาวะอารมณ์เครียด สมาชิกเขียนวิธีการปฏิบัติ คือ ใช้การปฏิเสธอย่างจริงว่า ผมไม่ต้องการเสพยาบ้าแล้วละนะ ผมว่าผมไปหาเพื่อนคุยหรือไปฟังเพลง และออกกำลังกายน่าจะทำให้อารมณ์เครียดของผมลดลงได้ดีกว่า เพราะมันคงเป็นแนวทางที่ดีต่อสุขภาพของผม”

เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมครบตามโปรแกรมผู้ศึกษาได้ติดตามประเมินผลโดยวัดพลังต้านการเสพยาบ้า เมื่อครบ 6 สัปดาห์ พบว่า ค่าพลังต้านการเสพยาบ้า (Posttest) มีค่าสูงขึ้น เมื่อเทียบกับการวัดครั้งแรกก่อนทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้ประเมินโดยใช้แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิตและการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดสำหรับสมาชิก และแบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า หลังดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯเสร็จสิ้นลง โดยที่คะแนนแบบวัดของทุกคนต้องผ่านเกณฑ์ แต่หากคะแนนของกลุ่มบางคนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ศึกษาจะทำความเข้าใจและให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และทำการประเมินซ้ำจนคะแนนผ่านเกณฑ์ และหลังจากทำการประเมินสมาชิกทุกคนในกลุ่ม พบว่า ทุกคนทั้ง 20 คน และครอบครัว คะแนนผ่านเกณฑ์ คือ คะแนนแบบวัดการควบคุม

ตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดได้คะแนนอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป ส่วนคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้าด้านความรู้เกี่ยวกับยาบ้าได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 88 และกิจกรรมการบ้านผู้เสพยาบ้าครอบครัวทำกิจกรรมมาส่งครบ 5 ครั้ง ได้ 5 คะแนนครบ ดังนั้นถือว่าสมาชิกทุกคนได้รับการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการอย่างครอบคลุมครบถ้วนและได้รับประโยชน์สูงสุด ได้แสดงผลคะแนนดังตารางต่อไปนี้

2.2 การกำกับการทดลอง

ศึกษาทำการกำกับการทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 6 ดังนี้

2.2.1 สำหรับผู้เสพยาบ้าให้ทำแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และความรู้ด้านยาเสพติด พบว่า ผู้เสพยาบ้ามีคะแนนแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และความรู้ด้านยาเสพติด สูงสุด 5 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดได้ 3 คะแนน แสดงให้เห็นว่าคะแนนของกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ 3 ซึ่งถือได้ว่าผู้เสพยาบ้าได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมครบและมีประสิทธิภาพ

2.2.2 ด้านครอบครัวผู้เสพยาบ้าให้ทำแบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า มี 2 ส่วน คือแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาบ้า และประเมินเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมายในแต่ละกิจกรรม พบว่า ครอบครัวผู้เสพยาบ้ามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาบ้าโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 88 และการทำงานที่ได้รับมอบหมายร่วมกับผู้เสพยาบ้า มีคะแนนโดยรวมเฉลี่ย 5.7 ซึ่งถือว่าครอบครัวผู้เสพยาบ้าได้รับความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้าที่บ้านเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าที่เหมาะสม ผู้ศึกษาได้แสดงในตารางที่ 4, 5 และ 6 ดังนี้

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่างคนที่	คะแนนแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต ๑	แปลผล
1	3	ผ่านเกณฑ์
2	3	ผ่านเกณฑ์
3	4	ผ่านเกณฑ์
4	4	ผ่านเกณฑ์
5	3	ผ่านเกณฑ์
6	4	ผ่านเกณฑ์
7	4	ผ่านเกณฑ์
8	5	ผ่านเกณฑ์
9	4	ผ่านเกณฑ์
10	4	ผ่านเกณฑ์
11	4	ผ่านเกณฑ์
12	4	ผ่านเกณฑ์
13	4	ผ่านเกณฑ์
14	4	ผ่านเกณฑ์
15	4	ผ่านเกณฑ์
16	3	ผ่านเกณฑ์
17	4	ผ่านเกณฑ์
18	4	ผ่านเกณฑ์
19	4	ผ่านเกณฑ์
20	4	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 ระดับคะแนนหลังดำเนินการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีระดับคะแนนสูงสุด 5 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน ซึ่งพบว่าภายหลังที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมแล้ว กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ผ่านเกณฑ์ที่ใช้กำกับการทดลองทุกคน โดยการศึกษาครั้งนี้ให้คะแนนการผ่านเกณฑ์ที่ระดับคะแนน 2.50-3.49 ขึ้นไป (ศุภร ชินะเกตุ, 2553)

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง คนที่	คะแนนความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้า (ร้อยละ)	แปลผล
1	80	ผ่านเกณฑ์
2	80	ผ่านเกณฑ์
3	90	ผ่านเกณฑ์
4	80	ผ่านเกณฑ์
5	90	ผ่านเกณฑ์
6	90	ผ่านเกณฑ์
7	100	ผ่านเกณฑ์
8	80	ผ่านเกณฑ์
9	80	ผ่านเกณฑ์
10	90	ผ่านเกณฑ์
11	90	ผ่านเกณฑ์
12	80	ผ่านเกณฑ์
13	100	ผ่านเกณฑ์
14	100	ผ่านเกณฑ์
15	80	ผ่านเกณฑ์
16	90	ผ่านเกณฑ์
17	80	ผ่านเกณฑ์
18	100	ผ่านเกณฑ์
19	90	ผ่านเกณฑ์
20	90	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีคะแนนสูงสุดได้เต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ และมีคะแนนต่ำสุดได้ 80 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งถือได้ว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดในครั้งนี้แล้ว ครอบครัวของกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกคน โดยการศึกษาครั้งนี้ตั้งเกณฑ์การผ่านไว้ที่ 80 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

ตารางที่ 6 คะแนนการบ้านกิจกรรมที่ได้มอบหมายให้ทำร่วมกับครอบครัวในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง คนที่	คะแนนการบ้านกิจกรรมที่ได้มอบหมาย (ร้อยละ)	แปลผล
1	6	ผ่านเกณฑ์
2	6	ผ่านเกณฑ์
3	6	ผ่านเกณฑ์
4	5	ผ่านเกณฑ์
5	6	ผ่านเกณฑ์
6	6	ผ่านเกณฑ์
7	5	ผ่านเกณฑ์
8	6	ผ่านเกณฑ์
9	6	ผ่านเกณฑ์
10	6	ผ่านเกณฑ์
11	6	ผ่านเกณฑ์
12	6	ผ่านเกณฑ์
13	5	ผ่านเกณฑ์
14	6	ผ่านเกณฑ์
15	6	ผ่านเกณฑ์
16	5	ผ่านเกณฑ์
17	6	ผ่านเกณฑ์
18	6	ผ่านเกณฑ์
19	6	ผ่านเกณฑ์
20	5	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนการบ้านกิจกรรมที่ได้มอบหมายของครอบครัวในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีคะแนนสูงสุดได้เต็ม 6 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดได้ 5 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดในครั้งแล้ว ครอบครัวของกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกคน โดยการศึกษาครั้งนี้ตั้งเกณฑ์การผ่านไว้ที่ 4.8 คะแนนขึ้นไป

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนทดลอง และวัดซ้ำทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ซึ่งมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง

3.1.1 ประเมินคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลอง (Pretest) 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบแบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า

3.1.2 ภายหลังจากตอบแบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้าแล้ว ผู้ศึกษาได้เริ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ถัดไปด้วย โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 90 นาที จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

3.1.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ผู้ศึกษาทำการประเมินพลังต้านการเสพยาบ้า (Posttest) โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า

3.2 กลุ่มควบคุม

3.2.1 กลุ่มควบคุมผู้ศึกษาได้ทำการวัดพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลอง (Pretest) 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบแบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้าพร้อมกันกับกลุ่มทดลอง

3.2.2 ผู้ศึกษาได้อธิบายขั้นตอนในการทดลอง และนัดหมายว่าจะพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในอีก 6 สัปดาห์ถัดไปหลังจากการทดลองสิ้นสุดเพื่อวัดพลังต้านการเสพยาบ้าพร้อมกันทั้ง 20 คน

3.2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลองตามที่นัดหมายข้างต้น ผู้ศึกษาได้ทำการวัดพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำอีกครั้ง (Posttest) ทั้งหมด 20 คน

3.2.4 ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้าทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

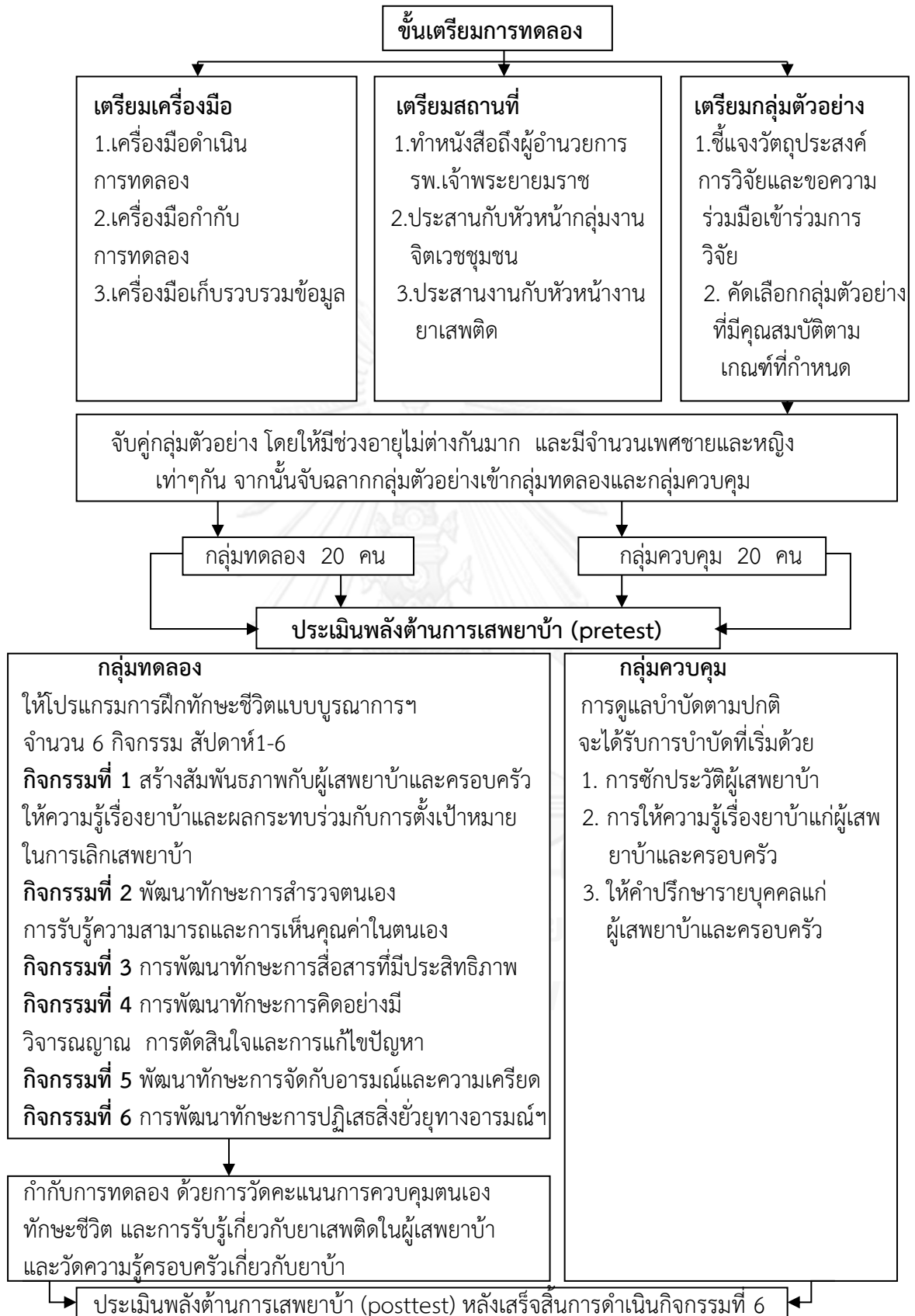
เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลรัฐ ที่เข้าเก็บข้อมูลแล้ว จากนั้นผู้ศึกษาได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าพบ เพื่อบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย และตอบข้อซักถามจากกลุ่มจนเข้าใจ และชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นจะไม่มีเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้ศึกษาจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้ศึกษาได้เข้าพูดคุยทำความเข้าใจ และแจกเอกสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับยาบ้าสำหรับผู้สนใจ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ได้รับก่อนการทดลอง พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง ในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01



ภาพที่ 4 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง ซึ่ง (เป็นผู้ดูแล เช่น พ่อ แม่ ภรรยา บุตร หรือญาติสนิท) ครอบครัวละ 1 คน รวม 20 คน โดยมีการวัดพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

ผู้ศึกษาได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองระหว่าง ผู้เสพยาบ้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้เสพยาบ้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้า จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	19	95	19	95	38	95
หญิง	1	5	1	5	2	5
อายุ ($\bar{x}=25.32$, $SD=5.59$)						
15-20 ปี	5	25	5	25	10	25
21-25 ปี	5	25	5	25	10	25
26-30 ปี	5	25	5	25	10	25
31-34 ปี	5	25	5	25	10	25
สถานภาพสมรส						
โสด	11	55	10	50	21	52.5
คู่	8	40	6	30	14	35
หม้าย	-	-	2	10	2	5
หย่า	1	5	1	5	2	5
แยกกันอยู่	-	-	1	5	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	45	11	55	20	50
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	35	9	45	16	40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	20	-	-	4	10
อาชีพ						
ว่างงาน	1	5	-	-	1	2.5
รับจ้าง	12	60	13	65	25	62.5
เกษตรกรรม	5	25	5	25	10	25
ค้าขาย	2	10	2	10	4	10

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 95 มีช่วงอายุเท่ากันทั้ง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 55 และ 50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ และผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และ 55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้า จำแนกตาม รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระยะเวลาการเสพยาบ้า ความถี่ในการเสพยาบ้า และสัมพันธภาพในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว ($\bar{x} = 7247.50, SD = 4194.8$)						
0-5,000 บาท/เดือน	10	50	9	45	19	47.5
5,001-10,000 บาท/เดือน	7	35	10	50	17	42.5
10,001-15,000 บาท/เดือน	1	5	1	5	2	5
มากกว่า 15000 บาท/เดือน	2	10	-	-	2	5
ระยะเวลาการเสพยาบ้า ($\bar{x} = 4.35, SD = 3.25$)						
< 5 ปี	12	60	18	90	30	75
6 -10 ปี	6	30	2	10	8	20
11-15 ปี	1	5	-	-	1	2.5
16-20 ปี	1	5	-	-	1	2.5
ความถี่ในการเสพยาบ้า/เดือน ($\bar{x} = 3.75, SD = 2.95$)						
1 - 3 ครั้ง	10	50	10	50	20	50
4 - 6 ครั้ง	7	35	6	30	13	32.5
7 - 10 ครั้ง	-	-	2	2	2	5
> 10 ครั้ง	3	15	2	2	5	12.5
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ราบรื่น	7	35	5	25	12	30
ไม่ราบรื่น	11	55	13	65	24	60
แยกกันอยู่	2	10	2	10	4	10

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 40 คน นั้น ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับความยาวนานในการเสพยาบ้า พบว่าส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเสพยาบ้าน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 90 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนความถี่ในการเสพยาบ้าต่อเดือนนั้นพบว่าส่วนใหญ่มีการเสพยาบ้า จำนวน 1-3 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และ เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ไม่ราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และในผู้เสพยาบ้ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้า	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	73.90	11.63	19	11.62	.000
หลังการทดลอง	103.80	5.58			
กลุ่มควบคุม (n=20)					
ก่อนการทดลอง	72.44	9.46	19	6.96	.000
หลังการทดลอง	82.61	5.29			

ตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง วัตก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยระดับคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองเท่ากับ 73.90 (SD=11.63) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 103.80 (SD= 5.58) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษานั้นเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษา ข้อที่ 1 คือ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้เสพยาบ้าจะมีพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าในกลุ่มควบคุม วัตก่อนและหลังการทดลองนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองเท่ากับ 72.44 (SD= 9.46) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 82.05 (SD= 5.29) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล จำแนกตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้า				ผลต่างของคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้า	
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
1	54	98	70	86	44	16
2	68	100	53	85	32	32
3	97	106	67	77	9	10
4	58	89	63	76	31	13
5	68	114	82	88	46	6
6	68	101	87	87	33	0
7	55	105	62	77	50	15
8	80	104	76	88	24	12
9	96	100	77	85	4	8
10	81	105	74	80	24	6
11	81	105	85	89	24	4
12	86	109	76	84	23	8
13	72	102	77	82	30	5
14	76	104	63	75	28	12
15	81	108	70	79	27	9
16	72	105	63	75	33	12
17	71	113	76	86	42	10
18	65	108	62	76	43	14
19	73	98	69	76	25	7
20	76	102	85	90	26	5
\bar{X}	73.90	103.80	72.44	82.61	29.90	10.20
SD	11.63	5.58	9.46	5.25	11.51	6.91
t		11.62		6.95		6.31

ตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการทดลอง เท่ากับ 73.90 (SD=11.63) และ 72.44 (SD=9.46) ตามลำดับ ส่วน ในช่วงหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 103.80 (SD=5.58) และ 82.61 (SD= 5.25) ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าระหว่างก่อนและหลังการทดลอง สูงกว่าผลต่างที่พบในกลุ่มควบคุม คือ มีค่าเท่ากับ 29.90 (SD = 11.51) และ 10.20 (SD= 6.91) ตามลำดับ $t = 6.31$, $p = .00$

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละด้าน

รายด้าน (ข้อ)	คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้า				ผลต่างของคะแนน	
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		พลังด้านการเสพยาบ้า	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม
ด้านเกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้ามีโอกาสเข้าถึงยาเสพติดหรือมีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) แต่ผู้เสพยาบ้าเลือกที่จะไม่เสพ คือข้อที่ 1-10	24.30	34.00	24.35	27.10	9.70	2.75
ด้านเกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้เหตุผลหลายๆอย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า คือข้อที่11-20	24.45	34.55	24.20	27.25	10.10	3.05
ด้านที่เกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า คือข้อที่21-30	25.10	35.20	23.30	27.70	10.10	4.40

ตารางที่ 11 พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้ารายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าสูงขึ้นหลังการทดลองมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านเกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้ามีโอกาสเข้าถึงยาเสพติดหรือมีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) แต่ผู้เสพยาบ้าเลือกที่จะไม่เสพ ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 1 ถึง ข้อ 10 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.70 และ 2.75 ตามลำดับ ส่วนด้านเกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้เหตุผลหลายๆอย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 11 ถึง ข้อ 20 มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 และ 3.05 ตามลำดับ และด้านที่เกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่21 ถึง ข้อ30 มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 และ 4.40 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเข้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนหลังด้านการเสพยาบ้า	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	73.90	11.63	38	0.42	.677
กลุ่มควบคุม	72.44	9.46			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	103.80	5.58	38	12.02	.000
กลุ่มควบคุม	82.05	5.29			

ตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองเท่ากับ 73.90 (SD= 11.63) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองเท่ากับ 72.44 (SD= 9.46) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าหลังการทดลองเท่ากับ 103.80 (SD=5.58) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าหลังการทดลองเท่ากับ 82.05 (SD= 5.29) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพลังด้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังด้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. พลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. พลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้เสพยาบ้าจะมีพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. พลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ และครอบครัวผู้เสพยาบ้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาบ้า อายุ 15-34 ปี ที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ในระบบบังคับบำบัด และถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง ซึ่ง (เป็นผู้ดูแล เช่น พ่อ แม่ ภรรยา บุตร หรือญาติสนิท) ครอบครัวละ 1 คน รวม 20 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit & Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองศึกษาของ SIRAPAT SOTTHIYAPAI (2002) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบว่าต้องการกลุ่ม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมฯ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ในผู้เสพยาบ้า

2.2 แบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

3.2 แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า

4. สื่อประกอบการสอน

4.1 วีดิทัศน์ ความรู้เรื่องยาเสพติดเรื่อง “เส้นตาย”

4.2 วีดิทัศน์ nick บุคคลตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้ศึกษาดำเนินการทดลอง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดำเนินการทดลองถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ ผู้ศึกษาจึงได้มีขั้นตอนการทดลองดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้ศึกษาเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะชีวิต และการควบคุมตนเอง โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการทำกลุ่มบำบัดผู้เสพยาบ้าแบบกลุ่มโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้เสพยาบ้า ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง ภายใต้วัดผู้ควบคุมการฝึกที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ด้านยาเสพติดโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรีที่เข้าทำการศึกษา เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสุพรรณบุรีที่เข้าทำการศึกษา และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เสพยาบ้า เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับ การเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอกบำบัดยาเสพติดกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกบำบัดยาเสพติด ที่มีผู้เสพยาบ้าเข้ารับการรักษาอยู่

1.5 ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด โดยเข้าพบพยาบาลที่ให้การบำบัด แนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วขออนุญาตตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้ศึกษาให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.7 ผู้ศึกษาพบกลุ่มผู้เสพยาบ้าที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง จากนั้นขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า (pretest) โดยต้องคำนึงถึงความยินยอมของผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นหลัก ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นหลัก ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการศึกษา พร้อมชี้แจงสิทธิต่างๆ การเก็บความลับของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และเสนอข้อมูลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลจริง

1.8 ผู้ศึกษาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ อายุ และ เพศ ทำการคัดเลือกจนครบ 20 คู่ตามที่กำหนดไว้ แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แล้วดำเนินการ ดังนี้

1.8.1 กลุ่มทดลอง ผู้ศึกษาทำการวัดพลังต้านการเสพยาบ้า โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้า ก่อนการทดลอง (Pretest) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.8.2 กลุ่มควบคุม ผู้ศึกษาทำการวัดพลังต้านการเสพยาบ้า โดยใช้แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลอง (Pretest) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้

2.1 **กลุ่มทดลอง** ผู้ศึกษาได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่มๆ ละ 10 คน และได้ดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตามวันเวลาในตารางการเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้ศึกษาเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แต่ละกลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม จนครบ 6 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการศึกษาต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์

2.2 **กลุ่มควบคุม** จะได้รับการดูแลตามปกติ คือ ที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษา เริ่มด้วยการซักประวัติผู้เสพยาบ้า มีการให้ความรู้เรื่องยาบ้า และแนวทางการเลิกเสพยาบ้า การสะท้อนความคิด การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า

2.3 ผู้ศึกษาทำการกำกับการทดลองทันที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในสัปดาห์ที่ 6 ดังนี้

2.3.1 สำหรับผู้เสพยาบ้าให้ทำแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และความรู้ด้านยาเสพติด พบว่า ผู้เสพยาบ้ามีคะแนนแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และความรู้ด้านยาเสพติด สูงสุด 5 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุดได้ 3 คะแนน แสดงให้เห็นว่าคะแนนของกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ 3 ซึ่งถือได้ว่าผู้เสพยาบ้าได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมครบและมีประสิทธิภาพ

2.3.2 ด้านครอบครัวผู้เสพยาบ้าให้ทำแบบวัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า มี 2 ส่วน คือแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาบ้า และประเมินเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย ในแต่กิจกรรม พบว่า ครอบครัวผู้เสพยาบ้ามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาบ้าโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 88 และการทำงานที่ได้รับมอบหมายร่วมกับผู้เสพยาบ้า มีคะแนนโดยรวมเฉลี่ย 5.7 ซึ่งถือว่าครอบครัวผู้เสพยาบ้าได้รับความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้าที่บ้านเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าที่เหมาะสม

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้ศึกษาขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวัดหลังด้านการเสพยาบ้าโดยใช้แบบแบบวัดหลังด้านการเสพยาบ้า (Posttest) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

3.2 ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้า ก่อนและหลังการทดลอง ในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .01

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่มารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\bar{x} = 73.90, 103.80, SD = 10.32, 5.58$) ตามลำดับ $t = 11.62, P = .00$)

แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 1 คือ หลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

2. คะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\bar{x} = 103.80, 82.05, SD = 5.58,$

5.29) ตามลำดับ $t = 12.02$, $P = .00$ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังด้านการเสพยาบ้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 คือ หลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว พลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้สรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ศึกษานำเสนออภิปรายผลการวิจัย แยกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รวมถึงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 95 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีมีช่วงอายุเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 55 และ 50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รองลงมาคือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ อีกทั้งพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และ 55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ รองลงมาคือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมา คือ เกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับรายได้เฉลี่ยในครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนระยะเวลาของการเสพยาบ้า พบว่า มีระยะเวลาของการเสพยาบ้าไม่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 90 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านความถี่ในการเสพยาบ้า พบว่า ส่วนใหญ่ เสพยาบ้าจำนวน 1-3 ครั้ง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพไม่ราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมตามลำดับ

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างข้างต้นผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้เสพยาบ้าที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 55 และ 50 ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ และมีสถานภาพโสดมากถึงร้อยละ 80.10 จะเห็นได้ว่า สถิติผู้เสพยาบ้าผู้นั้นอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการใช้จ่ายยามากขึ้นในอนาคต ซึ่งช่วงวัยดังกล่าวนี้จะเป็นวัยที่แสวงหาสิ่งแปลกใหม่ในชีวิตและการทำงาน ทำให้เสี่ยงต่อการใช้จ่ายได้ง่าย

ด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 45 และ 55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณแบบเร่งด่วน ในกลุ่มผู้ถูกจับกุมเนื่องจากการกระทำความผิด เกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างเดือน กรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ที่พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มี การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (วิภา ด้านธำรงกุล, สุมาลี มาดำ, กนกศักดิ์ แฉวมิ, 2549) นั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เสพยาบ้าจะมีความรู้ที่น้อย ดังนั้นการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจต่อข้อมูล ข่าวสารหรือสถานการณ์ที่เสี่ยงต่างๆ จึงอาจไม่ดีเท่าที่ควร และทำให้เสี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้

สำหรับการประกอบอาชีพซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ อีกทั้งมีส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อเดือน ค่อนข้างต่ำ คือ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน และ 5,001-10,000 บาท/เดือน ใน กลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มธรรส สว่างบำรุง และ คณะ (2548) ที่พบว่า ผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน อาชีพหลักของผู้เสพยาบ้าและครอบครัวส่วนใหญ่ต้องใช้แรงงาน ซึ่งทำให้รายได้ของครอบครัวน้อยไปด้วย ด้วยวิถีชีวิต ดังกล่าวที่เป็นกลุ่มใช้แรงงาน หลังการทำงานก็อาจมีการรวมกลุ่มกับเพื่อนดื่มสุราและอาจใช้ยาบ้าได้ และใช้ยาบ้าในการทำงานเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น (เฉลิมศรี ราชนาจันทร์, 2553)

ในด้านระยะเวลาการรวมการเสพยาบ้า พบว่า ระยะเวลาการรวมของการเสพยาส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 90 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ความถี่ในการเสพยาบ้าต่อ เดือน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า 1-3 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้เสพยาบ้าในปัจจุบันมีผู้เสพยาบ้ารายใหม่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ (2553) ที่พบว่า ผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่จะเสพยา มานาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.71 และมีปรากฏการณ์ที่ใช้เสพยาบ้าในปริมาณและความถี่มากขึ้น เพราะการเข้าถึงยาบ้าได้ง่ายและสะดวก ยาบ้ามีในทุกพื้นที่จึงทำให้มีผู้เสพยารายใหม่เกิดขึ้นเป็น จำนวนมาก

ในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ ราบรื่น คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ จะเห็นว่าความสัมพันธ์ ในครอบครัวที่มีปัญหา ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการใช้ยาบ้าของผู้เสพยาบ้า สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ (2553) ที่ศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของผู้เสพยาบ้า พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เสพยาบ้าจะมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบห่างเหินไม่ราบรื่น ซึ่งทำให้ผู้เสพยา บ้า ใช้วิถีชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนที่เสพยาบ้า แยกตัวจากครอบครัวไม่สนใจเรียนหรือทำงาน จึง ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมคือการเสพยาบ้า

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้สนับสนุนสมมุติฐานของการศึกษาที่ตั้งไว้ ดังนี้คือ

1. คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพในกลุ่มทดลองวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($\bar{x} = 73.90, 103.80, SD=11.63, 5.58$ ตามลำดับ $t = 11.62, P = .00$) โดยผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 คือ พลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม นั้นหมายถึงว่าผู้เสพยาบ้ามีทักษะชีวิตและสามารถควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Botvin et al. (1994) และ Botvin and Grittin (2004) ที่พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต มีประสิทธิภาพในการป้องกันการใช้สารเสพติดของผู้เสพยาบ้าได้ เพราะเป็นโปรแกรมที่เพิ่มความสามารถของบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า ซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นได้ดังต่อไปนี้

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หลังการได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม นั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีส่วนช่วยพัฒนาทักษะชีวิตให้กับผู้เสพยาบ้า โดยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถ การจัดการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการปฏิเสธสิ่งยั่วยู่ทางอารมณ์ที่จะกลับไปเสพยาบ้าได้มากขึ้น ซึ่งพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้านี้เกิดจากการพัฒนาความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาบ้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองสามารถจัดการกระทำกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า อีกทั้งมีปัจจัยปกป้องในการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มมากขึ้น ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) จะเห็นได้ว่าพลังต้านการเสพยาบ้านี้ถือเป็นความสามารถของบุคคลในการป้องกันการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้ (Hawkins, catalano and miller, 1992) โดยกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมได้พัฒนาทักษะต่างๆในการต่อต้านการเสพยาบ้า โดยลดปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ได้แก่ การเผชิญความเครียด ปัจจัยเสี่ยงด้านแรงกดดันจากเพื่อนที่เสพยาบ้า ด้วยการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด ตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา รวมถึงการฝึกทักษะการปฏิเสธ และมีเพิ่มปัจจัยป้องกันด้านบุคคล คือ การควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านปัจจัยป้องกันด้านครอบครัว คือ บรรยากาศในครอบครัว ปัจจัยป้องกันด้านสังคม เรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ด้วยการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสาร จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้บุคคลเกิดพลังต้านการเสพยาบ้าสูงขึ้นนั้น จำเป็นต้องจัดการกระทำกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคล ครอบครัว สังคม เพื่อน และ สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ Frisher et al., (2005) ซึ่งเสนอว่าแนวทางในการพัฒนาให้เกิดพลังต้านการเสพยาเสพติดนั้น ต้องมีการสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดปัจจัยป้องกัน

ส่วนบุคคล เกิดทักษะทางสังคม ร่วมกับการสนับสนุนให้มีทรัพยากรอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคคลสามารถต่อสู้กับปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ (2554) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้า ดังนั้น การพัฒนาทักษะต่างๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่างภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ก็จะทำให้ผู้เสพยาบ้ามีทักษะที่จำเป็นที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อการต่อต้านการเสพยาบ้าได้เพิ่มมากขึ้นภายใต้สภาวะการณ์ที่เครียดหรือกดดันที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า ซึ่งในโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่จะเสริมสร้างทักษะต่างๆ ในการจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และส่งผลต่อการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้าในกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องยาบ้า ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้าร่วมกับครอบครัวนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและผู้เสพยาบ้ากับครอบครัว เพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจเป็นพื้นฐานสำคัญที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่นและได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน จากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือ และตั้งใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมที่ใช้ฝึกคือกิจกรรมการตั้งเป้าหมายเพื่อการเลิกเสพยาบ้า และทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ได้ให้ความรู้ข้อมูลด้านยาบ้าและผลกระทบจากการเสพยาบ้า และสร้างความตระหนักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เสพยาบ้าเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าและวางแผนการตั้งเป้าหมายเพื่อการเลิกเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าอย่างชัดเจน ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการค้นหาปัจจัยด้านบุคคล อย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับการเสพยาบ้า เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า โดยมีส่วนในการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้าได้

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสำรวจ การรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพยาบ้ามีความตระหนักเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ และรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (อ้างถึงใน Sotthiyapai, 2002) ซึ่งการที่บุคคลประเมินว่าตนเองมีความสามารถก็จะส่งผลสะท้อนให้เห็นคุณค่าของตนเอง และทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองด้วย (Rosenbeng, 1965) จากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือและสนใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการฝึกให้ผู้เสพยาบ้าเรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จที่ตนเองกระทำ ซึ่งจะส่งผลให้มองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย เป็นความรู้สึกที่ดีที่บุคคลมีต่อตนเอง ทำให้รู้สึกรักตนเองและนำไปสู่การเลิกเสพยาบ้าได้ (เสาวนีย์ สำนวน, 2545) และกิจกรรมนี้เป็นการค้นหาปัจจัยปกป้องด้านตัวบุคคล เพื่อการนำความรู้ความสามารถ ความเชื่อมั่นที่ตนมีมาใช้เพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า นั้นแสดงถึงการมีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาทักษะและความสามารถในการใช้คำพูด ภาษา และท่าทาง เพื่อการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองและรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การสื่อสารระหว่างกันกับครอบครัว ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรม พบว่า กลุ่มผู้เสพยาบ้าและครอบครัวที่ได้ผ่านการฝึกกิจกรรมการสื่อสารทุกคนเกิดความเข้าใจและเรียนรู้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นการสื่อสารทางบวก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผูกพันในครอบครัวและตัวผู้เสพยาบ้า โดยจะเป็นการช่วยลดความเสี่ยงที่จะเสพยาบ้าได้ (Denton

and Kampter, 1994) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรรัตน์ ชัยนนดี (2550) ที่พบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลจะส่งผลให้ผู้เสพยาบ้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งในกิจกรรมนี้เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัว โดยการค้นหาปัจจัยของบุคคล เพื่อการปรับปรุงรูปแบบการสื่อสารในการส่งและรับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้มีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นได้ (Hasse, 2004)

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาทักษะความสามารถในการคิด ตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน โดยทักษะนี้มีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ และนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้เสพยาบ้า ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า ผู้เสพยาบ้าทุกคนได้เกิดความรู้ เข้าใจ และฝึกปฏิบัติในกิจกรรมได้อย่างครบถ้วน และมีผลลัพธ์ที่ดีในระหว่างการฝึก ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวบุคคลในการค้นหาปัจจัยต่างๆ ของบุคคล และมีแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน และตัดสินใจพร้อมมีแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ในเรื่องของการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าซ้ำ โดยฝึกทักษะที่จำเป็นในการนำมาใช้พิจารณาเพื่อหาแนวทางหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีพลังต้านการเสพยาบ้า (มนัส สุนทรโชติ, 2554)

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวฝึกการรับรู้เข้าใจอารมณ์และความเครียดของตนเอง และเรียนรู้ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม โดยกิจกรรมนี้เป็นการฝึกทักษะที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยาบ้าและครอบครัวในการจัดการภาวะอารมณ์และความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ฝึกการใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยในกิจกรรมนี้เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านบุคคลในการค้นหาเรียนรู้สภาวะของตนเอง เพื่อปรับความคิดหาเหตุผลและแนวทางในการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มมากขึ้น (Botvin et al., 1994)

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผู้เสพยาบ้าให้มีทักษะการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาบ้าและรู้ขั้นตอนการปฏิเสธสิ่งยั่วยุต่อการเสพยาบ้าได้อย่างถูกต้อง โดยการฝึกให้ผู้เสพยาบ้ามีความตระหนักรู้ในอารมณ์และบอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้าเพื่อการปฏิเสธหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า ผู้เสพยาบ้าที่ได้ผ่านการฝึกในกิจกรรมนี้แล้วทุกคนเกิดความเข้าใจและมีแนวทางในการปฏิเสธ จากการฝึกผ่านสถานการณ์ที่เสี่ยงและสามารถเอาชนะแรงกดดันต่างๆ โดยที่ผู้เสพยาบ้าสามารถควบคุมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าได้ ซึ่งในกิจกรรมนี้เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อน โดยการค้นหาศักยภาพของตนเองพร้อมทั้งหาวิธีและเหตุผลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิเสธการเสพยาบ้า ทั้งนี้หากผู้เสพยาบ้าสามารถควบคุมตนเองในการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์และแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้าได้ดี จะส่งผลให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มมากขึ้น (มนัส สุนทรโชติ, 2554) จากนั้นผู้ศึกษาได้สรุปกิจกรรมภาพรวมและยุติการทำกลุ่ม

หลังจากดำเนินกิจกรรมครบแล้ว ได้มีการวิเคราะห์และประเมินภาพรวมภาพรวมของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้เสพยาบ้าทุกรายมีคะแนนการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ได้คะแนน 3 คะแนนขึ้นไป นั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม นี้ช่วยพัฒนาทักษะชีวิตที่ใช้เพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าให้กับผู้เสพยาบ้าได้ นั้นส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น และสำหรับครอบครัวผู้เสพยาบ้าทุกรายก็มีการตอบแบบวัดความรู้มีส่วนร่วมของครอบครัวผู้เสพยาบ้า เป็นแบบวัดความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับยาบ้า พบว่า ครอบครัวผู้เสพยาบ้าทุกรายในกลุ่มทดลองมีคะแนนผ่านเกณฑ์ คือ ตอบถูกได้ร้อยละ 92 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าครอบครัวผู้เสพยาบ้ามีความรู้เกี่ยวกับยาบ้าเพิ่มมากขึ้น ก็จะส่งผลต่อการให้การดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาบ้าเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้

สำหรับผลการศึกษาที่พบเช่นกันว่าคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองเท่ากับ 72.44 (SD = 9.46) และหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 82.61 (SD = 5.25) ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการดูแลตามปกติในระบบที่ทุกโรงพยาบาลถือปฏิบัติสำหรับกลุ่มผู้เสพยาบ้าที่ส่งเข้ามาบำบัดในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลที่ผู้เสพยาบ้าได้รับประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว การฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น การป้องกันการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ และการให้ความรู้กับครอบครัว ซึ่งการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ ก็เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้การฝึกทักษะที่ใช้ในการเลิกเสพยาบ้า และการให้ความรู้ที่จำเป็นกับผู้เสพยาบ้า จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลตามปกติ ก็มีหน้าที่ช่วยให้ผู้เสพยาบ้ามีทักษะความรู้ในการเลิกเสพยา แต่ส่งผลต่อการเพิ่มพลังด้านยาบ้าได้ไม่ดีเท่ากับการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ โดยจะเห็นได้จากผลของคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเพิ่มขึ้นเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองที่ค่าคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 103.80, 82.61$) ทั้งนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลตามปกติ โดยเฉพาะในแง่ของความครบถ้วนสมบูรณ์ของการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งการพัฒนาทักษะต่างๆที่ส่งเสริมในการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าได้น้อยกว่าภายในระยะเวลาที่จำกัด ประกอบกับการดูแลในรูปแบบนี้มีองค์ประกอบที่ซับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดที่ต่อเนื่องยาวนาน อีกทั้งการดูแลตามปกตินี้ ในโรงพยาบาลทุดิยภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดที่เกี่ยวกับทักษะและภาระหน้าที่ของบุคลากร ซึ่งส่งผลต่อการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้เสพยาบ้าหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้

2. ผลของโปรแกรมฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้า วัดหลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผลการศึกษากฎหมายได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

($\bar{x} = 103.80, 82.05, SD = 5.58, 5.29$) ตามลำดับ $t = 12.02, P = .00$) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 คือ หลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว พลังต้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลต่างรายด้านของคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้ารายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าสูงขึ้นหลังการทดลองมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่เกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้ามีโอกาสเข้าถึงยาเสพติดหรือมีปัจจัยหลายๆ ด้านที่เอื้อต่อการเสพยาบ้า แต่ผู้เสพยาบ้าเลือกที่จะไม่เสพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.70 และ 2.75 ตามลำดับ ส่วนด้านเกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้เหตุผลหลายๆอย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 และ 3.05 ตามลำดับ และด้านที่เกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า มีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 และ 4.40 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการกลุ่มของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ มีส่วนช่วยให้ผู้เสพยาบ้าที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้พัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้องของบุคคล อันจะส่งผลต่อการเพิ่มพลังต้านการเสพยาบ้า โดยกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จะเห็นว่าพลังต้านการเสพยาบ้าเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านมีค่าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านเกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้เหตุผลหลายๆอย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า และด้านที่เกี่ยวกับการที่ผู้เสพยาบ้าใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนั้นช่วยให้ผู้เสพยาบ้าสามารถนำความรู้และทักษะที่จำเป็นต่างๆมาใช้ในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้เสพยาบ้าสามารถใช้เหตุผลและทักษะชีวิตอีกทั้งกลยุทธ์ต่างๆในการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าและสถานการณ์ที่เสี่ยงต่างๆได้ดี ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) และส่งผลให้ผู้เสพยาบ้าหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ สอดคล้องกับ Frisher et al. (2005) ซึ่งเสนอว่าแนวทางในการพัฒนาให้เกิดพลังต้านการเสพยาเสพติดนั้น ต้องมีการสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล เกิดทักษะทางสังคม ร่วมกับการสนับสนุนให้มีทรัพยากรอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคคลสามารถต่อสู้กับปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Botvin & Griffin (2004) ที่กล่าวว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ที่จะป้องกันการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าได้ และการศึกษาของ Wills & Ainette (2008) ที่พบว่าหาก

บุคคลมีการควบคุมตนเองสูง ก็จะส่งผลให้การเสพยาบ้าลดลงได้ และโปรแกรมบำบัดที่นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม จะส่งผลป้องกันทางบวกต่อการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นได้ (Toumbourou & Gregg, 2002)

จากการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า หลังการทดลองพลังด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มมากขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าให้กลับผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลได้ โดยเป็นข้อมูลที่สะท้อนผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง จากการสังเกตในช่วงของการดำเนินการฝึกในช่วงกิจกรรมที่ 2 พบว่า ผู้เสพยาบ้ามาเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกคน มาตรงเวลาและตั้งใจในการเข้าร่วมและทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความเต็มใจร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนหลังจากจบกิจกรรมที่ 2 ผู้เสพยาบ้าพูดคุยกันว่า “ผมคิดว่านับต่อจากนี้ผมจะเลิกเสพยาบ้า เพราะที่ผ่านมามีคนทำผิดมาเยอะที่เข้ายาบ้าต่อไปนี่ผมรู้แล้วว่าผมมีคุณค่ากับทุกคนในครอบครัว” และระหว่างการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรม ผู้เสพยาบ้าสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แม้แต่การแสดงในสถานการณ์สมมติ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารในครอบครัว การจัดการภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและการปฏิเสธเพื่อนที่ชักชวนไปเสพยาบ้าในสถานการณ์จำลองต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการทำกิจกรรมที่สะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมที่ดี ดังนี้

“การที่ผมเข้าฝึกทักษะในโปรแกรมนี ทำให้ผมมีความกล้าในการสื่อสาร การปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ต้องการ โดยเฉพาะไปกับเพื่อนที่เสพยาบ้าและเที่ยวกลางคืน และเข้ายาบ้า”

“ผมกับครอบครัวไม่เคยพูดดีกันเลย แต่การทำกิจกรรมในโปรแกรมนี ทำให้ผมและครอบครัวพูดดีต่อกันเข้าใจกันและทำกิจกรรมร่วมกันได้มากขึ้น เพราะถ้ามีคนเข้าใจผม ผมก็ไม่ต้องพึ่งยาบ้าแล้ว”

“ตอนแรกที่เข้าร่วมกิจกรรม ผมคิดว่าคงไม่ได้อะไร แต่จริงๆ แล้วผมได้เพื่อนได้ครอบครัว และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ หรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ถูกต้องโดยไม่ต้องเข้ายาบ้าก็ได้”

นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ซักถามญาติที่ดูแลที่อยู่กับผู้เสพยาบ้าที่บ้าน พบว่า ผู้เสพยาบ้าได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างไปจากช่วงที่เสพยาบ้า คือ ไม่แยกตัวเองจากครอบครัว พูดคุยบอกความต้องการของตนเองได้มากขึ้น ควบคุมอารมณ์โกรธและแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำได้อย่างค่อนข้างดีเหมาะสม และไม่ไปมั่วสุมกับเพื่อนกลุ่มที่เสพยาบ้า ช่วยงานบ้านได้มากขึ้นกว่าเดิม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นที่ผู้ศึกษาสังเกตได้จากผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม แสดงให้เห็นว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีความรู้ความเข้าใจเรื่องยาบ้า มีการรับรู้ความสามารถเห็นคุณค่าของตนเอง และมีทักษะที่จำเป็นต่างๆ ที่ใช้เพื่อการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งการรับรู้ทักษะต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้เสพยาบ้าเพิ่มศักยภาพของตนเองในด้านต่างๆ ที่กล่าวมา โดยส่งผลถึงการเพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ ต่อพลังต้านการเสพติดของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ไปใช้กับผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนั้น พยาบาลหรือผู้บำบัดต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตยาเสพติดและการพยาบาลจิตเวช รวมทั้งมีทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาบ้าและการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า มีทักษะการประสานงานเตรียมความพร้อมเพื่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ พบว่าผู้เสพยาบ้าต้องการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มให้มากขึ้น ดังนั้นในการดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ สามารถปรับเปลี่ยนเวลาตามความเหมาะสมของกลุ่มได้

1.3 ในระบบการทำงานด้านคุณภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้เสพยาบ้าของหน่วยงาน สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPg) เพื่อการดูแลผู้เสพยาบ้าได้

1.4 จากการวิจัยพบว่า สื่อที่ใช้ในการสอนในบางกิจกรรม เช่น ภาพที่แสดงเกี่ยวกับอารมณ์ต่างของบุคคลนั้นมีการแสดงเป็นภาพนิ่ง ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจได้ยากต้องมีการอธิบายเพิ่มในการทดลอง ดังนั้นการนำโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ ไปใช้กับผู้เสพยาบ้าในช่วงกลุ่มอายุต่างๆ อาจมีการปรับเปลี่ยนสื่อที่ใช้ในกิจกรรม ได้ตามความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มประชากรเพื่อการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พิสูจน์ได้ว่าโปรแกรมฯ นี้ จะส่งเสริมให้ผู้เสพยาบ้าเกิดพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้เสพยาบ้า ควรพัฒนาให้ผู้เสพยาบ้ามีทักษะต่างๆตามโปรแกรมฯ เพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 เนื่องจากโปรแกรมฯ นี้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ที่จะทำให้พลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นการจัดกิจกรรมควรนำครอบครัวเข้ามาร่วมในการดำเนินกิจกรรมให้กับผู้เสพยาบ้าด้วย

2. ด้านการศึกษา

2.1 ในระบบการศึกษาควรจัดหลักสูตรให้มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังต้านการเสพยาบ้า เพื่อให้พยาบาลที่มาอบรมเฉพาะทางยาเสพติดได้มีความรู้ ความเข้าใจที่จะช่วยให้ผู้เสพยาบ้าหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ ควรมีการติดตามผู้เสพยาบ้าในด้านทักษะชีวิต การควบคุมตนเอง เพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้า และพลังต้านการเสพยาบ้า ภายหลังจัดกิจกรรมเสร็จในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อดูความคงทนของประสิทธิภาพโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และวัดผลติดตามการเสพยาบ้าซ้ำร่วมด้วย เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้เสพยาบ้าอย่างเป็นระบบและเพิ่มประสิทธิภาพหรือปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้เสพยาบ้าต่อไป

2. โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ ในครั้งนี้ใช้กับผู้เสพยาบ้าในระบบบังคับบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรขยายผลในการดูแลผู้เสพยาบ้ากลุ่มสมัครใจบำบัด กลุ่มต้องโทษ เพื่อการดูแลผู้เสพยาบ้าที่ครอบคลุมทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

- โดมธราดล อนันตสถาน. (2555). ความคิดเห็นของข้าราชการครูกับนโยบายแนวทางการป้องกันการติดยาเสพติดตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กรณีศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษาเพชรพิทยาคม จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- เฉลิมศรี ราชนาจันทร์. (2553). ปรากฎการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, 6(1): 81.
- ชลชัย ทัสกุลณี. (2542). การประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคชายเขตการศึกษา 6 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงค์เดช สมควร. (2551). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวที่ผลต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติด. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย นาคศรีสังข์. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเอเอ็นดี ไอ อินเตอร์มีเดียจำกัด.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร สุปริดา. (2546). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้เสพยาบ้า. วิทยานิพนธ์มนุษยศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประจัน มณีนิล, จ. ว. (2541). สาเหตุและแรงจูงใจในการเสพยาเสพติดของกลุ่มเยาวชนในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ด้านเศรษฐกิจและสังคม
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต.
- ปราณีพร บุญเรือง. (2545). ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมปัญหาของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพฑูริย์ แสงพุ่มและ ธนะรัชต์ นามผลดี. (2550). ปกิณกะสาระเส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ. ภาวณิ อยู่ประเสริฐ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑาทิพย์ บุญมณี. (2551). การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการช่วยเหลือของครอบครัวเพื่อเลิกยาเสพติด. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- มนนิภา สังข์ศักดิ์ดา. (2545). ครอบครัวเป้าหมายการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ. วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 45-46.
- มนัส สุนทรโชติ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รอชิตี ศรีรัตน์และคณะ. (2554). รายงานการวิจัยประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรินทร์ กระแสสัตย์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างประเพณีครอบครัว ความผูกพันในครอบครัวกับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิภา ด้านธำรงกุล, สุมาลี มาดำและ กนกศักดิ์ แถวมิม. (2551). การวิเคราะห์ลักษณะประชากรและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติ. ในการประชุมสัมมนาวิชาการด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดระดับชาติในประเทศไทยครั้งที่ 5 “เชื่อมประสานเครือข่ายวิชาการสารเสพติดสู่สากล”. หน้า 103-105. ณ ศูนย์ประชุมจอห์น 23. มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ วิทยาเขตสุวรรณภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ.
- ลชิตา ศรีธรรมชาติและคณะ. (2553). ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุรา. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภร ชินเกตุ. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวินและเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. (2551). บทความฟื้นฟูวิชาการความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 16(3): 191-198.
- สถาบันธัญญรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันธัญญรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานสถิติประจำปี2555. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต วงปา, ส. ม., วัชร มีศิลป์. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดระยะถอนพิษยา สถาบันธัญญรักษ์. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

สยาม มูลนิธิไทย. (2550). การรับรู้ของครอบครัวต่อความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลเสพติดสงขลา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำเนา มากแบน. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวและการปฏิบัติของครอบครัวกับลักษณะการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์.

สำนักการบริหารงานสาธารณสุข. (2553). การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์สารเสพติดด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 2553. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2552). สถานการณ์ยาเสพติด ประกอบการจัดทำแผนปี 2552. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2553). สถานการณ์ยาเสพติด ประกอบการจัดทำแผนปี 2553. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2554). สถานการณ์ยาเสพติด ประกอบการจัดทำแผนปี 2554. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2555). สถานการณ์ยาเสพติด ประกอบการจัดทำแผนปี 2555. กรุงเทพมหานคร.

สิริภัทร โสทธิยาภักย์. (2545). ผลของกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่ใช้แอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิอรุณ แผลมภู. (2554). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุชาติ เลาบรพิตร. (2555). การศึกษาผลการปฏิบัติงานของการบำบัดผู้ติดยาในลักษณะผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ Matrix Drug Treatment Model และการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ 4. สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.

สุชาติ เหล่าบริพัฒน์. (2544). แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุพัฒน์ อีร์เวชเจริญชัย. (2540). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุลินดา จันทระเสนา. (2549). ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เสาวนีย์ สำนวน. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางใจของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อมรรัตน์ ชัยนนธ์. (2551). ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นชายที่ติดสารแอมเฟตามีน ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ เกษมสันต์ ณ อยู่ธยา. (2546). การศึกษาการเปรียบเทียบการควบคุมตนเอง และมโนภาพแห่งตนของนักศึกษาวัยรุ่นที่อาศัยอยู่หอพักกับนักศึกษาวัยรุ่นที่อยู่ตามบ้าน. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- อังกูร ภัทรกร. (2545). พื้นฐานทางจิตเวชในผู้ป่วยติดสารเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. (2550). ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำภายใต้โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดซ้ำ. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด กรุงเทพฯ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: ชันต้าการพิมพ์.
- Bandura, A. (2001). "Social cognitive therapy and agentic perspective". *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. W., R. H., (1963). *Social learning and personality development*. Rinehart and Winston, 163-223.
- Block, I. M. R., R.W., (1993). "A longitudinal of consistency and change in selfesteem from carly adulthood". *Child Development*, 64 (July-August), 909-923.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M., & Kerner, J., (1992). "Smoking prevention among urban minority youth : Assessing effects on outcome and mediating variables". *Health Psychology*, 11, 290-299.
- Botvin, G. J., S. P. Schinke, & M. A. Orlandi (Eds), Thousand Oaks, CA,. (1995). "Drug abuse prevention in school setting". *Drug abuse prevention with multiethnic youth*, 169-192.
- Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Diaz, T., & Botvin, E. M., (1995). "Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents : Two-year follow-up results". *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 1893-1941.

- Botvin, G. J. (2010). "Life Skills Training : An Evidence-Based Approach for preventing Alcohol, Tobacco, Illicit Drug Abuse and Violence". from Blueprint Available <http://www.Life skill straining.com>
- Botvin, G. J. (2000). "Preventing adolescent drug abuse through life skills training: Theory, evidence of effectiveness, and implementation". *issues.Improving prevention effectiveness*, 141-153.
- Botvin, G. J. G., K. W., (2002). "Life skills training as a primary prevention approach for adolescet drug abuse and other problem behaviors". *International Journal of Emergency mental Health*, 4(1), 41-47.
- Botvin, G. J. G., K. W., (2004). "Life skills training : Empirical findings and future direction". *The Journal of primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Braverman, M. (1999). "Research on resilience and its implications for tobacco prevention". *Nicotine and Tobacco Research*, 1, S67-S72.
- Bry, B. H. (1989). "Family-based approaches to reducing adolescent substance use : Theories, Techniques and Findings" *Adolescent drug abuse : Analyses of treatment research U.S.:* Department of Health and Human Services.
- Carr, A., D.,& Jackhon, M., Foller,. (2000). *Family therapy Drug abuse in adolescents in Birchood*. New York John Wiley&Sons.
- Denton, R. E., & Kampfe, C.,. (1994). "The Relationship between family variables and adolescent substance abuse : A literature review". *Adolescent*, 29, 475-495.
- Dillon et al. (2007). "Risk, Protective factors and resilience to drug use : identifying resilient young people and learning from their experience". *National Centre for Social Research*.
- Dishion, T. J., & Andrews, D. W.,. (1995). "Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents : Immediate and 1-year outcome". *Journal of Consulting*.
- Fadardi, Azad, Nemati. (2010). "The relationship between resilience, motivational structure, and substance use". *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 : 1956-1960.
- Fraser, M. W., Kirby, L. D.,& Smokowski, P. R.,. (2004). "Risk and Resilience in childhood". *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*, 2 nd.ED, 13-66.
- Frisher, M., Crome, K., Green C. et al.,. (2005). "Individual and population risk of drug use among adolescents attending an English Youth Offending Team: An epidemiological approach" *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16, 11-23.

- Garnezy, N.(1991). "Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty" *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Gilber J. Botvin, S. P. S., Jennifer A. Epstein, and Tracy Diaz., (1994). "Effectiveness of Culturally Focused and Generic Skills Training Approaches to Alcohol and Drug Abuse Prevention Among Minority Youth". *Psychology of Addictive Behaviors* 8(2), 116-127.
- Gilber J.Botvin and Kenneth W.Griffin (2004). "Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions" *Journal of Primary Prevention* , 25(2).
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children Strengthening the Human Spirit from the Early Childhood Development*. U.S.A.: SAGE.
- Haase., J. E. (2004). "The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions." *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 289.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- J., H. (2004). "The Adolescent Resilience Model as a guide to interventions" *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1978). "Theory testing in longitudinal research on marijuana use." *Longitudinal research on drug use. Empirical findings and methodological issues*. In D.B. Kandel (Ed.), 41-71.
- Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied setting*. Revised Edition. Illinois: the Dorsey Press Homwood, 245-281.
- Kumpfer, K. L. (1999). "Factors and processes contributing to resilience". *Resilience and development: Positive life adaptations*, In Glantz & Johnson (Eds.), New York: Kluwer Academic.
- Lazarus, R. S. F., S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). "The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work." *Child Development*, 71(3), 543-562.
- World Health organization. (1994). "Life Skill Education for children and Adolescents in school". Geneva Switzerland. WHO.
- Patterson, L. L. M. a. J. M. (2003). "Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention" *The Journal of primary Prevention*, 23(4).
- Polit, D. F., and Hungler, B.P. (1999). *Nursing research Principles and methods* (6th) Philadelphia: Lippincott Company.
- Robbie Gilligan. (2000). "Adversity, Resilience and Young People: the Protective Value of Positive School and Spare Time Experiences"*Children and Society* 14.1, 37-47.

- Rosenbaum, M. (1980). "A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary Finding". *Behavior therapy*, 11, 109-121.
- Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self regulation of internal event. *issues and speculation*.
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness: on coping skill, self-control and adaptive behavior*. New York : Springer Publishing company.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sadock's, K. a. (1998). *Syhopsis of Psychiatry*. Balt; more : Williams and Wikins. .
- Shive, L. R. (1994). *Basic concept of psychiatric mental health nursing*. 3ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. united states of America, 227-241.
- Sottiyapai, S. (2002). *Effect of Self-control skill training on Self-control behavior in juvenile delinquents with amphetamine use.*, Mahidol University.
- Takviriyannun. (2006). *The role of environmental risks and resilience factors on alcohol use among thai adolescents in school settings*. Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Thomas A. Will., M. G. A., Mike Stoolmiller., Frederick X. Gibbons., and Ori Shinar. (2008). "Good Self-Control as a Buffering Agent for Adolescent Substance Use". *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 459-471.
- Thomas Ashby Wills, J. A. R., Michael G. Ainette, and Don Mendoza. (2004). "Role of Parent Support and Peer Support in Adolescent Substance Use: A Test of Mediated Effects". *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2) 122-134.
- Thoresen, Carl E., and Michael J. Mahoney. (1974). "Behavior Self-control". New York : Holt, Rinehart and Winton,
- Toumbourou, J. & Gregg, E. (2002). 'Impact of an empowerment based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors'. *Journal of Adolescent Health*, v.31, pp.277-85.
- W., K. E. a. B. D. (2004). *Family Therapy*. American Psychiatric Publising, Inc, Arlington.
- Waaktaar, T. C., HJ; Borge, Anne Inger Helmen & Torgersen, Sven. (2004). "Building youths resilience within a psychiatric outpatient setting: result from a pilot clinical intervention project" *Psychological Reports*, 363-370.
- Werner, E. E. (1989). "High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years" *Am Journal Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

- Wills, T. A., Ainette, M. G., Stoolmiller, M., Gibbons, F. X., & Shinar, O. . (2008). Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use: An investigation in early adolescence with time-varying covariates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 459-471.
- Zuzana Veselska, A. M. G., Olga Orosova, Beata Gajdosova. (2009). "Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents" *Addictive Behaviors*, 34, 287-291.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- ชื่อเรื่องงานวิจัย** ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ
- เสนอโดย** นางสาววันรัตน์ เสถียรกิตติธนา รหัสประจำตัว 5477304336
- นิสิตหลักสูตร** พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- อาจารย์ที่ปรึกษา** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

ทำหนังสือถึง	ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าพระยามรราช	นายแพทย์ธีรินทร์ รัตนพิชญชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คณบดีคณะพยาบาล ศาสตร์วิทยาลัยราชภัฏ นครปฐม อ.เมือง จ.นครปฐม	นายสมบัติ ประทักษ์กุลวงศา	อาจารย์พยาบาลประจำภาค วิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เดิมบางนางบวช อ.เดิมบาง นางบวช จ.สุพรรณบุรี	นางสาววราภรณ์ บุญประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สามชุกอ.สามชุก จ.สุพรรณบุรี	นางสาวรวงคณา จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดพลังด้านการเสพยาบ้า

$$CVI = \frac{27}{30} = 0.90$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

$$CVI = \frac{22}{24} = 0.92$$

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

(โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด)

1. อายุของท่านปัจจุบันนี้ (ตอบเป็นจำนวนที่อายุครบ)
อายุปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
2. สถานภาพสมรส
() โสด () หย่า
() คู่ () แยกกันอยู่
() หม้าย
3. ท่านจบการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ชั้นประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () ปวช. () ปวส. () อนุปริญญา
() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
4. อาชีพ
() ว่างาน () รับจ้าง () เกษตรกรรม () กำลังศึกษา
() ค้าขาย () อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้.....บาท/เดือน
6. เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
7. ระยะเวลารวมของการเสพยาบ้า.....ปี.....เดือน
8. ปริมาณการเสพแต่ละครั้ง.....เม็ด
9. ความถี่ในการเสพ.....ครั้ง/เดือน
10. ปัจจุบันท่านอยู่กับ.....(ระบุ)
11. สัมพันธภาพในครอบครัว
() ราบรื่น () ไม่ราบรื่น
() แยกกันอยู่ () อื่นๆ.....(ระบุ)

แบบวัดพลังต้านการเสพยาบ้าตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทุกประการ
 มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่งหนึ่ง
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
 ไม่เลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อที่คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1. ฉันชอบแสวงหาความแปลกใหม่ด้วยการทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อไม่ต้องไปเสพยาบ้า					
2. ถึงแม้พ่อแม่จะไม่รักฉัน แต่ไม่จำเป็นที่ฉันจะต้องหันไปเสพยาบ้า					
3. เมื่อเกิดปัญหาส่วนตัวฉันสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยวิธีอื่นๆ โดยไม่ใช้การเสพยาบ้าเป็นทางออกของปัญหา					
4. เมื่อฉันไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบ (เช่น เครียด หงุดหงิด วิตกกังวล เบื่อหรืออื่นๆ) ทำให้ฉันอยากเสพยาบ้า					
5. หากในชีวิตของฉันไม่มีใครคอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำถึงวิธีการหลีกเลี่ยงจากการเสพยาบ้า แต่ฉันสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้					
6.					
7.					
8.					
9.					
11. ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า					

ข้อที่คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
12. การที่พ่อ แม่ของฉันทำที่เข้าใจ ผ่อนปรน และ ยอมรับในตัวฉัน ช่วยให้ฉันควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้โดยไม่ต้องเสพยาบ้า					
13. ฉันได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน, คนในหมู่บ้าน, คนในชุมชน, เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดี ฉันจึงตัดสินใจจะไม่กลับไปเสพยาบ้า					
14. ครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ ได้ โดยที่ฉันไม่ต้องใช้ยาบ้าแก้ปัญหา					
15. การที่พ่อแม่ของฉันทำสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาค่าที่เกิดขึ้นกับฉันได้อย่างหลากหลาย ฉันจึงไม่จำเป็นต้องเสพยาบ้า					
16.....					
17.....					
18.....					
19.....					
20.....					
21. เมื่อมีคนชวนฉันให้เสพยาบ้า ฉันสามารถเดินเลี่ยงไปได้ โดยทำเหมือนไม่ได้ยิน					
22. เมื่อมีคนชวนฉันให้เสพยาบ้า ฉันสามารถปฏิเสธตรงๆ สั้นๆ หรือใช้การพูดปฏิเสธเสียงดังให้ผู้อื่นได้ยิน					
23. หากเพื่อนที่สนิทสนมกันชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถปฏิเสธและสามารถโน้มน้าว หรือ ตักเตือนให้เพื่อนเลิกเสพยาบ้าได้ โดยชี้ให้เห็นถึงบาป บุญ คุณ โทษ หรือ สงสารพ่อแม่					
24					
25					
26					

ข้อที่คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
27					
28					
29. เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ฉันมีโอกาสจะเสพยาบ้า แต่ฉันใช้วิธีการต่อรองเพื่อไม่เสพยาบ้าได้					
30. เมื่อมีคนชวนให้ฉันเสพยา ฉันสามารถทำเป็นไม่เข้าใจในสิ่งที่เขาพูดชักชวน หรือพูดวกวนจนผู้ชวนจากไปเอง					



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Reliability (พลังด้านการเสพยาบ้า)

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
no1	2.80	1.627	30
no2	2.77	1.569	30
no3	2.80	1.324	30
no4	2.43	1.194	30
no5	3.50	1.225	30
no6	3.07	1.596	30
no7	3.43	1.455	30
no8	2.07	1.254	30
no9	3.03	1.436	30
no10	2.63	1.326	30
no11	2.57	1.591	30
no12	2.80	1.518	30
no13	3.27	1.660	30
no14	3.00	1.313	30
no15	2.83	1.510	30
no16	2.57	1.591	30
no17	3.07	1.680	30
no18	2.83	1.642	30
no19	2.43	1.357	30
no20	2.20	1.375	30
no21	2.60	1.303	30
no22	3.30	1.291	30
no23	2.33	1.124	30
no24	3.07	1.530	30
no25	3.60	1.303	30
no26	2.17	1.286	30
no27	2.40	1.102	30
no28	3.17	1.577	30
no29	2.10	1.495	30
no30	2.27	1.258	30

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
no1	77.30	640.217	.780	.	.950
no2	77.33	643.333	.771	.	.950
no3	77.30	652.217	.786	.	.950
no4	77.67	680.299	.408	.	.953
no5	76.60	671.283	.541	.	.952
no6	77.03	652.723	.636	.	.951
no7	76.67	651.333	.723	.	.951
no8	79.03	707.826	.643	.	.954
no9	79.07	707.444	.536	.	.954
no10	77.47	664.189	.603	.	.952
no11	77.53	662.257	.517	.	.953
no12	77.30	652.286	.678	.	.951
no13	76.83	633.937	.843	.	.949
no14	77.10	655.817	.737	.	.951
no15	77.27	643.513	.800	.	.950
no16	77.53	646.257	.721	.	.951
no17	77.03	635.482	.812	.	.950
no18	77.27	643.582	.731	.	.950
no19	77.67	648.575	.821	.	.950
no20	77.90	653.128	.742	.	.950
no21	77.50	649.983	.835	.	.950
no22	76.80	661.407	.664	.	.951
no23	77.77	687.013	.320	.	.954
no24	77.03	663.551	.523	.	.952
no25	76.50	662.810	.635	.	.951
no26	77.93	686.271	.385	.	.953
no27	77.70	669.459	.639	.	.951
no28	76.93	669.926	.425	.	.954
no29	78.00	676.207	.579	.	.952
no30	77.83	682.902	.344	.	.954

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.953	.947	30

1.แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างของคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับท่านที่สุดและให้ครบทุกข้อโดยมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นได้เป็นประจำทุกครั้ง
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นได้นานๆ ครั้ง
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นได้น้อยครั้ง
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นได้น้อยที่สุดหรือไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การควบคุมตนเอง					
1.ข้าพเจ้ารีบทำงานให้เสร็จเรียบร้อยก่อนไปเที่ยวเสมอ					
2. ถ้าข้าพเจ้าอยากได้สิ่งใด ที่ต้องรอคอยข้าพเจ้าจะหมด ความอดทน หรือทนไม่ได้					
3.ข้าพเจ้าจะไม่ใช้เงินจนหมด เพราะเกรงว่าพรุ่งนี้จะไม่มีเงินใช้					
4.ถ้ามีคนมาขัดใจหรือยั่วเพียงเล็กน้อยข้าพเจ้าจะไม่โกรธ					
5.เวลาทำงานที่ต้องใช้สมาธิ ถ้ามีใครมาส่งเสียงดังข้างๆ ข้าพเจ้าจะทำต่อไปไม่ได้					
6.....					
7.....					
8.....					
ทักษะชีวิต					
9.ข้าพเจ้าสามารถมองอะไรแล้วสามารถวิเคราะห์ได้ในหลายแง่มุม					
10.....					

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11.....					
12.....					
13.ข้าพเจ้ากล้าแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ในหมู่คนมากๆ ได้อย่างมีเหตุผล					
14.ข้าพเจ้าสามารถทำงานร่วมกับเพื่อนๆ ได้เป็นอย่างดี					
15.....					
16.ข้าพเจ้าเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ ทุกครั้ง					
การรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 17.การติดยาบ้าเริ่มจากการใช้ยาเป็นครั้งคราว สู้อการใช้ถี่ขึ้น จนใช้ทุกๆวัน					
18.การดื่มเหล้า สูบบุหรี่เป็นสิ่งธรรมดาในการเข้าสังคมของวัยรุ่น					
19.....					
20.....					
21.....					
22.					
23.....					
24.ยาบ้าทำลายอนาคตและก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม					

Reliability (แบบวัดการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด)

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
test1	3.80	1.031	30
test2	2.93	1.048	30
test3	3.83	.950	30
test4	3.17	.950	30
test5	3.10	.885	30
test6	3.47	.860	30
test7	2.73	.907	30
test8	3.40	1.037	30
test9	4.07	.868	30
test10	3.87	1.074	30
test11	2.73	1.048	30
test12	2.93	1.112	30
test13	3.67	.844	30
test14	4.40	.675	30
test15	3.97	.850	30
test16	4.23	.817	30
test17	3.83	1.053	30
test18	3.23	.971	30
test19	3.40	1.037	30
test20	4.20	.847	30
test21	4.03	1.129	30
test22	3.43	1.165	30
test23	3.70	.877	30
test24	3.70	1.208	30

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
test1	82.03	71.895	-.003	.	.728
test2	82.90	64.162	.455	.	.690
test3	82.00	69.241	.175	.	.713
test4	82.67	69.195	.177	.	.713
test5	82.73	63.720	.595	.	.683
test6	82.37	68.240	.276	.	.706
test7	83.10	62.438	.672	.	.676
test8	82.43	64.185	.460	.	.690
test9	81.77	65.082	.504	.	.690
test10	81.97	67.137	.262	.	.707
test11	83.10	62.852	.539	.	.683
test12	82.90	60.783	.628	.	.673
test13	82.17	66.213	.435	.	.695
test14	81.43	65.013	.683	.	.685
test15	81.87	68.533	.259	.	.707
test16	81.60	69.628	.191	.	.712
test17	82.00	72.621	-.046	.	.732
test18	82.60	68.593	.209	.	.711
test19	82.43	77.978	-.336	.	.753
test20	81.63	72.654	-.032	.	.726
test21	81.80	74.855	-.165	.	.743
test22	82.40	64.593	.371	.	.697
test23	82.13	72.395	-.018	.	.726
test24	82.13	64.740	.345	.	.699

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.716	.731	24

**โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้า
ของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ**

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องยาบ้าและผลกระทบ
ร่วมกับการตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า

กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ในที่นี้จะเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัวของผู้เสพยาบ้า
ให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง

2. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของผู้เสพยาบ้าและครอบครัวในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวบอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วม
โปรแกรมได้

2. ผู้เสพยาบ้าและครอบครัวมีการสร้างสัมพันธภาพกันภายในกลุ่มและให้ความร่วมมือในการ
ทำกลุ่ม

เนื้อหาสาระ


การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกกับกลุ่มผู้เสพยาบ้าและ
ครอบครัว เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น ประกอบด้วย
การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้
เสพยาบ้ามีการพัฒนาความสามารถในตนเอง และประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมใน
โปรแกรมฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง
สมาชิกกลุ่มและพยาบาล จะส่งผลให้เกิดความคุ้นเคย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้
สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนที่เป็น
ประโยชน์ต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้

สื่อการสอนอุปกรณ์

1. กระดาษโปสเตอร์ (Flip chart)
2. ปากกา
3. กระดาษแข็ง
4. ซองใส่ป้ายชื่อ
5. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ซัยชนะ
6. วีดิทัศน์ ความรู้เรื่องยาเสพติดเรื่อง “เส้นตาย”
7. คู่มือโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด พร้อมตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
8. คู่มือความรู้เรื่องทักษะชีวิตแบบบูรณาการในการป้องกันการเสพยาเสพติดสำหรับครอบครัว

การประเมินผล

1. ผู้เสพยาบ่นอกถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมโปรแกรมได้
2. ผู้เสพยาบ่นำให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และร่วมเปิดเผยข้อมูลของตนต่อกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>ช่วงที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพกับ สมาชิกกลุ่ม</p> <p>1. สมาชิกกลุ่มบอก ถึงวัตถุประสงค์และ ประโยชน์ที่จะได้รับ จากการเข้าร่วม โปรแกรม</p>	<p>ในการพบกันครั้ง แรก ทั้งพยาบาลและ สมาชิกกลุ่มมีการ สร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยไว้วางใจ ในการเปิดเผยข้อมูล โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลาการเข้า ร่วมกิจกรรม ด้วย ท่าทีที่เป็นมิตร</p>	<p>1.พยาบาลจัดรูปแบบกลุ่ม แบบตัวยู โดยให้สมาชิกนั่ง ติดกับครอบครัวเรียงไปที่ ละคู่จนครบ 20 คนและ เริ่มต้นด้วยการแนะนำ ตัวเองทีละคน</p>  <p>2.ทักทายพูดคุยเรื่อง ทั่วไป และให้สมาชิก แนะนำตัวเองเกี่ยวกับ ข้อมูลของตัวเองทั่วไป เป็นรายบุคคล จากนั้น พยาบาลชี้แจงขั้นตอนและ ข้อตกลงในการดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการทำ กิจกรรมกลุ่ม และข้อตกลง ของการเข้ากลุ่ม รวมทั้ง เน้นย้ำถึงการรักษา ความลับของสมาชิกใน กลุ่ม จากนั้นแจกคู่มือ โปรแกรมการฝึก</p>	<p>-คู่มือ ความรู้เรื่อง การฝึก ทักษะชีวิต แบบบูรณา การในการ ป้องกันการ เสพยาบ้า สำหรับ ครอบครัว -คู่มือ โปรแกรม การฝึก ทักษะชีวิต แบบบูรณา การเพื่อ ป้องกันการ เสพยาบ้า</p>	<p>1.สมาชิก บอก วัตถุประสงค์ที่เข้าร่วม โปรแกรมได้ ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
		<p>ทักษะชีวิตแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันการเสพติด พร้อมตารางนัดหมาย ในการทำกิจกรรมแก่ สมาชิกเป็นรายบุคคล และ คู่มือความรู้เรื่องทักษะ ชีวิตแบบบูรณาการในการ ป้องกันการเสพติด สำหรับครอบครัว</p> <p>3.พยาบาลแจกกระดาษ แข็งที่เตรียมไว้ให้สมาชิก คนละ 1 ใบ ให้สมาชิกใน กลุ่มเขียนชื่อเล่นลงบน แผ่นกระดาษแข็ง เพื่อทำ ป้ายชื่อตนเองติดที่เสื้อ</p>	<p>กระดาษ แข็ง -ซองใส่ ป้ายชื่อ -ปากกา</p>	<p>2. สมาชิก ให้ ความ ร่วมมือใน การเข้าร่วม กิจกรรม กลุ่มประ เมินจากสี หน้า ท่าทาง การ สนทนา และร่วม เปิดเผย ข้อมูลของ ตนเองต่อกลุ่ม</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
2.สมาชิกกลุ่มมีการ สร้างสัมพันธ์ภาพกัน ภายในกลุ่ม และให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรม		<p>4.พยาบาลดำเนินกิจกรรม เกมส์ ซัยชนะ โดยมี ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>4.1 ให้สมาชิกและ ครอบครัวเขียนชื่อที่อยู่ ชื่อเล่น มาจากอำเภออะไร สิ่งที่ชอบ ลงในกระดาษที่ แจกให้ (ใบกิจกรรมที่ 1.1 ซัยชนะ)</p> <p>4.2 ให้สมาชิกและ ครอบครัวค้นหาเพื่อนใน กลุ่ม พยายามหาคำตอบ ในช่องต่างๆจากเพื่อนๆ คนละข้อ ถ้าเพื่อนตอบว่า “ใช่” ให้เขียนชื่อในช่อง คำตอบและไปหาเพื่อนคน อื่นในช่องต่อไป เมื่อได้ คำตอบครบทุกช่องแล้ว ให้ยกมือขึ้นและตะโกนว่า “ซัยชนะ”</p> <p>4.3 ให้สมาชิกที่ครบคน แรกมาแนะนำตนเอง และ แนะนำเพื่อนที่ตนไป</p>	-ใบ กิจกรรม ที่1.1 ซัยชนะ	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
		<p>สัมภาษณ์มา ทั้งหมด ของตนเอง</p> <p>4.4 สรุปข้อคิดจาก กิจกรรม “ การที่เราและ เพื่อนๆในกลุ่มได้ทำ ความรู้จักกัน ก็จะมีผล ทำให้เราได้ทราบว่า เพื่อนๆเรา ชื่ออะไร มา จากไหน ชอบหรือไม่ ชอบอะไร เราจะได้ ปฏิบัติได้ถูกต้อง รู้จักใส่ ใจเพื่อน มีสัมพันธภาพที่ ดีต่อกัน” วันนี้เป็นการ พบกันทำกิจกรรมครั้ง แรก และเราจะพบกัน อีก 7 ครั้ง ที่จะทำ กิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะ ได้ดูแลช่วยเหลือกันได้ อย่างเหมาะสม</p> <p>**ให้สมาชิกพัก รับประทานอาหารว่าง</p>		

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการปฏิเสธรสิ่งยั่ว และต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้า
กลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพยาบ้า ในที่นี้จะขอเรียกว่า สมาชิกกลุ่ม
ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธรที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการปฏิเสธรและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม เมื่อถูกชักชวนหรือการสบประมาทจากเพื่อนที่เสพยาบ้า

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มพูดอธิบายหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธร ผลดีผลเสียของการปฏิเสธรได้
2. สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการปฏิเสธรการเสพยาบ้าและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาสาระ

เป็นกิจกรรมการฝึกให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นในแนวทางและแนวคิด จุดยืนที่ถูกต้องของตนเอง ภายใต้แรงกดดันจากเพื่อน และสังคม มีทักษะการสื่อสารเพื่อการปฏิเสธรต่อตรง โดยรักษาหัวใจ เพื่อผลประโยชน์ของตนเอง รู้จักขั้นตอนการปฏิเสธร ในการหลีกเลี่ยงการชักชวน หรือแรงกดดันจากสภาวะเสี่ยงต่างๆ ผ่านการให้ความรู้ เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิเสธร และให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติ role play ตามสถานการณ์จำลองภายในกลุ่ม พร้อมการยุติกลุ่มในการทำกิจกรรมทั้งหมด

สื่อการสอนอุปกรณ์

- ใบความรู้ที่ 6.1 ทักษะการปฏิเสธร
- บทบาทสมมุติ
- ใบกิจกรรมที่ 6.1 แบบฝึกหัดการปฏิเสธร

การประเมิน

1. สังเกตจากความร่วมมือในการทำกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มสามารถบอกขั้นตอนการปฏิเสธรที่ถูกต้อง
2. ประเมินจากการฝึกปฏิบัติ และบทบาทสมมุติในการปฏิเสธรการชักชวนที่เกี่ยวกับการเสพยาหรือสภาวะเสี่ยงต่างๆ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
1. สมาชิกกลุ่มพูดอธิบายหลักการและขั้นตอนการปฏิเสธผลดีผลเสียของการปฏิเสธได้	-การฝึกให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นในจุดยืนที่ถูกต้องของตนเองภายใต้แรงกดดันจากเพื่อนและสังคมนั้น ต้องมีทักษะการสื่อสารเพื่อการปฏิเสธต่อรอง โดยรักษาหน้าใจ เพื่อผลประโยชน์ของตนเอง รู้จักขั้นตอนการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงการชักชวนหรือแรงกดดันจากสถานะเสียงต่างๆ ผ่านการให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ role play ตามสถานการณ์จำลองภายในกลุ่ม ซึ่งในชีวิตจริง เราสามารถปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ชอบได้ แต่การปฏิเสธเมื่อถูกรุกเร้าหรือได้รับแรงกดดันเป็นสิ่งที่ต้องฝึกฝน และหัดทำจนเป็นนิสัยเพื่อสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่คับขันและจะช่วยให้ผู้เสพยาบ้าสามารถปฏิเสธได้สำเร็จ	1.พยาบาลผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มในกลุ่ม ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่แล้วพร้อมติดตามไปกิจกรรมการบ้าน การจัดการภาวะอารมณ์โดยการสุ่มตรวจสมาชิกแต่ละคนที่ผลัดเปลี่ยนกันในแต่ละครั้งเพื่อประเมินสมาชิกกลุ่ม จากนั้นสรุปกิจกรรมการบ้าน และนำเข้าสู่กิจกรรมในครั้งนี้ ด้วยการนำเสนอสถานการณ์สมมุติ ดังนี้ เรื่องเกี่ยวกับ “เพื่อนชวนไปเสพยาบ้า” ยอดชาย : ศักดิ์ชัยพุ่มนี้เป็นวันอาทิตย์แก่ไป บ้านฉันใหม่เพื่อนเรามาหลายคนนะ เพื่อว่าพวกเราจะได้สังสรรค์ และฉันมียาบ้ามาแบ่งแถมด้วย ศักดิ์ชัย : ไม่ได้ตอบอะไร มีแต่อาการนั่งเงิบ เพราะไม่อยากรับแต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรดี ยอดชาย : ตกลงแกลจะไปใหม่ มีโอกาสแล้วนะ และครอบครัวแกลก็ไม่มีใครอยู่ทำไมแกลกลัวอะไร หรือไม่กล้าอย่างนี้ไม่เจ๋งเลยวะ เมื่อนำเสนอเสร็จ พยาบาลถามสมาชิกกลุ่มว่ารู้สึกอย่างไร และสมาชิกกลุ่มทุกคนจะทำอย่างไรถ้าเราอยู่ใน	-บทบาทสมมุติ	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>2.สมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการปฏิเสธการเสพยาบ้าและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม</p> <p>2.1 สมาชิกกลุ่มมีทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์เสี่ยง</p>		<p>สถานการณ์อย่างคักดีชัย</p> <p>2.พยายามให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานการณ์สมมุติตั้งกล่าวและสรุปเพิ่มเติมว่าการปฏิเสธเพื่อนนั้นเป็นสิทธิของเราเองแต่เราต้องกล้าที่จะปฏิเสธครั้งแรกจะยากแต่หากทำแล้วครั้งต่อไปจะง่ายขึ้น</p> <p>3.จากนั้นพยายามให้สมาชิกกลุ่มคิดถึงประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบ หรือต้องการปฏิเสธนั้นเราทำอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร และเล่าให้ในกลุ่มฟังพร้อมกับการอภิปรายภายในกลุ่ม ถึงวิธีการการปฏิเสธว่ายากง่ายอย่างไร</p> <p>4.ให้สมาชิกบอกข้อดีข้อเสียของการปฏิเสธว่าเป็นอย่างไร</p> <p>5.พยายามได้สรุปเหตุผลของการปฏิเสธ และเพิ่มเติมหลักการปฏิเสธว่ามีวิธีการหรือขั้นตอนอย่างไรบ้าง ตามใบความรู้ที่ 6.1 ทักษะการปฏิเสธ</p> <p>6.ให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกปฏิบัติการปฏิเสธในแต่ละสถานการณ์ที่กำหนด ตามใบกิจกรรมที่ 6.1 แบบฝึกหัดการปฏิเสธ และให้กลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ผลการ</p>	<p>-ใบความรู้ที่ 6.1 ทักษะการปฏิเสธ - ใบกิจกรรมที่ 6.1แบบฝึกหัดการปฏิเสธ</p>	<p>1.สังเกตจากความร่วมมือในการทำกิจกรรมของสมาชิกกลุ่มและสมาชิกกลุ่มสามารถบอกขั้นตอนการปฏิเสธที่ถูกต้อง</p> <p>2.ประเมินจากการฝึกปฏิบัติและบทบาทสมมุติในการปฏิเสธการ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
		<p>ปฏิเสธ ว่ามีข้อดีข้อบกพร่องที่ ต้องแก้ไขอย่างไร</p> <p>7.ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเกี่ยวกับการ การปฏิเสธว่าการปฏิเสธจะ เป็นการจัดการสิ่งยั่วยุต่อทาง อารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยา ได้</p> <p>8.พยาบาลได้ให้สมาชิกกลุ่ม พูดถึงข้อคิดที่ได้จากการทำ กิจกรรมในวันนี้</p> <p>9.จากนั้นให้สมาชิกพูดถึง แนวคิดและการนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันที่ได้จากการเข้า ร่วมโปรแกรมในครั้งนี้</p> <p>10.พยาบาลทบทวนประเด็น ต่างๆ ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ตั้งแต่ครั้งที่ 1-8 ว่า “ครั้งแรก เรามาทำความรู้จักกันทำให้ เราได้รู้จักเพื่อนในกลุ่มมาก ยิ่งขึ้น มีการสำรวจตนเอง รู้ถึง ข้อดี ข้อด้อย รู้ประโยชน์ โทษ ของ ยา บ้า ร บ รู้ ถึง ความสามารถเห็นคุณค่า ของตนเอง การสื่อสารที่ เหมาะสม ฝึกการแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ให้มี ความ สามารถในการควบคุม อารมณ์ตนเอง ตลอดจนฝึก การปฏิเสธ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ สมาชิก สามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้”</p> <p>11.พยาบาลนำเข้าสู่กิจกรรม อำลา มีขั้นตอนดังนี้</p>		<p>ชักชวนที่ เกี่ยวกับการ เสพยาหรือ สภาวะเสี่ยง ต่างๆ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
		<p>11.1 ให้สมาชิกบอกความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และบอกถึงการปฏิบัติตามเป้าหมายในการเลิกใช้ยาบ้า และจะนำสิ่งที่ได้รับสิ่งที่ได้ฝึกในกลุ่มไปใช้ต่อไป</p> <p>11.2 ให้สมาชิกบอกถึงสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในการเข้ากลุ่มกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>11.3 ให้สมาชิกแต่ละคนเขียนถึงสิ่งที่อยากขอบคุณ และสิ่งที่เป็นกำลังใจให้กับเพื่อนสมาชิก ในการต่อสู้กับอุปสรรคต่อไป และสมาชิกเขียนบอกตอบกับเพื่อนว่า “ขอบคุณที่ให้ข้อคิด ให้กำลังใจ ให้มีมิตรภาพ” เป็นต้น</p> <p>11.4 ให้สมาชิกตั้งปณิธาน หรือสัญลักษณ์ของกลุ่ม เพื่อเป็นการแสดงว่าตนเองจะไม่กลับไปใช้ยาบ้าซ้ำ</p> <p>11.5 จากนั้นร่วมกันร้องเพลง “คำสัญญา” โดยแจกเนื้อเพลงให้กับสมาชิกทุกคน</p> <p style="text-align: center;">เพลง “คำสัญญา”</p> <p>ก่อนจากกัน ขอสัญญาฝาก ประทับตรึงตรา จนกว่าจะพบ กันใหม่ โบกมืออำลา สัญญา ด้วยหัวใจ เพราะความ รักติดตรึงห่วงใย ด้วยใจผูกพัน มั่นคง ด้วยความดี นั้นฝังตรึง จากไปแล้วคำนึง ตรึงประทับ</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ ประกอบ กิจกรรม	เกณฑ์การ ประเมินผล
		<p>ดวงใจ อย่าได้ลืมเลือน สัญญา กันไว้อย่างไร ขอให้ เรา มั่นคงจิตใจ ก้าวไปสรรค์สร้าง ความดี *ไอ้เพื่อนเอ๋ยเคยร่วม สนุกกันมาแต่เวลาต้องพาให้ เราจากกัน ไม่นานหรอกหนา เราคงได้มาพบกัน ไม่มีสิ่งใด ขวางกั้น เพราะเรามั่นใน สัญญา หากแผ่นดินไม่ฝังกาย จะสุขจะทุกข์เพียงใด น้อม กายยืมสู้ฟันฝ่าร้อยรัดดวงใจ มั่นในคำสัญญาสร้างสรรค์เพื่อ มวลประชา นี่คือนิสัญญาของเรา (*ร้องซ้ำ)</p> <p>12. พยาบาลสรุปและกล่าวปิด กลุ่มและให้สมาชิกตอบแบบ วัดผลหลังดำเนินการเสพยาบ้า</p>		

หมายเหตุ

การประเมินผลการทำงานกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประเมินได้จาก การสังเกตความสนใจในการเข้าร่วม
กิจกรรมกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การเข้าร่วมทำกิจกรรมภายในกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การ
ทำงานที่มอบหมาย

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ

ผู้วิจัย นางสาววันรัตน์ เสถียรกิตติธนา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ 503 ม.13 ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 78/96 หมู่ที่ 9 ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110

โทรศัพท์ที่บ้าน 02-194-0102

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 098-251-6651

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตและบูรณาการ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 1) เพื่อเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
 - 2) เพื่อเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติ เป็นผู้ถูกจับคดีเสพยาบ้า โดยคณะกรรมการคุมประพฤติของจังหวัดได้พิจารณาให้เข้ารับการบำบัดตามระบบบังคับบำบัด ในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี อายุ 15-34 ปีได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง(กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี) ในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมในครั้งนี้ มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยให้การบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้แก่ผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา เริ่มด้วยการซักประวัติผู้เสพยาบ้า มีการให้ความรู้เรื่องยาบ้า และแนวทางการเลิกเสพยาบ้า การสะท้อนความคิด การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตและบูรณาการ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 8 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้เสพยาบ้าและครอบครัว ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาบ้าและ ผลกระทบจากการเสพยาบ้า ร่วมกับตั้งเป้าหมายในการเลิกเสพยาบ้า 2) พัฒนาทักษะการสำรวจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อการสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง 3)การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 4)การพัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา 5) พัฒนาทักษะการจัดกั้อารมณ์ และการจัดการกับความเครียด และ 6) ฝึกทักษะการปฏิเสธสิ่งยั่วยุทางอารมณ์ ยืนยันสิทธิของตนเอง และการต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนที่ไชยาบ้า และยุติการทำกลุ่ม

6. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตและบูรณาการ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ มีการฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ต้องใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็น อันได้แก่ การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการรับรู้ความสามารถและการสร้างคุณค่าในตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิดวิเคราะห์การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการอารมณ์ และ ทักษะการปฏิเสธ โดยทักษะต่างๆเหล่านี้จะช่วยพัฒนาทักษะชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยให้สามารถดำเนินชีวิตที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำได้ และผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้เสพยาเสพติด สามารถดูแลและพัฒนาทักษะชีวิตให้กับผู้เสพยาเสพติดร่วมกับครอบครัว เพื่อการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติม โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัย จะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตประทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลัง
ด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา
สถานที่ติดต่อ บ้านเลขที่ 78/96 หมู่ที่ 9 ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
11110 หมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ 098-2516651 และเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารข้อมูล
ยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย สิ่งที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง
ละเอียด

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการ
เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ โดย
ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อ
การปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มี
เปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นทีม
วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่ได้จะใช้
ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัว
ข้าพเจ้า 1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษารั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้า
ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น โดยการลงนามข้างล่างนี้

..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง) ลายมือชื่อ วันที่/เดือน/ปี
..... ผู้วิจัย (ตัวบรรจง) ลายมือชื่อ วันที่/เดือน/ปี
..... พยาน (ตัวบรรจง) ลายมือชื่อ วันที่/เดือน/ปี



ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี
950 ถนนพระพิณวษา ตำบลท่าพี่เลี้ยง
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
72000



โทร. 0-3552-1555
โทรสาร 0-3551-1738

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข YM 012/2557

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าที่
ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : THE EFFECT OF INTEGRATED LIFE SKILLS TRAINING WITH FAMILY PARTICIPATION
PROGRAM ON RESILIENCE TO AMPHETAMINE USE OF AMPHETAMINE USERS RECEIVING
REHABILITATION TREATMENT

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาววันรัตน์ เสถียรภักดิ์ธินา

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ (...) :

วันหมดอายุ : 28 มีนาคม 2558

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

ลงนาม

(นายแพทย์พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

7 มี.ค. 2557

วันที่

ลงนาม

(นายแพทย์ชัชวรินทร์ ปิ่นสุวรรณ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

7 มี.ค. 2557

วันที่

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจันทร์ชนก เสถียรภักดิ์ธนา เกิดเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2512 ที่จังหวัดสุพรรณบุรี จบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ.2537 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี 1 สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2543 และได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ แผนกฝ่ายการพยาบาล งานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY