

2019

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการ
การเสกแถมเฟตตามีนระยะสั้นของวัยรุ่น

อรรถพล ยัมยรรยง
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

ยัมยรรยง, อรรถพล, "ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสกแถมเฟตตามีนระยะสั้นของวัยรุ่น" (2019). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 9386.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9386>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดามีน
ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF BRIEF COGNITIVE AND BEHAVIORAL INTERVENTION WITH FAMILY
PARTICIPATION ON AMPHETAMINE USE DURING REHABILITATION AMONG
ADOLESCENTS



Mr. Auttapon Yimyanyong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดย ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดามีนระยะฟื้นฟูของ วัยรุ่น
โดย	นายอรรถพล ยิ้มยรรยง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

อรรถพล ยิ้มยรรยง : ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น. (THE EFFECT OF BRIEF COGNITIVE AND BEHAVIORAL INTERVENTION WITH FAMILY PARTICIPATION ON AMPHETAMINE USE DURING REHABILITATION AMONG ADOLESCENTS) อ.ที่ปรึกษา
หลัก : ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ก่อนและหลังเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นที่เข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูและพ่อหรือแม่ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม 2) แบบวัดการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟู เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977309036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: BRIEF COGNITIVE AND BEHAVIOR INTERVENTION, AMPHETAMINE USE
REHABILITATION, ADOLESCENTS

Auttapon Yimyanyong : THE EFFECT OF BRIEF COGNITIVE AND BEHAVIORAL
INTERVENTION WITH FAMILY PARTICIPATION ON AMPHETAMINE USE
DURING REHABILITATION AMONG ADOLESCENTS. Advisor: Asst. Prof. Pennapa
Dangdomyouth, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare amphetamine use during rehabilitation among adolescents before and after received brief cognitive and behavioral intervention with family participation, and to compare amphetamine use during rehabilitation among adolescents who received brief cognitive and behavioral intervention with family participation and those who received regular nursing care. Forty couples sample were amphetamine use among adolescents and their father or mother, 20 couples subjects were randomly assigned to experimental group and control group, who met the inclusion criteria. The research instruments consisted: 1) Brief cognitive and behavioral intervention with family participation, 2) Amphetamine use assessment scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by Cronbach's Alpha coefficient of .90. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test

The conclusions of this research were as follows:

1. Amphetamine use scores during rehabilitation among adolescents after received brief cognitive and behavioral intervention with family participation was significantly lower than those before at p.05 level.

2. Amphetamine use scores during rehabilitation among adolescents who received brief cognitive and behavioral intervention with family participation were significantly lower than those who received the regular nursing care, at p .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จด้วยความกรุณาของ ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้พร้อมให้คำแนะนำในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ ให้คำชี้แนะ พร้อมทั้งเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการดำเนินการให้ตรงต่อเวลาที่วางแผนงานไว้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งประทับใจในความกรุณาของท่าน และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณ รศ.ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจเสมอมา และ รศ.ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์อุฬาร วิเลชา อาจารย์ธรรบ เทียมสันต์ อาจารย์วินัย รอบคอบ คุณนรากร สารีเหล็ก และคุณเบญจมาภรณ์ บัวหลวง ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งดูแลผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยมา ณ โอกาสนี้

ขอบคุณผู้ป่วยวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัวทุกคนที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน ให้ความร่วมมือในการวิจัยทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนการวิจัยที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

ขอบคุณมารดา บิดา และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จในการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนสำเร็จในการดำเนินงานวิจัยด้วยดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ในตัวผู้วิจัยเสมอมา ครอบครัวจึงถือเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีพลังในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เชื่อมั่นในความคิดที่ดี จนประสบความสำเร็จที่มุ่งหวังไว้

อรรถพล ยิ้มยรรยง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการรักษา	5
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน	13
2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน	21
3. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (Brief Cognitive Behavioral Intervention)	31
4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	35
5. การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม	40

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากร.....	47
กลุ่มตัวอย่าง	48
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	49
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	73
สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	97
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
ภาคผนวก ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	115
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	118
ภาคผนวก จ หนังสือคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)	131
ประวัติผู้เขียน.....	134

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ในวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน	68
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของ วัยรุ่นภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (n= 20)	70
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของ วัยรุ่นกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้การพยาบาลตามปกติ (n= 20).....	71
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของ วัยรุ่น หลังให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (2 สัปดาห์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n= 40)	72
ตารางที่ 5 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งตามคะแนนการประเมิน ความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีน.....	116
ตารางที่ 6 ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น	117

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย มีขอบเขตและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการแพร่ระบาดของยาเสพติดก่อให้เกิดความเสียหาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและความมั่นคงของชาติ เนื่องจากยาเสพติดส่งผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยพบข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย ปีพ.ศ.2561 ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่าการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ยาบ้าหรือสารเมแทมเฟตามีน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาททำให้มีความตื่นตัวมากขึ้น (เกรียงไกร พึ่งชู, กาญจนา ภัทราวิวัฒน์และ วิไลลักษณ์ ลังกา, 2562) การเสพติดแอมเฟตามีน จึงเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นกัน ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน โดยเฉพาะในวัยรุ่น พบความรุนแรงเป็นที่ปัญหาอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากสถิติของผู้รับการบำบัดจากสารแอมเฟตามีนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.2 โดยพบในช่วงอายุระหว่าง 20-24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 21.8 รองลงมาคืออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 20.4 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558) และในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น จำนวน 3,155 ราย เป็นวัยรุ่นมากที่สุด โดยมีอายุในช่วง 20-24 ปี และ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.75 และ 14.17 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2560) สอดคล้องกับสถิติการบำบัดรักษาแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 431, 469 และ 590 ราย ตามลำดับ เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.93 ช่วงอายุที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ ช่วงอายุ 12-17 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.2 และ 18-24 ปี ร้อยละ 73.8 โดยเป็นการบำบัดในระบบสมัครใจ แบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 90.35 เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นเพศชายในจังหวัดอุดรดิตถ์ (เวชระเบียนโรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2562)

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอมเฟตามีนในกลุ่มวัยรุ่น เมื่อวัยรุ่นมีการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่วงจรการเสพติดสารแอมเฟตามีน (amphetamine dependence) คือ มีความจำเป็นต้องพยายามจะหาสารแอมเฟตามีนมาเสพ มีการเพิ่มปริมาณและความถี่ของการเสพเพิ่มขึ้น (นพดล โสภณวรกิจ, 2561) การเสพยาแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 12 - 21 ปี ที่อาศัยอยู่ในเมืองและมีสังคมกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนเป็นประจำ อาจทำให้พฤติกรรมการเสพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อม สังคมที่มีการใช้แอมเฟตามีนเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการใช้แอมเฟตามีนได้เพิ่มขึ้น (ศิริลักษณ์ แสงส่อง, 2558)

การเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่น (Amphetamine use) หมายถึง พฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนของวัยรุ่นโดยวิธีการกิน หรือ สูบ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำนึงถึงลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วย ปริมาณ ความถี่และวิธีการเสพแอมเฟตามีน (Sobell and Sobell, 1995; ศิริลักษณ์ แสงส่อง, 2558) โดยปัญหานี้เกิดขึ้นเนื่องจากแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ไปกระตุ้นสมองให้หลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนออกมาเพิ่มขึ้นทำให้ผู้เสพเกิดความสุข เมื่อไม่ได้รับการกระตุ้นจากยาเสพติด สมองจะไม่หลั่งสารสื่อประสาทนั้น จึงเกิดการขาดยาและอาการอยากยาจนต้องมีการเสพเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ (ธัญญา สิงห์โต, สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลพิมพ์และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2560) ซึ่งการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งผลโดยตรงต่อร่างกายของผู้เสพ คือ ทำให้ร่างกายซูบซีด ความคิดช้าลง สมองเสื่อม ผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล หวาดระแวง ประสาทหลอน (ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์และ สุกุม่าแสงเดือนฉาย, 2556) ผลกระทบต่อครอบครัว ในกลุ่มวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน คือ การเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมรุนแรงด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การตวาด ดุด่า ด้วยคำหยาบคาย ร้อยละ 71.9 และทะเลาะกับคนในครอบครัว ร้อยละ 59.4 อีกทั้งทำให้ครอบครัวไม่มีความสุขในชีวิตครอบครัว บาดหมางใจกันไม่พอใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ที่เสพแอมเฟตามีนจนติดจะต้องเพิ่มปริมาณการใช้จ่ายมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้สูญเสียเงินสำหรับซื้อยามาเสพ อีกทั้งยังส่งผลกระทบด้านสังคม เช่น ความไม่มั่นคงปลอดภัยและอาชญากรรมต่างๆ และเมื่อมองภาพรวม พบว่าแอมเฟตามีนส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศชาติ ทั้งจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจและปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น (สุจิตตา ฤทธิมนตรีและกฤตยา แสงวงเจริญ, 2554)

การเสพแอมเฟตามีนในวัยรุ่นเพศชาย พบว่า ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ความเป็นเพศชายเป็นคุณลักษณะที่พัฒนามาจากการกล่อมเกลางานสังคมโดยผ่านกระบวนการอบรมสั่งสอนจากบ้าน โรงเรียน ผู้เลี้ยงดู การเห็นแบบอย่าง ประสบการณ์ชีวิต ทำให้มีพฤติกรรม บาทบาทแตกต่างกัน ด้วยความแตกต่างทางเพศนี้เอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนในวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ มั่งคั่ง, จิตนา วัชรสินธุ์ และ วรณี เดียววิศเรศ (2559) พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ซึ่งวัยรุ่นชายมีความเสี่ยงต่อการเสพยา มากกว่าวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 บุคคลที่ตรวจพบสารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าในปัสสาวะจะถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษาและได้จำแนกการบำบัดรักษาในปัจจุบันออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ (Voluntary system) เพื่อให้ผู้ติดยาที่ต้องการเลิกยาโดยการสมัครใจสามารถเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 2) ระบบบังคับ (Compulsory system) เป็นระบบที่ผู้ถูกจับในฐานะผู้เสพจะถูก

บังคับเข้ารับการบำบัด หากผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจจะถูกปล่อยตัวโดยไม่ดำเนินคดี และ 3) ระบบต้องโทษ (Correctional system) เป็นระบบที่บุคคลมีการกระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังต้องได้รับการรักษาพยาบาล ภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย ทั้งนี้การเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1.ระยะเตรียมการ 2.ระยะถอนพิษยา 3.ระยะฟื้นฟู 4.ระยะติดตามผล (ศิริรัตน์ นิตยวัน, นกัศวรณ รังสิโรจน์และ อรัญญา แพทย์, 2561)

การบำบัดระยะฟื้นฟูในวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลวัยรุ่นที่รับการบำบัดได้กลับไปอยู่บ้าน อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม สังคมเดิมทำให้มีโอกาสกลับไปเสพยาขณะรับการบำบัดระยะฟื้นฟูได้ สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา (2556) ที่ทำการศึกษารับการบำบัดยาเสพติดในระยะเวลาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเสพยาซ้ำมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมและจากข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปี พ.ศ. 2556 -2560 พบการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำในการบำบัดระยะฟื้นฟูว่าเกิดการเสพยาซ้ำทั้งในระหว่างและภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ 14.28, 19.15, 20.93, 24.12 และ 23.42 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาแอมเฟตามีนที่สำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัววัยรุ่นเอง ปัจจัยด้านสังคมหรือสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านครอบครัว โดยปัจจัยด้านตัววัยรุ่น พบว่า การมีพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนในวัยรุ่น เกิดจากพฤติกรรมการลอกเลียนแบบเพื่อน ประกอบกับการมีบุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตนเอง ชอบพึ่งพาผู้อื่น การขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม (โสฬรณ อินทสิทธิ์ และบุญสม วราเอกศิริ, 2554) ปัจจัยด้านสังคมหรือสิ่งแวดล้อมพบว่าอิทธิพลของเพื่อนมีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาเสพติด (พรรณภา เรืองกิจ, 2554) ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง ต้องการแสวงหาความสุขให้กับตนเอง ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ค่านิยมที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย โดยพบว่าวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนมีสาเหตุหลักมาจากเพื่อนชวน และการอยากทดลอง (อุษณีย์ พิงปาน, 2550) กระแสสื่อหรือเทคโนโลยีต่างๆ การมีสภาพแวดล้อมเป็นแหล่งจำหน่ายยาเสพติดในชุมชน การหายาเสพติดมาเสพยาได้ง่าย (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า เป็นปัจจัยทางบวกที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีการยอมรับและช่วยเหลือกัน จากการศึกษาของ อุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) ที่พบว่า ครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 52.50 เมื่อครอบครัวมีความเข้มแข็ง วัยรุ่นจะมีความเข้มแข็ง มีทักษะชีวิต มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้ดีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดได้มากขึ้น อีกทั้งพบว่าหากการทำหน้าที่ของครอบครัวดีจะส่งผลทำให้วัยรุ่นลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนลงได้ 0.93 เท่า จะเห็นได้ว่าครอบครัวส่งผลต่อ

พฤติกรรมป้องกันการเสพแอมเฟตามีนในวัยรุ่น ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนร่วมในการบำบัดการช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและสามารถทำหน้าที่ในการดูแลเยาวชนที่เสพแอมเฟตามีนได้จะส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะแอมเฟตามีนได้ดีมากขึ้น (พรรณภา เรืองกิจ, 2554) การบำบัดผู้เสพแอมเฟตามีนในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการบำบัดค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งจัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวบุคคลเท่านั้น และแม้ว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัด แบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) จะมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยแอมเฟตามีน แต่เนื่องจากการผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาจึงทำให้การบำบัดในรูปแบบนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากต้องใช้เวลาในการบำบัดยาวนานคือ ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอัตราการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมในสัดส่วนที่สูง (อังกูร ภัทรกรและนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558) และพบสถิติการเสพยาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบนี้สูงถึงร้อยละ 30 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบรูปแบบการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่จัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆ กัน จากการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ที่ศึกษาผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (Brief Cognitive Behavior Intervention) ซึ่งนำการบำบัดมาใช้กับผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอกในบริบทของประเทศไทย โดยใช้แนวคิดของ Baker et al. (2005) ซึ่งการศึกษานี้จัดกระทำกับปัจจัยด้านบุคคล (ตัววัยรุ่น) คือ ลดความคิดบิดเบือน และลดพฤติกรรมการลอกเลียนแบบที่ไม่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาแอมเฟตามีนในข้างต้น ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 59.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลักสำคัญในการบำบัดตามผลการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) คือ 1) การสร้างแรงจูงใจในการเข้าบำบัด 2) ฝึกให้ผู้บำบัดวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง การบันทึกทางความคิดและอารมณ์ 3) ฝึกควบคุมความอยากใช้แอมเฟตามีน 4) การจัดการกับความคิดในสถานการณ์เสี่ยงใช้ยา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลทางบวกหรือปัจจัยป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนได้ดีคือ การมีครอบครัวเข้มแข็งหรือสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อดูแลผู้เสพยาแอมเฟตามีนของ นุรินยา แหละหมัด, อ้อมเดือน บุญญามณี, ดารารัตน์ สารพันธ์, และสยาม มุสิกะไชย (2552) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พบว่า สามารถลดการใช้สารเสพติดและ เพิ่มความพึงพอใจของพ่อแม่ที่มีต่อวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัด อีกทั้งลดความถี่ในการใช้เสพติด ลดความผิดทางด้านกฎหมาย ลดความรุนแรงในครอบครัวและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวัลรัตน์ เสียรกิตต์ธนา (2556) ที่ศึกษาในผู้

เซพแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟู พบว่าการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดทำให้ผู้เสพแอมเฟตามีนมีทักษะชีวิตที่ดีขึ้นและการใช้แอมเฟตามีนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่ได้กล่าวมาในข้างต้น

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (Brief Cognitive Behavior Intervention) หากนำมาใช้เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหายู่วรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน โดยการผสมผสานการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกหรือปัจจัยป้องกันการเสพแอมเฟตามีนได้ดีในการลดพฤติกรรมเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นไทย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความสนใจนำโปรแกรมนี้มาใช้เพื่อช่วยลดการเสพแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายหลังที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. คะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นก่อนและหลังที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการรักษา

การเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่นจัดเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้อง สังคมและประเทศชาติ รวมถึงระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้หากวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมเสพแอมเฟตามีนอยู่อย่างต่อเนื่อง จะทำให้สมองสูญเสียการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เกิดอาการทางจิตประสาท คลุ้มคลั่ง และเสียสติ จนอาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ (ณัชฎาวรรณ รอดการทุกข์, กุลทัต หงษ์ขยางกูรและ พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, 2560) อีกทั้งยังนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งและรุนแรงภายในครอบครัว รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตของ สมาชิกในครอบครัวตามมา ทั้งนี้พบว่าสาเหตุที่ทำให้

ให้วัยรุ่นมีการเสพติดแอมเฟตามีนประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านตัววัยรุ่นเอง ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (กิตติวงศ์ สาสวดและ ปรีชา ดิลกวุฒิสิทธิ์, 2559) ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้เป็นอุปสรรคที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพติดแอมเฟตามีน โดยเฉพาะปัจจัยด้านตัววัยรุ่นและปัจจัยด้านครอบครัว (Mackwnzie and Kipke, 1998) ด้วยเหตุนี้การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการลดปัจจัยสาเหตุทั้งสามประการดังกล่าวพร้อมกัน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention (BCBI) ของ Baker et al. (2005) ซึ่งเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ ตามการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ร่วมกับการนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนขณะรับการบำบัดรักษาแนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ตามการศึกษาของ นรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) โดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (BCBI) จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมตามมา เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อันก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ นอกจากนี้การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Family participation) นั้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งภายในครอบครัว ด้วยการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความรัก เข้าใจและมีการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสมต่อกัน มีความร่วมมือร่วมใจกันในการคอยดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและช่วยส่งเสริมให้ตัววัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิดทั้งสองดังกล่าวมาแล้วมาผสมผสานประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 4 กิจกรรม ใช้เวลานาน 60 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม นาน 4 สัปดาห์ โดยทุกกิจกรรมมีพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ (Motivational Interviewing) เป็นการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) มาใช้ในกิจกรรมการบำบัดครั้งนี้ โดยการให้คำปรึกษาที่ยืด ผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลางในการศึกษานี้ ได้แก่ วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้หลักการสัมภาษณ์ โดยให้ครอบครัวกระตุ้นวัยรุ่นให้เกิดการมองเห็นเป้าหมายในการบำบัดร่วมกันครอบครัวและวัยรุ่นได้สำรวจค้นหาและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าคุณสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพติดแอมเฟตามีนได้ด้วยทำที่ที่แสดงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด สร้างความรู้สึกให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและ พ่อหรือแม่ รับรู้ว่าคุณมี

ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจลดปัญหาการใช้ แอมเฟตามีนของวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การที่วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกจะช่วยให้ได้คุยกับตนเองซ้ำๆ ทำให้วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนรู้สึกกังวลใจกับพฤติกรรมหรือปัญหาที่ตามมาจากเสพยาแอมเฟตามีนและความกังวลใจเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนต้องการเปลี่ยนแปลง (รัชนิ อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2556)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และวางแผนแก้ไขปัญหากับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นให้ครอบครัว (พ่อหรือแม่) ได้กำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น อีกทั้งกระตุ้นให้วัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลวัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีน เนื่องจากวัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก เป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชที่จำเป็นต้องมีส่วนในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดี และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว วัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีนและครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มีเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเล่นแอมเฟตามีนลดลง (ทัศนีย์ ลิ้มปัสานนท์ และรัศมน กัลยาศิริ, 2558)

กิจกรรมที่ 3 การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด (Positive Self talk) เป็นการจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นที่มีต่อความอยากเสพยาแอมเฟตามีน โดยการให้ครอบครัวดำเนินการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนลดลง และครอบครัวได้แสดงบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น อีกทั้งเป็นการเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) ในการดูแลสมาชิกครอบครัว และการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีน (Marland, 1999) ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิม ในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ เทคนิคการพูดกับตัวเองทางบวก (Positive Self talk) ตามแนวคิดของ Nelson-Jones (1990) นำมาประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหา จะช่วยให้ครอบครัวของวัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีนมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัว และฝึกใช้สติในการควบคุมความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ไผ่โรส มามะ, 2557)

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะป้องกันการเสพยา (relapse prevention) โดยการฝึกจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีน โดยครอบครัวมีส่วนดำเนินกิจกรรมกับวัยรุ่นให้ฝึกจัดการกับสถานการณ์จำลองที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยา และช่วยหาวิธีป้องกันหรือแก้ไขหากเกิดขึ้น เพื่อให้วัยรุ่นที่มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนที่เหมาะสม ได้แก่ มีการสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะ ความโกรธ (Anger control) 2) ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนมีทักษะในการตัดสินใจที่เหมาะสมและวิธีการสร้างขั้นตอนและวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การใช้แอมเฟตามีน (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553)

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการเสพยาแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยการเสพยาแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพยาแอมเฟตามีนในวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน

ประชากร คือ วัยรุ่นชายที่เสพยาแอมเฟตามีนอายุระหว่าง 12-21 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น Amphetamine Dependence ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-V ที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟู และ พ่อหรือแม่ ของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน แต่ละครอบครัวประกอบด้วย วัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน จำนวน 1คนและ พ่อหรือแม่ ของวัยรุ่น เสพยาแอมเฟตามีนจำนวน 1 คน รวม 2 คนที่ได้รับการบำบัดรักษาแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน อายุระหว่าง 12-21 ปี ที่ได้รับการบำบัดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟู ในระบบสมัครใจ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น Amphetamine Dependence ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-V ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ที่มีคะแนนที่มีคะแนนตั้งแต่ 4-15 คะแนน อยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก และ พ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เป็นผู้ดูแลวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนในครอบครัวแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 1 คนและ พ่อหรือแม่ของวัยรุ่น เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจำนวน 1 คน รวม 2 คนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์จำนวน 40 คู่

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ การเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน หมายถึง วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนโดยวิธี กิน หรือ สูบ แอมเฟตามีน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำนึงถึงลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วย ปริมาณและ ความถี่ สามารถประเมินได้จากแบบประเมิน Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) โดยมีคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถาม คัดคะแนนการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้นจำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มากกว่า

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาล เป็นรายครอบครัวให้แก่วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนและพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Baker et al. (2005) ตามการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ร่วมกับแนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ตามการศึกษาของ นุรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) โดยดำเนินการบำบัดออกเป็น 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งนาน 4 สัปดาห์ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีรายละเอียดของการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมย่อยได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการมีส่วนร่วมในการบำบัด โดยการ

พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ ของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนให้เกิดความไว้วางใจ มีความร่วมมือที่ดีต่อการบำบัดรักษา การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับรูปแบบ และขั้นตอนการบำบัด 2) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย กิจกรรมย่อยได้แก่ การทำ cognitive – behavioral coping strategies และใช้เทคนิคการจัดการกับความเครียดโดยการทำ Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีการคือให้บุคคลหลับตา เกร็งคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย โดยเริ่มที่ส่วนของร่างกาย จากขา ท้อง หน้าอก แขน และหน้าตามลำดับ ซึ่งในแต่ละส่วนร่างกายให้เกร็ง 10 วินาที แล้วผ่อนคลาย 20 วินาที ใช้เวลาประมาณครั้งละ 20-30 นาที และเทคนิค coping self-talk โดยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการพูดกับศักยภาพหรือจุดแข็งของผู้รับการบำบัด ที่จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในเลิกใช้ amphetamine

กิจกรรมที่ 3 การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ ที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยได้แก่ ฝึกการยอมรับความคิดที่เกิดขึ้น และ ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ เพื่อลดความอยากและป้องกันการกลับไปใช้แอมเฟตามีนของวัยรุ่น ดังนี้ 1) สอนให้วัยรุ่นใช้ความคิดในการจำลองสถานการณ์หรือเหตุการณ์และเขียนออกมา ด้วยการระบุสิ่งรบกวนหรือสถานการณ์ตอนใช้แอมเฟตามีน 2) จากนั้นตรวจจับความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการใช้แอมเฟตามีนว่าเป็นอย่างไร 3) การลดความคิดต่อการเสพยาโดยใช้เทคนิคการพูดกับตัวเองเชิงบวก (Positive self-talk)

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะป้องกันการเสพยา (relapse prevention) หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยได้แก่ การจัดการกับ อารมณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีน เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนที่ เหมาะสม ได้แก่ มีการสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะ ความโกรธ 2) ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีทักษะในการตัดสินใจที่เหมาะสมและวิธีการสร้างขั้นตอนและวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อลดการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การใช้แอมเฟตามีน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดระยะฟื้นฟูสภาพ ที่มุ่งเน้นในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-21 ปี แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ที่ปฏิบัติให้กับผู้ที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนและพ่อหรือแม่ ได้แก่ การซักประวัติการ

ตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิต การประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน การพบจิตแพทย์ รวมถึง คำแนะนำ การให้ความรู้เรื่องแอมเฟตามีน การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพและการตอบปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ในการดูแลกลุ่มวัยรุ่น

วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน หมายถึง บุคคลเพศชายที่มีอายุระหว่าง 12-21 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น Amphetamine Dependence ตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-V ที่มารับการบำบัดยาเสพติด ระยะฟื้นฟูสภาพแผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพติดแอมเฟตามีนด้วยแบบประเมิน Severity of Dependence Scale (SDS) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนนหรือมากกว่าในการระบุว่ามียุติกรรม การเสพในระดับที่รุนแรงถึงขั้นติดสารเสพติด

ครอบครัววัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน หมายถึง พ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า 1 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเสพแอมเฟตามีนเพื่อลดการเสพแอมเฟตามีนของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงการบำบัดรักษาในวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ตำรา วิชาการ วารสาร เอกสาร บทความ และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับแอมเฟตามีน

1.1 ทฤษฎีการติดยา

1.2 ความหมายการเสพติดแอมเฟตามีน

1.3 การวินิจฉัยผู้เสพติดแอมเฟตามีน

1.4 การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดระยะฟื้นฟู

1.5 การพยาบาลผู้เสพติดแอมเฟตามีน

2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

2.1 ความหมายของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

2.3 ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

2.4 การประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน

2.5 การพยาบาลวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

3. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (Brief Cognitive Behavioral Intervention)

3.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

3.2 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ

3.3 แนวคิดการบำบัดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ

3.4 ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ

4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

4.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

4.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว

4.4 ลักษณะของครอบครัววัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

5. การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับแอมเฟตามีนและวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

สารแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นสารเกิดขึ้นจากการสังเคราะห์ขึ้นมาเมื่อปี ค.ศ.1877 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ผลิตออกมาในรูปแบบของแอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulphate) ต่อมาในปี ค.ศ.1888 นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่น ได้สังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนได้อีกหนึ่งชนิด เรียกว่า เมทแอมเฟตามีน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความตื่นตัวและมีความสุขเมื่อได้เสพ จึงเกิดการเสพติดแอมเฟตามีนตามมา

1.1 ทฤษฎีการติดยา (Theory of addiction)

Old and Milner (1954) กล่าวว่า การเสพติดเกิดจาก ปัจจัยทางชีวภาพ (Bio psychosocial) ประกอบด้วย พันธุกรรมและ สารสื่อประสาท (Neurochemical mechanism) เนื่องจากสารเสพติด ทำให้การทำงานของ Dopamine system ทำงานเพิ่มมากขึ้น ทั้งเพิ่มการสร้างและการยับยั้งและดูดกลับ เพื่อทำให้ผู้เสพได้รับความพึงพอใจและมีความสุข

Jesso, Chase and Donovan (1980) กล่าวว่า การเสพติดเกิดจาก ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม หรือ Psychological Theory เชื่อว่า จิตวิทยาการเสพติดเกี่ยวข้องกับแนวคิดหลายอย่าง ได้แก่ ด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด บุคลิกภาพ การเรียนรู้พฤติกรรม เป็นต้น การติดทางใจเริ่มต้นจากการใช้ยาเสพติด เพื่อความสนุกจนกลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดส่วนหนึ่งของชีวิต การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งที่สำคัญมากส่งผลให้ สามารถทำสิ่งอื่นในชีวิตได้เช่น การงาน บิดา มารดา แนวคิดเรื่อง พยาธิสภาพภายในจิตใจ ผู้ติดยาเสพติดมักให้เหตุผลที่เขาต้องใช้ยาเสพติด เพราะว่าชีวิตเขามีปัญหา ไม่สามารถแก้ปัญหาตามลำพังได้เป็นผลให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว กลุ้ม โกรธ ซึมเศร้า และอื่น ๆ บังคับให้บุคคลต้องใช้ยาเสพติดเพื่อลดสภาวะความกดดัน

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎี Psychosocial Theory ตามผลการศึกษาของ Jesso , Chase and Donovan (1980) พบว่าพฤติกรรมการเสพยาเสพติดเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในการศึกษานี้ก็กล่าวถึงครอบครัวและเพื่อน และปัจจัยภายในคือ ตัวผู้เสพและ พบว่าตัวผู้เสพยาเสพติดยังคงมีพฤติกรรมการเสพต่อเนื่องและต้องการมากขึ้น (Dependence) สอดคล้องกับการใช้เครื่องมือในการคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างเป็น Severity Of Dependence Scale (SDS) เนื่องจากเป็นการประเมินพฤติกรรมและการต้องการเสพ (Dependence) สัมพันธ์กับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

1.2 ความหมายของแอมเฟตามีน

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของ แอมเฟตามีน หรือ แอมเฟตามีน (Amphetamine) ไว้ว่า แอมเฟตามีนเดิมนั้นมีชื่อเรียกว่า “ยาม้า” จัดอยู่ในสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 เมื่อเสพแล้วทำให้ผู้เสพมีอาการคลุ้มคลั่ง คล้ายคนบ้า และมีการแพร่ระบาดอย่างมาก จึงเปลี่ยนชื่อเป็น “ยาบ้า” และกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539

อานันท์ จำลองกุล (2559) กล่าวว่า แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับ catecholamines มีผลยับยั้งการดูดกลับของสาร catecholamines เป็นผลให้เกิดการหลั่ง โดปามีน (Dopamine) ออกมามาก เมื่อเสพแอมเฟตามีนเข้าไปทำจึงทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทตามมา

อารี สุภาวงศ์ (2559) กล่าวว่า แอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดชนิดกระตุ้นระบบประสาทเมื่อเสพยา ผู้เสพจะรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว กระปรี้กระเปร่าสบายใจ ชีพจรเร็ว พุดคุยเก่ง รู้สึกพอใจในการใช้ยาและเมื่อยาหมดฤทธิ์ก็จะพยายามที่จะหาแอมเฟตามีนมาเสพใหม่ ทำให้เกิดการเสพติด การแพร่ระบาดของแอมเฟตามีน เป็นไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น

กล่าวสรุปแล้วแอมเฟตามีน หมายถึง สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทจัดเป็นสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้เสพไม่ว่าจะเสพด้วยวิธีใดก่อให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า นอนไม่หลับ หากผู้เสพใช้ไประยะหนึ่งจะทำลายสมอง มีการรับรู้เปลี่ยนไปจากเดิม เกิดการเสพติดแอมเฟตามีน และหากใช้ไปนาน ๆ ผู้เสพจะมีอาการทางจิตตามมา

1.2.1 การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน

พลอยไพลิน รัตนสัญญา และจุฬธิดา โฉมฉาย (2557) กล่าวว่า แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่ ควบคุมสมองส่วนคิด และสมองส่วนอยาก ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกี่ยวกับการทรงตัวการเคลื่อนไหว และการถ่ายทอดความรู้สึก การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนจะขึ้นอยู่กับปริมาณแอมเฟตามีน และระยะเวลาที่ใช้ เนื่องจากแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กระตุ้นสมองส่วนกลาง เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายจะให้ความตื่นตัว มีแรงทำงาน เพิ่มพลังงานได้มากกว่าปกติ ลดอาการอ่อนเพลีย ไม่ง่วงนอน จิตใจสบาย รู้สึกแจ่มใส โดยเฉพาะช่วงแรกที่เสพจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่เมื่อเสพต่อเนื่องนาน ๆ จะไปทำลายส่วนคิดทำให้การใช้เหตุผลในการตัดสินใจเสียไป สมองเกิดการรับรู้ ที่ผิดปกติเปลี่ยนไปจากเดิม เมื่อหมดฤทธิ์แอมเฟตามีนจะเกิดอาการง่วงนอนและอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ต้องการพักผ่อนที่ยาวนาน

และทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ถ้าใช้อย่างสม่ำเสมอร่างกายจะดื้อยาหรือทนต่อยา และเมื่อไม่ได้เสฟจะเกิดอาการขาดยา (Withdrawal symptom) ตามมา

1.2.2 ความหมายของการเสฟแอมเฟตามีน

ณัฐ เค้นดวงบริพันธ์ (2554) กล่าวว่า การเสฟติดแอมเฟตามีน เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเสฟแอมเฟตามีนเป็นครั้งคราวเมื่อมีโอกาสเสฟที่ครั้งละเล็กน้อย สู่การเสฟยาบ่อยขึ้น จนเสฟทุกวันและวันละหลายครั้ง เมื่อเสฟแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย จะไปกระตุ้นระบบประสาท บริเวณสมองส่วนกลางที่เรียกว่า Limbic system หรือ สมองส่วนอยากที่เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ โดย แอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นปลายประสาทให้หลั่งสารโดปามีน (Dopamine) หรือ สารแห่งความสุข ออกมาจำนวนมากกว่ปกติ โดยทั่วไปการหลั่งสารโดปามีนในระดับที่สมดุลจะทำให้เกิดภาวะอารมณ์ ความรู้สึกสุขเป็นปกติ ไม่สุขหรือเศร้าจนเกินไป ซึ่งในผู้เสฟแอมเฟตามีนระยะแรกจะรู้สึกเป็นสุข พึงพอใจ ทำงานได้มากกว่าปกติ ไม่เหนื่อยง่าย แต่ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระตุ้นให้สมอง และร่างกายใช้พลังงานมากกว่าปกติ ซึ่งพบว่าเมื่อหมดฤทธิ์แอมเฟตามีน ผู้เสฟจะมีอาการเหนื่อยล้า ไม่ค่อยมีแรงผิดปกติ จิตใจซึมเศร้า ทำให้เกิดความต้องการเสฟแอมเฟตามีนเพื่อกระตุ้นร่างกายอีกเพื่อให้เกิดภาวะที่เป็นสุขเหมือนเคย แต่เมื่อผู้เสฟเกิดการเสฟแอมเฟตามีนต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ปริมาณแอมเฟตามีนที่เคยเสฟขนาดเท่าเดิมจะไม่ค่อยได้ผลตามต้องการเพราะร่างกายเกิดการดื้อยา จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณการเสฟแอมเฟตามีนมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้เกิดความสุขได้เหมือนเดิม ในขณะที่เดียวกันสมองอีกส่วนหนึ่งคือ ส่วน Cerebral cortex ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลาง หรือเรียกว่าสมองคิด มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล การตัดสินใจ จะถูกทำลายไปและถูกควบคุมโดยสมองส่วนอยาก (Limbic System) ส่งผลให้ความสามารถในการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผลน้อยลง ทำให้ไม่สามารถแยกแยะเหตุผล ที่ถูกผิดได้เหมือนเดิม และทำให้ระบบความจำเสื่อมจึงพบว่าผู้เสฟแอมเฟตามีนมักจะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอมเฟตามีน หรือตกเป็นทาสแอมเฟตามีน ซึ่งมีความคิดพฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหง่าย ผู้เสฟติดแอมเฟตามีนจะไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเสฟแอมเฟตามีนได้ ซึ่งจะทำให้มีอาการทางจิตและเป็นโรคจิตในที่สุด

จากข้างต้นสรุปความหมายการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีนได้ว่า แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วนกลาง ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่หลักๆของสมอง 2 ส่วนคือ สมองส่วนคิด และสมองส่วนอยาก สมองส่วนอยากจะทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมความอยาก และสัญชาตญาณต่าง ๆ อย่างเหมาะสมเช่นกัน แต่เมื่อเกิดการเสฟติดแอมเฟตามีนการทำงานของสมอง 2 ส่วนนี้ จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้สมองส่วนอยากมีอิทธิพลมากกว่าสมองส่วนคิด ทำให้ขาดการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล สามารถทำตามความอยากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำตามความต้องการ เช่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การลักขโมย การทำร้ายคนอื่น เป็นต้น

1.3 วินิจฉัยผู้เสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ได้ให้ความหมายของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-V) ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทย ดังนี้

1.3.1 เกณฑ์วินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน DSM-V ประกอบด้วย

1.3.1.1 มีภาวะดื้อยา (tolerance) คือต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารที่เท่าเดิมตามที่ตนเองเคยได้รับ หรืออาจเสพสารเท่าเดิมแต่ได้ฤทธิ์ของสารที่ลดลง

1.3.1.2 มีอาการขาดยา (withdrawal) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อความเข้มข้นของสารในเลือดหรือเนื้อเยื่อลดลง ในบุคคลที่ใช้สารนั้นมาเป็นเวลานานได้แก่ ปวด สั่น ใช้อ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ หรือรู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวล ซึมเศร้าหรือหงุดหงิด

1.3.1.3 มีการใช้สารปริมาณมากขึ้นหรือระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจไว้

1.3.1.4 มีความต้องการใช้อยู่ตลอดเวลาไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้ได้

1.3.1.5 เสียเวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสารมาเสพและใช้เวลาฟื้นตัวจากผลกระทบของสารนั้น

1.3.1.6 ต้องงดหรือลดกิจกรรมทางสังคม การงานหรือการบันเทิงอื่นๆ เพื่อที่จะเสพสารเสพติด

1.3.1.7 ยังใช้สารนั้นแม้ทราบว่าก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

1.3.2 เกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ICD-10

1.3.1.1 ดื้อยา (tolerance) ต้องเพิ่มปริมาณในการใช้มากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารในระดับที่พึงพอใจ

1.3.1.2 ขาดยา (withdrawal) เมื่อหยุดเสพจะมีอาการได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง สับสน หงุดหงิด ซึมเศร้า

1.3.1.3 มีความลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาในแง่ของการเริ่มไปใช้ การหยุดหรือควบคุมระดับของการใช้ยา

1.3.1.4 มีความต้องการที่รุนแรงที่จะไปเสพยาซ้ำ ๆ

1.3.1.5 ใช้เวลาจำนวนมากหรือหมกมุ่นกับการไปหายามาเสพ หรือใช้เวลานานที่จะฟื้นจากฤทธิ์ของยา

1.3.1.6 ไม่เอาใจใส่ในเรื่องสนุกสนานหรือเรื่องที่น่าสนใจอื่นๆมีปัญหาสังคมหรือสัมพันธ์ทางบุคคลที่เกิดจากการเสพ จากสารนั้นอย่างต่อเนื่อง

1.3.1.7 ยังคงใช้สารเป็นประจำแม้จะมีปัญหาอันตรายจากการใช้นั้น

จากหลักเกณฑ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติดทั้งระบบ ICD-10 และระบบ DSM-V มีความคล้ายคลึงกันโดยสามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ไม่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดนั้นได้ (uncontrolled use) 2) มีอาการขาดยา (withdrawal symptom) 3) มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงาน และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (adverse consequence)

1.4 การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดระยะฟื้นฟู

1.4.1 การบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

อารี สุภาวงศ์ (2559) กล่าวว่า การดูแลบำบัดรักษาวัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนนั้น มีรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพบริบทของปัญหาและความยุ่งยากซับซ้อนจากปัญหาการเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งได้มีการจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่รูปแบบการบำบัดรักษาไว้หลากหลายรูปแบบดังต่อไปนี้

1.4.1.1 รูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาล

บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดทุกชนิด ทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โดยให้บริการครบทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1.ขั้นเตรียมการ 2.ขั้นถอนพิษยา 3.ขั้นฟื้นฟูสภาพ 4.ขั้นติดตามผล (อังกูร ภัทรารกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

1.4.1.1.1 ขั้นเตรียมการก่อนการบำบัดรักษา

เป็นระยะแรกของการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว เตรียมใจ จัดการกับภารกิจต่าง ๆ ของตัวเองให้เรียบร้อย เพื่อจะได้เข้ารับการบำบัดรักษาให้ครบตามระยะเวลาโดยไม่ขาดตอนรวมทั้งให้คำแนะนำ จูงใจให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญ รวมทั้งการเตรียมพร้อมของครอบครัวของผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การตรวจสอบหลักฐาน การซักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกาย ละจิตใจ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภูมิแพ้โรควิธีการรักษา แนะนำขั้นตอนการบำบัดรักษา

1.4.1.1.2 ขั้นบำบัดด้วยยา

เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการยาจะมีอาการทรมานอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดยาไม่ให้มีอาการทรมานมากเกินไป สามารถดหรือหยุดยาที่เสพเป็นประจำได้ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด และสามารถผ่านอาการอยากยาได้โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนในระหว่างนี้จะมีการฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมกัน ร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วยการประเมินถึงความรุนแรงของการขาดยา และปัญหาที่สัมพันธ์กัน การป้องกันไม่ให้เกิดแรงจูงใจและการแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด

เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษา การรักษาในรูปแบบนี้แบ่งการรักษาเป็น 2 รูปแบบคือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และการรักษาแบบผู้ป่วยใน

1.4.1.1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

มีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับสภาพจิตใจและเสริมสร้าง ให้สุขภาพแข็งแรงโดยต้องแก้ไขปรับปรุงทั้งนิสัย ความประพฤติ และจิตใจที่เคยถูกครอบงำด้วยฤทธิ์ของยาเสพติดให้ตี เช่นเดิม แก้ไขสิ่งแวดล้อมและแนวทางการปรับปรุงตนเองที่ดี ขึ้นตอนนี้ ต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายฝ่าย และทำงานร่วมกันเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ใช้ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น ทางสายใหม่ (FAST Model) โดยมีแนวคิด คือเน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่นำมาให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดเป็น ผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตนดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน (อังกูร ภัทรกร และนนทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

1.4.1.1.4 การติดตามผลหลังการรักษา

เป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ และปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่หันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 ปี ซึ่งวิธีการติดตามสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมถึงบ้านเป็นรายบุคคล มีโอกาสพบผู้ป่วย ครอบครัว และญาติพร้อมกัน สามารถให้การปรึกษาทางจิตใจ ส่งเสริมกำลังใจ ช่วยแนะนำ ขจัดปัญหาต่าง ๆ การติดตามโดยทางอ้อมได้แก่ การติดตามผ่านบุคคลอื่น ใช้ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเดินทางไปพบหรือนัดได้ จะมีการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน ผู้บังคับบัญชา หรือญาติพี่น้อง ผู้ป่วยยาเสพติดจะติดสถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิค หรือวิธีการอาจจะเป็นจากอดีตที่นำมาใช้แล้วประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา และหาวิธีการในการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา (อารี สุภาวงศ์, 2559)

1.4.2 การบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูทางด้านจิตใจและสังคมแบบผู้ป่วยนอก

เอกอุมา อัมคำ (2556) กล่าวว่า การบำบัดรักษาทางจิตใจและสังคมแบบผู้ป่วยนอก เป็นกระบวนการบำบัดร่วมกับการรักษาแบบอื่นในการบำบัดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยมีเป้าหมายในการจัดสิ่งแวดล้อม การบำบัดมุ่งที่ความร่วมมือของผู้บำบัด การเข้าใจความรู้สึกของผู้ใช้สารเสพติด เพื่อเสริมแรงใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1.4.2.1 การทำจิตบำบัด เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน มีจิตใจที่เข้มแข็ง กล้าเผชิญปัญหา และมีการจัดการต่ออารมณ์ได้อย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้ไปใช้แอมเฟตามีนอีก โดยมีรูปแบบคือ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และการให้คำปรึกษาครอบครัว

1.4.2.2 วิธีการทางศาสนา เนื่องจากวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนมีจิตใจที่อ่อนไหวง่าย ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จึงมีวิธีการนำรูปแบบทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อให้รู้สึกว่ามีจิตใจมั่นคง และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้อยากกระทำความดี ละเว้นความชั่ว สามารถทนต่อสิ่งยั่วได้ เมื่อต้องเผชิญปัญหาหรือความเครียด

1.4.2.3 อาชีวบำบัดเพื่อให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และไม่นึกถึงสิ่งเสพติดใด ๆ รวมทั้งแอมเฟตามีนด้วย โดยมีการแบ่งเป็นงานบำบัด ได้แก่ งานบ้าน งานครัว และการฝึกอาชีพเพื่อฝึกทักษะให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถนำไปประกอบอาชีพได้เช่น การทำขนม ช่างเสริมสวย งานช่าง เป็นต้น

1.4.2.4 ชุมชนบำบัด เป็นวิธีให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแต่ละคนได้ฝึกพัฒนาด้วยตนเอง โดยมีส่วนให้สมาชิกที่เข้ารับการบำบัดได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเป็นหลัก (Social Learning Theory) กิจกรรมประกอบด้วย กระบวนการกลุ่ม การบันทึกพฤติกรรม เกิดพลังกลุ่ม การเรียนรู้จากประสบการณ์ ความเชื่อภายในชุมชน การฝึกให้เป็นต้นแบบและแบบอย่างที่ดี การจัดการกับอุปสรรคของการพัฒนาพฤติกรรม

1.4.2.5 จิตสังคมบำบัด (Matrix Model) เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด โดยเน้นตามทฤษฎี Cognitive-behavioral Model ผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 1 ปีซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

Matrix IOP: Intensive Outpatient Program 16 สัปดาห์แรกเป็นช่วงสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถเลิกใช้สารเสพติด รวมถึงแอมเฟตามีนได้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 อย่างคือ การให้คำปรึกษารายบุคคล รายครอบครัว กลุ่มฝึกทักษะ การเลิกยาระยะเริ่มต้น กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดซ้ำ กลุ่มครอบครัวศึกษา

After Care Program 17-52 สัปดาห์ เป็นระยะระดับประคับประคองโดยมีกิจกรรมหลัก 2 อย่างคือ กลุ่มระดับประคับประคองทางสังคม และประชุม 12 ขั้นตอน

1.4.2.6 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่าย

เป็นการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนมากในเวลาเดียวกัน โดยการจัดหาโครงการหลักสูตรให้ความหลากหลายทั้งในด้านการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ การเพิ่มทักษะในด้านอาชีพการงานและสังคม เช่น โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานของทหาร เป็นต้น

1.4.3 ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1.4.3.1 ระบบสมัครใจ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติด สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งดำเนินการรักษาทั้งระบบแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณ

1.4.3.2 ระบบต้องโทษ หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทันทสถาน บำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลางกระทรวงยุติธรรม

1.4.3.3 ระบบบังคับ หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพ.ศ. 2534 กล่าวโดยสรุป การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรวมถึงแอมเฟตามีน จำเป็นต้องใช้รูปแบบการบำบัดหลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมในทุกด้านและก่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

จากข้างต้นการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีน สรุปได้ว่ากระบวนการบำบัดรักษาวัยรุ่น ที่เสพยาแอมเฟตามีนมีความหลากหลาย โดยที่การบำบัดมุ่งเน้นให้เกิดการเสพยาแอมเฟตามีนที่ลดลง ไม่ว่าจะเป็นการ สมัครใจบำบัด บังคับ และต้องโทษ ส่วนมากเป็นการบำบัดระยะ 12-16 สัปดาห์ และการบำบัดระยะฟื้นฟูสภาพเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสได้เจอกับสิ่งแวดล้อมเดิม กลุ่มเพื่อนเดิมและมีโอกาสเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

1.5 การพยาบาลผู้เสพยาแอมเฟตามีน

นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ (2561) กล่าวว่า การพยาบาลผู้เสพยาแอมเฟตามีน คือการดำเนินการบำบัดรักษาแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการต่างๆ แก่ผู้ติดยาแอมเฟตามีน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้เสพยาแอมเฟตามีน สามารถหยุดเสพยาสามารถเลิกเสพยา ลดอัตราการป่วยและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยอธิบายบทบาทของการพยาบาลผู้เสพยาแอมเฟตามีนไว้ดังนี้

1.5.1 บทบาทส่งเสริมสุขภาพจิตผู้เสพยาแอมเฟตามีน ได้แก่ สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต แก่ ผู้เสพยาในระดับ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้แก่ วิธีแก้ไขปัญหาวิธีการสร้างสัมพันธภาพและวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีการเสริมสร้างความรักความเข้าใจ

ที่ดีต่อกัน ภายในครอบครัวและสังคม ซึ่งการให้ข้อมูลที่จำเป็นจะมีประโยชน์ในการช่วยลดความเครียด ส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่จะทำให้มี สุขภาพจิตที่ดี ช่วยให้เข้าใจถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว

1.5.2 บทบาทการประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนเพื่อเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันการป่วยซ้ำและยังครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยด้วย

1.5.3 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้หายหรือทุเลาขึ้นจนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ สามารถช่วยเหลือตนเองไม่เป็นภาระต่อสังคม ลดการป่วยกำเริบมาอีก หรือกลับเป็นซ้ำอีก ป้องกันปัญหาระยะยาวและป้องกันความเสื่อมสภาพ หรือความพิการอันเป็นผลจากความเจ็บป่วยที่มีอยู่ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนทั้งร่างกายและจิตใจ ด้วย วิธีการเฝ้าระวัง ดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งต้องการความร่วมมือของทีมสุขภาพจิต ครอบครัวและองค์กรในสังคม (ณัชฎาวรรณ รอดการทุกข์และคณะ, 2560)

2. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด

2.1 ความหมายของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด

2.1.1 ความหมายของวัยรุ่น

มนัส สุนทรโชติ (2554) ได้กล่าวว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการ โดยกลุ่มช่วงอายุที่เหมาะสมและครอบคลุมในวัยรุ่นไทยอยู่ระหว่าง 12-21 ปี

ศิริลักษณ์ แสงส่อง (2558) ได้อธิบายความหมายของวัยรุ่นไว้ว่า วัยรุ่น (adolescence) ซึ่งแปลว่า เจริญเติบโตไปสู่สภาวะ นั่นคือ เป็นวัยที่ย่างเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยถือเอาจากความพร้อมทางด้านร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตของระบบอวัยวะ และสามารถทำงานได้เต็มที่ โดยในเพศหญิงจะมีประจำเดือน ส่วนเพศชายจะมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ และตามทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial) ของ Erikson ได้กล่าวถึงช่วงอายุของวัยรุ่นระหว่าง 12-21 ปี ซึ่งแบ่งช่วงอายุของเด็กวัยรุ่นเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุ 12-15 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุ 16-18 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุ 19-21 ปี

อรอนงค์ ช้ายโพธิ์กลาง (2557) กล่าวว่า วัยรุ่นเพศชาย เป็นระยะของการ รู้จักตนเองกับเกิดความสับสนในตัวเอง เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาซึ่ง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลต่อวัยรุ่น ทำให้กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพล และอยู่ภายใต้อิทธิพลของ สิ่งแวดล้อมที่ยั่วยทางอารมณ์ได้ง่าย

จากความหมายของวัยรุ่นที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการ เปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์อย่างรวดเร็ว จากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ และพัฒนาการ ทางด้านอารมณ์ และสังคม สำหรับผู้วิจัยได้เลือกใช้เกณฑ์อายุวัยรุ่นที่เข้าร่วมงานวิจัยสำหรับการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 12-21 ปี ซึ่งสามารถครอบคลุมคำจำกัดความ ของวัยรุ่นที่มีการนิยามใช้ส่วนใหญ่ของบริษัทในประเทศไทย

2.1.2 ความหมายของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน หมายถึง พฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนของวัยรุ่นเพื่อ ช่วยด้านอารมณ์และจิตใจ เกิดความผ่อนคลายเคลิบเคลิ้มทางอารมณ์จากการใช้แอมเฟตามีนจึงเกิด พฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนต่อเนื่อง เกิดการใช้แบบประจำ ทำให้มีพฤติกรรมใช้ยาซ้ำ และแสวงหา ยาเพิ่มมากขึ้นแม้ว่าจะเกิดผลเสียทางสุขภาพและสัมพันธภาพในสังคมตามมา (กฤษดา ทองทับ ,2555)

วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน หมายถึง วัยรุ่นที่มีความรุนแรงในการใช้สารแอมเฟตา มินโดยเป็นวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง โดยพบว่าเหตุผลในการใช้แอมเฟตามีนมาจากความขัดแย้ง ในครอบครัว ใช้แอมเฟตามีนเพื่อคลายเครียด และหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (วราภรณ์ มั่งคั่ง, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน นั้นหมายความว่า วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-21 ปีที่เสพติดแอมเฟตามีนโดยมีพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนด้วยวิธี กิน หรือ สูบ แอมเฟตามีน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำนึงถึงลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่ง ประกอบไปด้วย ปริมาณและ ความถี่ในการเสพ

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

2.2.1 ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน

นพดล โสภณกรกิจ (2561) กล่าวว่า การเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันนี้ นับว่ามีความรุนแรงและมีแนวโน้มการเสพแอมเฟตามีน ตั้งแต่อายุน้อยซึ่งจากการศึกษาและ ทบทวนปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นไทย เสพติดแอมเฟตามีนพบว่า มาจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านตัวสารเสพติด และปัจจัยภายนอก ซึ่งสรุปได้ดังนี้

2.2.1.1 ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factor) และปัจจัยทางด้านพันธุกรรมว่า วัยรุ่นที่มี บิดาหรือมารดาติดสุรานั้น (genetic factor) ซึ่งจากการศึกษาทางด้านพันธุกรรมพบจะมีโอกาสเสพ

ติดแอมเฟตามีนได้มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป 4-5 เท่าการอยากรู้ อยากลอง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งของการเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและฮอร์โมนเพศจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลต่อด้านสภาพจิตใจและอารมณ์อย่างมาก เช่น ทำให้หงุดหงิดง่ายเกิดความสับสน ลังเล ไม่มั่นคงกับตนเอง เป็นต้น และยังพบว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการแสวงหาความสุขให้กับตนเอง คือ เกิดความอยากรู้ อยากลอง ต้องการเลียนแบบสิ่งที่ตนเองชื่นชอบ (มนัส สุนทรโชติ, 2554)

ด้านอารมณ์และบุคลิกภาพของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ใจร้อน ตี้อารมณ์ ขาดความมั่นใจในตนเอง จิตใจอ่อนไหว บางครั้งขาดที่พึ่งทางใจ อ้างว้าง ว้าเหว หรือถูกกดดัน ทำให้เกิดความอ่อนแอทางด้านจิตใจ และจากการที่วัยรุ่นยังขาดวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ สภาพความแปรปรวนของจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง และอ่อนไหวง่ายประกอบกับการมีความต้องการเป็นที่ยอมรับจากสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ถูกชักจูงได้ง่าย

การปฏิเสธหรือหนีปัญหา พบว่าวัยรุ่นที่เสพติดสารเสพติดนั้น เกิดจากความต้องการเสพติดเพื่อปลดปล่อยความทุกข์ ความไม่สบายใจต่าง ๆ หนีปัญหา หันหน้าไปพึ่งการใช้สารเสพติดเพื่อใช้ฤทธิ์ของสารเสพติดไปเปลี่ยนแปลงความทุกข์ ความไม่สบายใจ ให้กลายเป็นความสุข รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ เคลิบเคลิ้ม สดชื่น กระปรี้กระเปร่าจนลืมความทุกข์ของตนเองได้ซึ่งเป็นวิธีการเลือกหาทางออกในทางที่ไม่เหมาะสม (สุกมา แสงเดือนฉายและคณะ, 2544)

2.2.1.2 ปัจจัยด้านตัวสารเสพติด

สารสื่อประสาทของสมอง (brain transmitters) เมื่อวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายจะทำให้สารสื่อประสาทในสมอง หลังสารโดปามีน (dopamine) ออกมามากกว่าปกติซึ่งสารโดปามีนนั้นจะมีฤทธิ์ทำให้ผู้เสพติดแอมเฟตามีนอารมณ์ดี มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น มีความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม โดยการออกฤทธิ์ของสาร (substance effects) ทำให้เกิดความพึงพอใจจากการเสพติดซึ่งเป็นประสบการณ์ที่จดจำอยู่ในความรู้สึกทำให้ผู้เสพติดพยายามที่จะแสวงหาหาเสพติด เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่ผู้เสพติดพึงพอใจ เช่น เกิดอารมณ์ครื้นเครง (euphoria) มีความสุขแต่เมื่อหมดฤทธิ์จะทำให้เกิดอารมณ์หดหู่ (dysphoric mood) มีการถอนยา (withdrawal) ตามมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ดังกล่าวนี้ เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของแอมเฟตามีนกับกระบวนการทางประสาทเคมี (neurochemical processes) ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นไปในลักษณะของการเลียนแบบหรือการเพิ่มการทำงานของสารเคมีในสมอง และยังพบว่าวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนจะมีระดับสารเอนโดฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองให้น้อยลงกว่าปกติ

2.2.1.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ศิริรัตน์ นิตยวัน, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์ และอรัญญา แพ้จ้อย (2561) กล่าวว่า สภาพปัญหาทางด้านครอบครัว การขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว ขาดบุคคลคอยชี้แนะ การอาศัย

อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความสุข รู้สึกอึดอัด ถูกกดดันไม่สบายใจที่ถูกด่า โดนทุบตีทำร้าย หรือสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวติดแอมเฟตามีน หรือครอบครัวมีการสื่อสารกันในทางลบ เกิดการทะเลาะกันในครอบครัวจะส่งผลทำให้วัยรุ่นเสพยาติดแอมเฟตามีนได้ง่ายขึ้น

การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้แหล่งจำหน่ายสารเสพติดจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสพยาบ้า ซึ่งจะมีค่านิยมของสังคมที่ผิด (Kaplan, 1998) ประกอบการหาซื้อแอมเฟตามีนได้ง่ายขึ้น ทำให้ปัจจุบันเกิดการเสพยาติดแอมเฟตามีนอย่างแพร่หลาย และเมื่อเสพยาติดแอมเฟตามีนต่อเนื่องร่างกายจะมีความต้องการเพิ่มปริมาณความถี่ของการเสพยาติดแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกลุ่มเพื่อนที่เสพยาติดแอมเฟตามีนจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการเสพยาติดแอมเฟตามีน และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ ตามมา และยากต่อการปฏิเสธการเสพยาเมื่อถูกกลุ่มเพื่อนชักชวน และเมื่อมีเวลาว่างจะทำให้เกิดการมั่วสุมเสพยาบ้าได้ โดยเกิดจากการอาศัยอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่เสพยาและการเรียนรู้ เลียนแบบจากประสบการณ์เพื่อน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาติดแอมเฟตามีนดังกล่าว พบทั้ง 3 ปัจจัย ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ตัวสารเสพติด และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมมีส่วนสำคัญต่อการเสพยาติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น และสำคัญต่อแนวทางการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่มีปัญหาเสพยาติดแอมเฟตามีนซึ่งมีความจำเป็นต้องกำจัดการกระทำทั้ง 3 ปัจจัยไปพร้อมๆ กันแบบองค์รวม

2.2.2 พัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นเพศชาย

อรอนงค์ ซ้ายโพธิ์กลาง (2557) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งนับว่าวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สำคัญและมีความวิกฤตมากที่สุดของชีวิตและช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระส่วนตัวมาก ทั้งอิสระด้านความคิดและการตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเองซึ่งมีลักษณะพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลง ดังต่อไปนี้

2.2.2.1 พัฒนาการด้านร่างกายวัยรุ่น

เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลง ร่างกายอย่างรวดเร็ว เช่น สัดส่วนแขน ขา ยาวขึ้น น้ำหนักตัว ส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อวัยวะเพศมีการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นจากวัยแรกรุ่นซึ่งทำให้เด็กชายจะมีการเพิ่มขนาดของอวัยวะสืบพันธุ์และการสร้างเซลล์สืบพันธุ์และเพิ่มฮอร์โมนของผู้ชายที่เรียกว่า แอนโดรเจน (Androgens) ในวัยรุ่นเพศชายจะเริ่มมีหนวดเครา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของวัยรุ่นนั้นมีผลมาจากความเจริญเติบโตของต่อมไร้ท่อ

2.2.2.2 พัฒนาการด้านอารมณ์และความคิด วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ง่าย มีอารมณ์ที่รุนแรง อ่อนไหวง่าย และไม่มั่นคงง่ายต่อการย้ายด้านความคิด ต้องการความเป็นอิสระส่วนตัว อยากพึ่งพาตนเอง และบางครั้งมีความคิดต่อต้านผู้ใหญ่ถ้าเกิดความขัดแย้งกับ

ความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย วัยรุ่นมีความอยากรู้ อยากรลอง ต้องการแสวงหาความรู้ และทดลองทำสิ่งใหม่ที่แปลกและแตกต่างไปจากเดิมเพราะต้องการเรียนรู้จากการกระทำของตนเอง

2.2.2.3 พัฒนาการด้านสังคมวัยรุ่นต้องการการมีสังคมที่กว้างขวางขึ้นชอบทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน และเริ่มต้องการเรียนรู้และคบหาเพื่อนต่างเพศเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเริ่มทำตัวออกห่างจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมกับครอบครัว เพราะต้องการอิสระ เชื่อในความคิดของตนเองในวัยนี้กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมาก และจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสังคมให้รู้จักเรียนรู้ และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แต่ถ้าหากคบ กลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะทำให้ได้รับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนนั้นตามมาด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น ด้านการเรียน การใช้สารเสพติด การกระทำผิดทางกฎหมาย เป็นต้น

นลินี ศรีอ่อน (2557) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อก้าวจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ โดยเริ่มมีการพึ่งพาตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญาและจริยธรรม เมื่อลักษณะทางกายและทางอารมณ์เปลี่ยนความต้องการต่างๆ ของวัยรุ่นย่อมเปลี่ยนตามไปด้วย สามารถแบ่งความต้องการด้านต่างๆ ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ ความรัก ความสนุกเพลิดเพลิน ความอิสระ การมีอนาคต และการได้รับการยกย่อง

จากการทบทวนพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นพอสรุปได้ดังนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาประกอบกับในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่มีปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวมา สามารถส่งผลทำให้วัยรุ่นมีจิตใจที่เข้มแข็งประกอบกับการขาดทักษะการปรับตัวที่ดี อารมณ์อ่อนไหวง่าย ทำให้ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วนี้ได้

2.2.3 พฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น

สุจิตตา ฤทธิมนตรี และ กฤตยา แสงวงเจริญ (2554) กล่าวว่า พฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดแอมเฟตามีน ในวัยรุ่นนั้นจะแสดงออกให้เห็นเป็นการกระทำต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากสาเหตุการเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

2.2.3.1 การใช้เงินเปลือง เพราะแอมเฟตามีนเป็นสิ่งผิดกฎหมายที่มีราคาแพง และราคาขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ซื้อและปริมาณของผู้ขายด้วย ซึ่งถ้าหากมีการตรวจจับกุมเข้มงวดราคาก็จะแพงเพราะหาซื้อยากลำบากมากขึ้น วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ ครั้งแรกจะเริ่มต้นจากการเสพติดแอมเฟตามีนฟรีจากกลุ่มเพื่อนที่เสพติดแอมเฟตามีนแนะนำให้เสพติดหลังจากนั้นเมื่อมีการเสพติดแอมเฟตามีนแล้ว ก็จะต้องใช้เงินเพื่อซื้อแอมเฟตามีนมาเสพเองและต้องซื้อในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ

2.2.3.2 สร้างนิสัยโกหก วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน จะเริ่มมีพฤติกรรมโกหกจากเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่พ่อแม่ไม่ค่อยสนใจ เพื่อให้ได้มาซึ่งเงินไปซื้อแอมเฟตามีน และโกหกเพื่อหาเวลาและสถานที่ไปเสพแอมเฟตามีน เช่น โกหกว่าท้องผูกมาหลบไปเสพแอมเฟตามีนในห้องน้ำ หลอกว่าไปทำการบ้านที่บ้านเพื่อนแต่แอบหนีไปเสพแอมเฟตามีน เป็นต้น จนเกิดความเคยชินกับพฤติกรรมการโกหก สามารถล้าโกหกเรื่องที่มีความสำคัญมากขึ้น เช่น โกหกว่าของหาย หรือ โรงเรียนบังคับให้ซื้ออุปกรณ์การเรียนที่มีราคาแพง เพื่อนำเงินที่ได้ไปซื้อแอมเฟตามีนมาเสพ เป็นต้น

2.2.3.3 สร้างนิสัยเกียจคร้านและไม่รับผิดชอบวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน หลังจากเสพยาแล้วร่างกายและจิตใจจะอยู่ในภาวะคึกคะนอง ชอบสนุก แต่เมื่อเสพยาไปเรื่อย ๆ ต่อเนื่องจะเปลี่ยนจากความสดชื่นเป็นซึมเศร้าลดความตั้งใจ ไม่สนใจกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ทำให้ไม่สนใจการเรียน บกพร่องในหน้าที่ความรับผิดชอบ เรียนไม่ทันเพื่อนเกียจคร้าน จนกระทั่งต้องออกจากโรงเรียนในที่สุด

2.2.3.4 ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนหลังการเสพยาแอมเฟตามีนจะมีความคึกคัก ไม่่วงนอน อารมณ์ก้าวร้าว บางครั้งเสพยาแล้วอยู่ในอาการเมายา หรือถ้าไม่ได้เสพยาแอมเฟตามีนจะรู้สึกอ่อนเพลีย นอนหลับเป็นเวลานานเก็บตัวทำให้ไม่สนใจรับประทาน อาหาร ร่างกายไม่แข็งแรง อ่อนเพลีย ผอมลง เพราะหมกมุ่นแต่เรื่องการหาแอมเฟตามีนมาเสพ หรือต้องการเก็บเงินไปซื้อแอมเฟตามีนไม่ซื้ออาหาร ในขณะที่บางคนจะต้องทำงานหนักเพื่อให้ได้เงินไปซื้อแอมเฟตามีนให้เพียงพอกับความต้องการเสพยาของร่างกาย เป็นต้น

2.3 ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

2.3.1 ผลกระทบของแอมเฟตามีนต่อวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

พรรณนิภา เรืองกิจ (2554) กล่าวว่า แอมเฟตามีนส่งผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1.1 ผลกระทบต่อร่างกายมีความสัมพันธ์กับขนาดของการใช้แอมเฟตามีนวิธีการเสพยาแอมเฟตามีน ลักษณะ และร่างกายของวัยรุ่นแต่ละบุคคล ซึ่งเมื่อเสพยาแอมเฟตามีนในปริมาณต่ำ ๆ ช่วงแรกที่เสพยาจะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีแรง กระปรี้กระเปร่า ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย รู้สึกสบาย พุดมาก ตื่นเต้น กระวนกระวาย หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง และเหงื่อออกมาก เป็นต้น แต่เมื่อเสพยาต่อเนื่องจะเกิดอาการติดยาหรือถอนพิษยา ได้แก่ รู้สึกเครียด หงุดหงิดง่าย อยู่ไม่นิ่ง อ่อนเพลีย เมื่อไม่ได้เสพยาจะเกิดอาการขาดยา ทำให้ร่างกายทรุดโทรม สมอเสมอม นอนไม่หลับ ขาดสติ มีอันตรายถึงชีวิตได้

2.3.1.2 ผลกระทบต่อจิตใจ วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนในระยะแรกจะรู้สึกว่ามันตนเองสดชื่น ร่าเริง ผ่อนคลาย สบายใจ มีความสุข ลดความเครียดได้ เมื่อเสพยาต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ขาดความสนใจในตนเอง ไม่สนใจในกิจวัตร

ประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมความสามารถและการเรียนรู้จะลดลง เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเกิดการเสพติดแอมเฟตามีนและจะส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิต (Psychosis) ตามมา ได้แก่อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดกลัวหวาดระแวงคนรอบข้าง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย

2.3.1.3 ผลกระทบต่อครอบครัว วัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวทำให้พ่อ-แม่ ทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัวเพราะลูกติดเสพติดแอมเฟตามีน สมาชิกในครอบครัวไม่มีความสุข เสียใจ รู้สึกผิด เกิดความอับอายแก่บุคคลอื่นในสังคม และถ้าหากมีสมาชิกในครอบครัวเสพติดแอมเฟตามีนจะทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเงิน เพราะต้องนำเงินไปซื้อแอมเฟตามีนมาเสพ โดยเฉพาะถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัวติดยาจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ขาดการดูแลบุตรนำไปสู่การใช้ยาเสพติดของบุตรที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นได้ (วรารณ มั่งคั่ง, จิตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ, 2559)

2.3.1.4 ผลกระทบต่อสังคม วัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนจะมีพฤติกรรมและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากฤทธิ์ของแอมเฟตามีนไปทำลายสมองและเปลี่ยนทั้งความคิด พฤติกรรมหมกมุ่นกับการหาแอมเฟตามีนมาเสพและทำทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย ถูกต้องเหมาะสม เพื่อต้องการมีเงินไปซื้อแอมเฟตามีนมาเสพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดการกระทำที่ผิดกฎหมาย ปัญหาอาชญากรรม การว่างงาน การลักขโมย ทำร้ายผู้อื่นได้

จากข้างต้นเรื่องผลกระทบดังกล่าว ทำให้เห็นความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดรวมถึงแอมเฟตามีนให้ได้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนสามารถ ลด ละ เลิก การเสพติดแอมเฟตามีนและสารเสพติดอื่น ๆ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.4 การประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน

2.4.1 เครื่องมือประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน

การประเมินเกี่ยวกับการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนนั้นควรมีการประเมินก่อนเข้ากระบวนการบำบัดรักษาเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนสำหรับการดูแลรักษา และสามารถเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาการเสพติดแอมเฟตามีน อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนพบเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินการเสพติดแอมเฟตามีนตามรายละเอียดดังนี้

2.4.1.1 แบบประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน (Time Line Follows Back : TLFB) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินเกี่ยวกับปริมาณการใช้แอมเฟตามีน ข้อคำถามจะประกอบ 4 ข้อ คำถามที่สอบถามเกี่ยวกับปริมาณการใช้แอมเฟตามีนของในแต่ละวัน โดยให้ระบุรายละเอียด ตามประเด็นข้อคำถามในแต่ละวันที่ได้ใช้จริง ภายในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หรือ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีข้อคำถามดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ให้ระบุ" จำนวนครั้ง /ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้" โดยถ้ามีได้ใช้สารเสพติดใด ๆ เลยให้ใส่เลขศูนย์"0"

ข้อที่ 2 ให้ระบุวิธีการที่เสพ เช่น สูบ ฉีด หรือใช้วิธีอื่น ๆ ตามที่ใช้จริงลงในช่องวิธีการใช้

ข้อที่ 3 ให้ระบุว่ามีการใช้สารเสพติด ก่อนใช้แอมเฟตามีน ขณะที่ท่านใช้แอมเฟตามีน หรือ หลังจากที่ท่านใช้แอมเฟตามีนในวันนั้น เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น โดยระบุลงในของสารเสพติดที่ใช้ร่วมกัน

ข้อที่ 4 ให้ระบุเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้แอมเฟตามีนแต่ละครั้งให้ โดยให้ท่านทบทวนว่ามีสถานการณ์ใดที่จูงใจให้ท่านหวนกลับมาใช้ยาซ้ำอีก เช่น เพื่อนชักชวน ปัญหาความเครียด ฯลฯ ซึ่งอาจจะนำมาใช้ประกอบกับข้อมูลจากสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ประเมินได้

การคิดคะแนนการเสพแอมเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้ง ที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพแอมเฟตามีนที่มากกว่า (ก. สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553) เช่น ใช้แอมเฟตามีน ครั้งละ ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จะคำนวณได้ 14 คะแนน เป็นต้น

2.4.1.2 แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด Severity of Dependence Scale (SDS) ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด ซึ่งมีการพัฒนา และปรับปรุง โดย Gossop, et al, 1995 มีการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย วรัญญา จิตรผ่อง (2552) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน รวม 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที

โดยข้อคำถามที่ 1-4 จะมีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย

ตอบไม่เคย/แทบจะไม่เคย	ให้	0 คะแนน
ตอบบางเวลา	ให้	1 คะแนน
ตอบบ่อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
ตอบสม่ำเสมอ/เกือบสม่ำเสมอ	ให้	3 คะแนน

และในข้อคำถามข้อที่ 5 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนน หรือมากกว่า ในการระบุว่ามีความผิดปกติการเสพยาเสพติดในระดับรุนแรงจนถึงขั้นการติดสารเสพติด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ มีคะแนนระดับความรุนแรงของการเสพยาเสพติดที่ 4 - 15 คะแนน

สรุป จากการทบทวนแบบประเมินการเสพแอมเฟตามีน จะเห็นได้ว่า แบบประเมินการเสพแอมเฟตามีน (Time Line Follows Back : TLFB) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมทุกมิติของการเสพติดทั้งด้านวิธีการเสพ หรือปริมาณการเสพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความรุนแรงในการเสพติด และความ

เป็นไปได้ในการหยุดใช้สารแอมเฟตามีน การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟู (TLFB) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ และแสดงถึงพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นได้ครอบคลุม

2.5 การพยาบาลในการดูแลวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน

2.5.1 บทบาทพยาบาลในการให้บริการด้านการดูแลวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน

บทบาทในการประเมินสภาพ โดยซักประวัติและ รวบรวมข้อมูล เนื่องจากวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนยังคงมีพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนโดยวิธี กิน หรือ สูบ แอมเฟตามีน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำนึงถึงลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วย ปริมาณและความถี่ สามารถประเมินได้จากแบบประเมิน Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) โดยมีคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถาม คัดคะแนนการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มากกว่า

การประเมิน Severity of Dependence Scale (SDS) คือความรุนแรงในการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนนหรือมากกว่า ในการระบุว่ามียาเสพติดในในระดับที่รุนแรงถึงขั้นติดสารเสพติดและจำเป็นต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดที่มารับบริการ รวมทั้งมีการบริการให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่นที่เสพยา โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้ความสามารถ ทักษะทางการพยาบาลเฉพาะด้านยาเสพติดเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำทักษะต่าง ๆ ไปปฏิบัติได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ วรรณญา จิตรพ้อง (2552)

2.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนแบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแลผู้มีปัญหาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจะเสพติดความสุขจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน และส่วนใหญ่มองว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยจึงไม่สนใจและไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเท่าที่ควรซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนั้นการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจำเป็นต้องมีความเป็นเฉพาะทางที่หลากหลายเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้แก่ การให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การติดตามและประเมินผลหลังการรักษาเป็นระยะเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำอีก (นุรินยา แหะหมัดและคณะ, 2555) ได้อธิบายหลักการที่สำคัญในการพยาบาลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ดังนี้

2.5.2.1 การพยาบาลในระยะ 2-3 วันแรกหลังหยุดเสพแอมเฟตามีน ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดอาการอ่อนเพลียและง่วงนอน เนื่องจากเกิดอาการถอนพิษแอมเฟตามีนจากการไม่ได้เสพแอมเฟตามีนบางรายจะพบว่า อดนอนเป็นเวลาหลายวันทำให้ร่างกายผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมาก หงุดหงิด กระสับกระส่าย ง่วงนอน ซึ่งในระยะนี้การพยาบาลควรเน้นดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นที่ไม่จำเป็น

2.5.2.2 การสังเกตอาการทางจิต โดยพยาบาลซักประวัติผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประวัติอาการทางจิตที่สำคัญได้แก่ อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง พูดบ่นคนเดียว การทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่นประกอบกับการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยในเบื้องต้นขณะพูดคุยกับพยาบาลเพื่อประเมินด้านอารมณ์ความคิด พฤติกรรม ได้แก่ การพูดคุยคนเดียวสีหน้าหมกมุ่น ครุ่นคิด อาการหวาดระแวง กระสับกระส่าย เดินวนไปวนมา เป็นต้น

2.5.2.3 ผู้ป่วยเสพติดเกือบทุกประเภท จะมีลักษณะ Poor hygiene จะไม่ค่อยสนใจดูแลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะอาด ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า พยาบาลต้องช่วยดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของตนเอง และดูแลในเรื่องความสะอาด

2.5.2.4 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ จะเป็นการปรับเปลี่ยนด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมบางอย่างให้เหมาะสมได้แก่ ความรับผิดชอบ ต่อหน้าที่ของตนเอง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลผู้บำบัด

2.5.2.5 การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัวซึ่งเป็นการประเมินสภาพปัญหาและค้นหาสาเหตุของการเสพติดแอมเฟตามีน เพื่อให้การช่วยเหลือ และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด จะส่งเสริมการสนับสนุน การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันในครอบครัว และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพแอมเฟตามีน

2.5.2.6 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การสังเกตอาการทางจิตที่ควรรีบกลับมาโรงพยาบาล เช่น อาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคุยคนเดียว มีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

3. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (Brief Cognitive Behavioral Intervention)

3.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

ดาร์วอร์ธ ตีปินตา (2558) ได้ให้ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าเป็นการบำบัดที่เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรม ลดความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นโดยส่วนมากเกิดจากความคิดพื้นฐานส่วนบุคคลที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กๆ เป็นความคิดต่อตนเอง ผู้อื่น ต่อโลกและอนาคตของแต่ละบุคคล โดยบุคคลจะคิดและเชื่อว่า ตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่รัก ซึ่งจะทำให้ความเชื่อในระดับกลางเป็นลักษณะของกฎ หรือข้อสรุปส่วนตัว เช่น หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลว เป็นต้น

สารรัตน์ วุฒิอาภา (2555) ได้อธิบายขั้นตอนในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด พบว่า กระบวนการเกิดความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ส่งผลให้ ขาดวิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ และเกิดอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น โดยโปรแกรมมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1. การปรับแก้ความคิด (Cognitive restructuring) 2. การแก้ปัญหา (Problem Solving) 3. การควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้น

พิพัฒน์ พันเลียว, รังสิมัน สุนทรโชติ และ สารรัตน์ วุฒิอาภา (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยโปรแกรมมี 6 ขั้นตอนดังนี้ 1. กิจกรรมโรคสมองตื้อ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและอารมณ์ 3. สำรวจความคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว 4. ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ 5. การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ 6. การนำความคิดไปสู่ด้านบวก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเสพยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่า ก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มุ่งจัดกระทำกับปัจจัยด้านบุคคล คือการลดความคิดที่บิดเบือน จากความเป็นจริง และจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมใหม่ เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ นำความคิดด้านลบ ปรับสู่ด้านบวก เป็นผลตามมาหลังได้รับการบำบัด

3.2 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (BCBI)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อหมายถึง การบำบัดโดยใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในกาปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน การตีความที่ไม่สมเหตุสมผล ต่อสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมตามความเป็นจริง

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทย จากการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ได้ดำเนินกิจกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยใช้แนวคิดของ Baker et al. (2005) ซึ่งดำเนินการเป็นแบบกลุ่มให้แก่วัยรุ่นที่เสพยาเสพติด เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพยา

ติดแอมเฟตามีนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถลดการเสพยาแอมเฟตามีนลงได้ โดยดำเนินการบำบัดออกเป็น 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 4 สัปดาห์ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ระยะเวลาในการบำบัด 1 เดือน และวัดผลการบำบัดโดยอ้างอิงค่า Urine test ซ้ำในเดือนที่ 2 เดือนที่ 4 และเดือนที่ 6 ได้กำหนดคุณสมบัติผู้รับการบำบัด ดังนี้ 1) เพศชายร่วมกับมีการเสพยาแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence) 2) มีภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และซึมเศร้าร่วมด้วยโดยใช้แบบประเมิน Thai HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) มีคะแนนมากกว่า 11 คะแนนมีรายละเอียดของการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความต้องการเข้าร่วมการบำบัด โดยการแบ่งผู้เข้ารับการบำบัด 100 คน ออกเป็น 23 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มมี 4-7 คนต่อกลุ่ม โดยกิจกรรมนี้จะทำ Group Motivational Interviewing Therapy (GMI) ซึ่งช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการอภิปรายและเป็น การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้รับการบำบัดเห็นปัญหาชัดเจนมากขึ้น หน้าที่ของ ผู้บำบัด คือการสร้างแรงจูงใจและความตั้งใจในการเข้าร่วมการบำบัด หลังจากนั้นผู้บำบัดจะสอนทักษะที่จำเป็นในการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 ตั้งเป้าหมาย ระยะนี้ผู้ให้การบำบัดจะตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับการบำบัด มีการสอนแนวทางและหลักการของ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดต้องวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้ “แอมเฟตามีนซ้ำ” บันทึกความคิดและอารมณ์ลงในแบบประเมินที่เตรียมไว้ นอกจากนี้ผู้รับการบำบัดจะต้องคิดหาวิธีการของตนในการรับมือกับความคิดที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดมอบหมายงานให้ผู้รับการบำบัดไปทำต่อที่บ้าน ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์เสี่ยง ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้น วิธีจัดการกับความคิดที่เกิดขึ้น (60 นาที ต่อ session) ผู้รับการบำบัดจะได้รับคำแนะนำ การจัดการความอยากยา ซึ่งในรูปแบบการบำบัดนี้ มองว่า ความอยากยา (Craving) เกิดจากพฤติกรรม ลักษณะทางกายส่วนบุคคล และความคิด ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด จะดำเนินกิจกรรมที่จำเพาะและเหมาะสมซึ่งสามารถลดการใช้แอมเฟตามีน

กิจกรรมที่ 3 ผู้ให้การบำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับมอบหมาย และพัฒนาความสามารถ ในการแก้ปัญหา การจัดการความคิดในสถานการณ์เสี่ยง การใช้แอมเฟตามีน และกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ ใช้เวลา 45-60 นาที อภิปรายเกี่ยวกับ การยับยั้งชั่งใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ วิธีการอื่นๆ และจัดกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับการบำบัดตามความต้องการของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดมอบหมายงาน เขียนเกี่ยวกับเป้าหมาย ความคิดในเชิงบวก ความสำเร็จ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับการบำบัด

กิจกรรมที่ 4 ผู้ให้การบำบัดอภิปรายกับผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมายและประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความคิดในสถานการณ์เสี่ยง การใช้ยา และกิจกรรมที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และสนับสนุน ให้ทบทวนถึงความสำเร็จและความก้าวหน้าของ

ทักษะในการปฏิเสธการใช้แอมเฟตามีน ที่จะป้องกันการกลับมาใช้ซ้ำในอนาคต ทุกกิจกรรม ทำโดยพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่มีประสบการณ์การทำงานกลุ่มบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบการศึกษาของ Baker et al. (2005) Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in right direction ศึกษาในวัยรุ่นที่ใช้ Amphetamine จำนวน 214 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบ Self-help Booklet และกลุ่มทดลองได้รับ BCBI มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรมประกอบด้วย 1) Relationship Motivation 2) How to reduce craving 3) Controlling thoughts 4) Coping with relapse ใช้เวลากิจกรรมและ 45-60 นาที นาน 4 สัปดาห์ วัดผลหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที ในสัปดาห์ที่ 5 และวัดซ้ำในอีก 6 เดือน

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) โดยประยุกต์ให้มีความแตกต่างจากกิจกรรมการพยาบาลเดิมเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และได้เพิ่มกิจกรรมการนำครอบครัวมีส่วนร่วมตามการศึกษาของ นุรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 4 กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 2) การฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการป้องกันการกลับเสพยา 3) การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด 4) การฝึกทักษะกรณีที่มีการกลับไปใช้สารเสพติด ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมแบบรายครอบครัว โดยในกิจกรรมการบำบัดจะนำครอบครัวมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม

กล่าวได้ว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ นั่นก็คือ การบำบัดโดยใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน การตีความที่ไม่สมเหตุสมผลต่อสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมตามความเป็นจริง โดยมีขั้นตอนการบำบัด 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา 2) ตั้งเป้าหมายและลดความอยากยา 3) การจัดการกับความคิดในสถานการณ์เสี่ยงและ 4) แนวทางการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้จะจัดการกับปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น (ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553)

การทำจิตสังคมบำบัด (Matrix Model) มีความแตกต่างเนื่องจากการเป็นบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด โดยเน้นตามทฤษฎี Cognitive-behavioral Model ผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัด ต้องใช้ระยะเวลานานโดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 1 ปี เพื่อให้เกิดประสิทธิผลซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ Matrix IOP: Intensive Outpatient Program 16 สัปดาห์แรก และ After Care Program 17-52 สัปดาห์ เป็นระยะประคับประคองโดย

มีกิจกรรมหลัก 2 อย่างคือ กลุ่มระดับประครองทางสังคม และประชุม 12 ขั้นตอน (สวัสดี อุ่นใจ, กิจวัตร นาถวิล, ญาธษา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัตร และ มานพ คณะโต, 2560)

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (BCIB) แตกต่างจากการบำบัดแบบ Matrix Model เนื่องจาก ลักษณะของกิจกรรมแบบ BCBI เป็นกิจกรรมที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ เน้นให้ผู้เสพแอมเฟตามีนคิดวิธีการจัดการกับอาการอยากยาได้ด้วยตนเอง อีกทั้งเป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม/ครอบครัว และการวัดผลกิจกรรมการบำบัดแบบ BCBI สามารถวัดได้เลยหลังเสร็จกิจกรรม ส่วนแบบ Matrix Modelเป็นการบำบัดแบบระยะยาวผู้รับการบำบัดสามารถรับการบำบัดได้ทั้งรายบุคคลหรือกลุ่ม หวังผลการบำบัดให้คงสภาพระยะยาว ทำให้มีการบำบัดได้ไม่ครบขั้นตอน

3.2 ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ต้องเกิดจากความร่วมมือในการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
2. ใช้ระยะเวลาสั้น สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการพึ่งตนเอง
3. มีโครงสร้างและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจน
4. ผู้บำบัดใช้การตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาค้นหาแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองมากกว่าที่จะใช้การโน้มน้าวหรือการสอน
5. ผู้รับการบำบัดจะต้องมีการเรียนรู้ถึงโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อจากสมมติฐานที่สามารถตรวจสอบได้อย่างเปิดเผย
6. ผู้รับการบำบัด จะต้องมีการเรียนรู้ถึงวิธีการทางความคิด และวิธีการทางพฤติกรรม เช่น ทักษะที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติ และการนำไปใช้ในภาวะแวดล้อมของผู้รับการบำบัด โดยผ่านการมอบหมายงานแบบให้ที่บ้านเป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นจิตบำบัดอย่างมีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดชัดเจนใช้ระยะเวลาสั้น โดยมีแนวคิดที่ว่าอารมณ์และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากความคิด ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ต่างๆ ที่ประสบมาวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยมีวิธีการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาค้นหาแนวทาง ซึ่งผลของการบำบัดนั้นสามารถลดอาการและอาการแสดงของโรควิตกกังวลและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรควิตกกังวล

ได้ดี เนื่องจากบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบและความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความเหมาะสมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและนำวิธีการในการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในอนาคต

4. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

4.1 ความหมายของสัมพันธภาพทางครอบครัว

อุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) กล่าวว่า คำว่า สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพันที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นความสัมพันธ์ ผูกพัน ความเกี่ยวข้องของบุคคลภายในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ให้ความรัก ความห่วงใย มีความเห็นอกเห็นใจกัน เคารพยกย่องซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันรับผิดชอบเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในสังคม บุตรที่เจริญเติบโตมาจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความห่วงใยจากบิดามารดาจึงจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวได้หน้าที่ของครอบครัวในการให้ความรัก ความอบอุ่นจะประสบความสำเร็จได้นั้นสิ่งแรกที่ต้องมีคือ การให้ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในครอบครัวและเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดีต่อไป และทำให้สมาชิกในครอบครัวพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพใกล้ชิดกับบุคคลอื่นได้ นอกจากนี้ยังสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

นรากร สารีเหล็ก, อัจฉรา คำมะหิทย, กรรณิกา นามหม่อง และรัตนชัย เพ็ชรสมบัติ (2560) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวจะมั่นคงได้ ขึ้นอยู่กับเหตุผลหลายประการดังนี้ 1. สัมพันธภาพในครอบครัวจะต้องยั่งยืนและขยายใหญ่ขึ้น 2. บุตรควรมีสัมพันธภาพที่ดี 3. สังคมจะยกย่องครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี 4. ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวจะเกิดมีความรู้สึกมีคุณค่าและเจตคติที่ดีต่อสังคม 5. ความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตรจะมีความเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา

นอกจากนี้ ชวนรัตน์ เสถียรกิตติธนา (2556) ได้กล่าวถึงปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รักความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิกหล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก 2. ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็กได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งครอบครัว 3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม 4. ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคน ทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่าง ๆ 5. ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายได้แก่ จัดหาอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมด อาจสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวหมายถึง ความรู้สึก และความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อบุคคล ประกอบด้วย การให้ความรักความห่วงใย อาหารซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันใน ครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกันและการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว

4.2 แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัว

Epstein et al. (1984) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยได้เสนอเป็น The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วย งาน 3 ด้าน ด้านแรกการทำหน้าที่เกี่ยวกับงานพื้นฐาน เช่น การหาปัจจัย 4 เพื่อการดำรงชีพ ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดใน 3 ด้าน ด้านที่สอง การทำหน้าที่ทางด้านการพัฒนาการ ซึ่งรวมถึง ความสัมพันธ์ของวงจรการพัฒนาการในครอบครัว ทั้งในระดับบุคคล ในแต่ละช่วงวัย และในระดับ ครอบครัวแต่ละช่วงของการดำเนินชีวิต เช่น การแต่งงาน การมีบุตรคนแรก ด้านที่สาม การทำหน้าที่ ทางด้านการเผชิญภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย การตกงาน รูปแบบการทำหน้าที่ ของครอบครัวตาม The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ให้ความสำคัญกับ งานพัฒนาการทั้ง 3 ด้าน ซึ่งหากครอบครัวใดไม่สามารถทำงานทั้ง 3 ด้านได้อย่างเหมาะสม ก็อาจ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ได้

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแบบของ McMaster Model นั้น จะคำนึงถึงครอบครัวใน ลักษณะเชิงระบบ คือยอมรับครอบครัว เป็นระบบ ๑ หนึ่งที่เป็นระบบเปิด คือ มีความสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อกล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบ ทำให้ครอบครัวหนึ่ง ๑ ย่อมประกอบไปด้วย ระบบย่อย คือ สมาชิกแต่ละคน(Individual Subsystem) คู่สมรส (Spousal Subsystem) และ พี่น้อง(Sibling Subsystem) ความสัมพันธ์กับระบบภายนอกของครอบครัว คือ ความสัมพันธ์กับ ครอบครัวอื่น ความสัมพันธ์กับชุมชน และองค์กรทางสังคมอื่น ๆ ระบบความสัมพันธ์ของครอบครัวนี้ จึงมีทฤษฎีหลายทฤษฎีมาเกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล โดยทฤษฎีทั้งหลายเหล่านี้ จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ จึงทำให้การศึกษา บทบาทของครอบครัวต้องคำนึงถึงว่าระบบย่อยแต่ละส่วนในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ทั้ง ทางด้านอิทธิพลและผลกระทบต่อระบบย่อยอื่น ๆ ภายในครอบครัว

4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาเป็นการ ปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมด้านสุขภาพร่างกายด้านจิตสังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อ ช่วยให้มีแรงจูงใจและในการหยุดหรือเลิกใช้สารเสพติด ที่ครอบครัวและเจ้าหน้าที่มีสุขภาพกระทำ ร่วมกันในขณะผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา (นรินยา แหะหมัดและคณะ, 2552) โดยใช้

แนวคิด Model of Family Functioning ของ Epstein et al. (1984) ในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินค้นหาปัญหาและความต้องการ 2) ขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล 3) ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษา 4) ขั้นตอนการประเมินผลการบำบัดรักษา ดังนี้

4.3.1. การมีส่วนร่วมในการประเมินค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยยาเสพติดเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้ปฏิบัติโดยการพูดคุยสอบถาม สังเกตและตกลงร่วมกันเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาและความต้องการ อันจะนำมาซึ่งการหยุดหรือเลิกใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่

4.3.1.1 ด้านสุขภาพร่างกาย เป็นการร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้เสพยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด ได้แก่ ประวัติการใช้ยาเสพติด อาการของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาเสพติด

4.3.1.2 ด้านจิตสังคมเป็นการร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเสพติดเกี่ยวข้องกับความรักความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือระหว่างกันและการให้กำลังใจต่อผู้ป่วยซึ่งครอบครัวแสดงออกโดยการเป็นที่พึ่งทางใจ การยอมรับการเอาใจใส่และการให้กำลังใจ การให้ความเคารพนับถือ ดูแลช่วยเหลือไม่ทอดทิ้ง อันเป็นสาเหตุนำไปสู่การหยุด/เลิกใช้สารเสพติด

4.3.1.3 ด้านเศรษฐกิจเป็นการร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรักษาและค่าใช้จ่ายส่วนตัว เช่นการซื้ออาหาร ของใช้ส่วนตัว สิ่งของต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการในขณะรับการบำบัดรักษา รวมทั้งการใช้จ่ายและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

4.3.2. การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการพูดคุยเพื่อกำหนดแผนและวางแผนทางการบำบัดรักษา ซึ่งครอบคลุมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 3 ด้าน คือ

4.3.2.1 ด้านสุขภาพร่างกายเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อวางแผนและปรับแผนการบำบัดรักษาเลือกวิธีบำบัดรักษาในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขจัดสาเหตุการใช้ยาเสพติดปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาเสพติด การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเสพยาซ้ำได้แก่การออกกำลังกาย การจัดการอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนการ การทำกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มบำบัด งานบำบัด วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

4.3.2.2 ด้านจิตสังคมเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อวางแผนและปรับแผนการบำบัดรักษาวิธีเลือกบำบัดรักษาในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับความรักความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือ และ กำลังใจ การจัดสภาพแวดล้อมบรรยากาศในครอบครัวให้ได้การ

ยอมรับยกย่อง มีความเคารพนับถือ และให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการบำบัดรักษา จัดให้ผู้ป่วยได้พบปะญาติ คนในครอบครัวมาเยี่ยม

4.3.2.3 ด้านเศรษฐกิจเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อวางแผนและปรับแผนการบำบัดรักษาเลือกวิธีบำบัดรักษาในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยด้านการเงินค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและการใช้จ่ายส่วนตัวขณะบำบัดรักษา รวมทั้งการวางแผนการใช้จ่ายและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

4.3.3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษา เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการพูดคุย และร่วมปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษาครอบคลุมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 3 ด้าน คือ

4.3.3.1 ด้านสุขภาพร่างกาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อบำบัดรักษา ในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขจัดสาเหตุการไข้ยาเสพติด ปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาเสพติด การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเสพยา ได้แก่การออกกำลังกาย การจัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย การสนทนากิจการ การทำกิจกรรมบำบัด เช่นกลุ่มบำบัด งานบำบัด วิธีการกัญยาที่ถูกต้อง

4.3.3.2 ด้านจิตสังคม เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อการบำบัดรักษา ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรักความเอาใจใส่การให้ความเคารพนับถือและกำลังใจ การจัดสภาพแวดล้อมบรรยากาศในครอบครัวให้ได้รับการยอมรับยกย่องมีความเคารพนับถือ และให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรับการบำบัดรักษา ซึ่งสามารถทำได้โดยการให้กำลังใจ คำปรึกษา การปลอบโยน และการสนับสนุนให้ได้รับการบำบัดรักษาครบขั้นตอน

4.3.3.3 ด้านเศรษฐกิจ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อการบำบัดรักษา กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยด้านการเงินค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและการใช้จ่ายส่วนตัวขณะบำบัดรักษารวมทั้งการวางแผนการใช้จ่ายและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

4.3.4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล ผู้เสพยาเสพติดเป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการพูดคุย และให้ข้อสังเกตถึงผลการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษา ครอบคลุมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 3 ด้าน คือ

4.3.4.1 ด้านสุขภาพร่างกายเป็นการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษาร่วมกันโดยการพูดคุย สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการร่วมปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษาในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขจัดสาเหตุการไข้ยาเสพติด ปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาเสพติด การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเสพยา ได้แก่การออกกำลังกาย การจัด

อาหารตามความต้องการของผู้ป่วย การสนทนา การทำกิจกรรมบำบัด เช่นกลุ่มบำบัด งานบำบัด วิธีการกินยาที่ถูกต้อง

4.3.4.2 ด้านจิตสังคม เป็นการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษา ร่วมกันโดยการพูดคุย สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการร่วมกันปฏิบัติกรบำบัดรักษาในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรักความเอาใจใส่การให้ความเคารพนับถือและกำลังใจ การจัดสภาพแวดล้อมบรรยากาศในบำบัดรักษาในครอบครัว ให้ได้รับการยอมรับยกย่อง มีความเคารพนับถือและให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ในการรับการบำบัด

4.3.4.3 ด้านเศรษฐกิจ เป็นการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษา ร่วมกันโดยการพูดคุย สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภายหลังการร่วมกันปฏิบัติกรบำบัดรักษาในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยด้านค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและการใช้จ่ายส่วนตัวขณะบำบัดรักษา รวมทั้งการวางแผนการใช้จ่ายและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

4.4 ลักษณะครอบครัวของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนจะแสดงลักษณะอารมณ์ โกรธ ก้าวร้าวกับสมาชิกในครอบครัว และความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นสาเหตุของความแตกแยกในครอบครัว และสร้างบรรยากาศที่ไม่อบอุ่น ไม่น่าอยู่ (สุวรรณี แสงอาทิตย์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scheer and Unger (1998) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมของครอบครัวกับการใช้แอมเฟตามีนในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนและสารเสพติดอยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ไม่สนับสนุนและไม่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับพ่อแม่ สำหรับการศึกษาลักษณะครอบครัวของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนพบว่า ลักษณะครอบครัวของวัยรุ่นที่กระทำความผิดพบว่ามีลักษณะครอบครัวแยกกันอยู่ ร้อยละ 79.21 ครอบครัวอยู่กับแม่คนเดียวร้อยละ 30.36 ครอบครัวอยู่พ่อคนเดียว ร้อยละ 23.93 ครอบครัวอยู่กับญาติ ร้อยละ 20.11 ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกันกับพ่อและแม่ร้อยละ 20.79 (วรารณ มั่งคั่ง, 2558)

5. การพัฒนาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถลดการเสพแอมเฟตามีนลงได้ เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือและวางแผนแก้ปัญหาการเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่นซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวร่วมกัน จนส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรม การเสพแอมเฟตามีนลดลง ซึ่งมีรูปแบบของการบำบัดทั้งแบบรายครอบครัว โดยแบ่งการบำบัด ออกเป็น 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน รวม 4 สัปดาห์ รวมเวลาในแต่ละครั้ง 60 นาที ดังตารางต่อไปนี้

แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention ของ Baker et al. (2005)	แนวคิด Model of Family Functioning ของ Epstein et al (1984)	กิจกรรมที่ผู้วิจัยบูรณาการ
1. การประเมินความพร้อมในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความต้องการเข้าร่วมการบำบัด มองเห็นปัญหา และมีเป้าหมายในการบำบัด	1. การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว คือ การที่ผู้รักษายพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษาจะประเมินค้นหาปัญหาและความต้องการพ่อแม่ได้แสดงบทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัว (Socialization Functioning)	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการบำบัด โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว (Miller & Rollnick ,1991) 2) ผู้วิจัยใช้ทักษะการบำบัดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม สร้างสายสัมพันธ์ 3) ผู้วิจัยกระตุ้นให้วัยรุ่นและพ่อหรือแม่ เล่าเรื่องราวของตนเองให้มากพอเพื่อเป็นการสำรวจตนเองตามหลักการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด (Miller & Rollnick, 2002) 4) ผู้วิจัย สร้างข้อตกลง เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา คือ ผู้วิจัยพบกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยที่วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และ

แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention ของ Baker et al. (2005)	แนวคิด Model of Family Functioning ของ Epstein et al (1984)	กิจกรรมที่ผู้วิจัยบูรณาการ
		<p>ครอบครัว ต้องอยู่ร่วมกันทุกครั้ง</p> <p>5) ผู้วิจัย เริ่มต้นกระบวนการบำบัด โดยครอบครัวมีส่วนร่วมโดยใช้คำถามปลายเปิด ให้อัยการเสนอแนะเฟดามีนและครอบครัว เน้นให้มีความอิสระในการตอบ</p>
<p>2. ตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ระยะนี้ผู้ให้การบำบัดโดยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม</p>	<p>2. พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาคือ การที่ผู้รักษาส่งให้ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการแก้ไข ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการแสวงหาแนวทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย พ่อแม่ได้แสดงบทบาทการดูแลด้านการเผชิญปัญหา (Family Coping function)</p>	<p>ขั้นที่ 2 การฝึกทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (การตั้งเป้าหมาย) เพื่อเพิ่มทักษะการแก้ไข ปัญหา ประกอบด้วย</p> <p>1) มอบหมายให้ครอบครัว (พ่อหรือแม่) ได้กำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ได้แก่ พฤติกรรมการหยุดเสพยา กระตุ้นให้อัยการเสนอแนะเฟดามีน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิดและวางแผน</p> <p>2) ผู้วิจัยกระตุ้นด้วยการสนทนา ครอบครัว เพื่อเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา</p> <p>3) การฝึกใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็ง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</p> <p>4. มอบหมายให้ครอบครัวกระตุ้นอัยการทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อเกิดความเครียดในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยมีคู่มืออัยการและครอบครัวมอบให้ทุกครอบครัว (ทัศนีย์ ลิ้มป์ สานต์, รัชมน กัลยาศิริ, 2558)</p>
<p>3. พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอธิบายให้ผู้รับ</p>	<p>3. การพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยครอบครัวมีส่วนร่วม พ่อแม่ได้แสดงบทบาท</p>	<p>ขั้นที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด โดยการใช้เทคนิคการจัดการกับความเครียดแบบใช้สติเพื่อควบคุม</p>

แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention ของ Baker et al. (2005)	แนวคิด Model of Family Functioning ของ Epstein et al (1984)	กิจกรรมที่ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>การบำบัดเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับมอบหมายและพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา การจัดการความคิดในสถานการณ์เสี่ยง</p>	<p>การสื่อสาร (Expressive functioning)</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>ความคิด(Positive Self talk) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้อยู่ในฝึกการยอมรับความคิดที่เกิดขึ้นและ ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจไปยังกิจกรรมที่ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ เพื่อลดความอยากและป้องกันการกลับไปใช้แอมเฟตามีนของวัยรุ่น 2. มอบหมายให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสพติดลงให้ครอบครัวแสดงบทบาทการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม 3. ผู้วิจัยได้สอนการใช้กลยุทธ์ เทคนิคการพูดกับตัวเองทางบวก ในการบำบัด 4. มอบหมายให้ครอบครัวดูแลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของวัยรุ่นเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยมีคู่มือสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเป็นแนวทางในการปฏิบัติ(ไพโรส มามะ, 2557)
<p>4.พัฒนาทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นความรู้สึกอยากเสพยา ความพึงพอใจเมื่อเลิกเสพยา และสิ่งสนับสนุนให้ทบทวนถึงความสำเร็จและความก้าวหน้าของทักษะในการปฏิเสธการใช้แอมเฟตามีน</p>	<p>4.พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการแสวงหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse prevention) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การฝึกทักษะเพื่อเผชิญกับความเครียด 2. การฝึกทักษะเทคนิคการควบคุมความอยากเสพยา 3. การฝึกทักษะเทคนิคการควบคุมสิ่งกระตุ้น 4. มอบหมายให้ครอบครัวดูแลวัยรุ่นในการฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน

ณัฐ เต๋นดวงบริพันธ์ (2554) ศึกษาถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ใช้สารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการรักษา คือ ระดับการศึกษาและ ความรุนแรงของการใช้สารแอมเฟตามีน

กฤษดา ทองทับ (2555) ศึกษาถึง ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า 1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกสารแอมเฟตามีนของผู้ติดสารแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมพบว่า ทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกสารแอมเฟตามีนของผู้ติดสารแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นพดล โสภณวรกิจ (2561) ศึกษาถึง ผลของโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านความเครียดของผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ผลการศึกษา พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สติในภาพรวมและจำแนกองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสังเกต ด้านการบรรยายเป็นคำพูด ด้านการรับรู้อิริยาบถ ด้านการไม่ตัดสินใจ ด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก มีคะแนนที่สูงขึ้นหลังเข้าโปรแกรม

พรรณภา เรืองกิจ (2554) ศึกษาถึง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการใช้อาหารแอมเฟตามีนของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดปทุมธานี : ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่ใช้อาหารแอมเฟตามีนมีคะแนนปัจจัยเสี่ยงทุกด้านสูงกว่าและมีปัจจัยป้องกันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้อาหารแอมเฟตามีน

วรัญญา จิตรผ่อง (2552) ศึกษาถึง ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงในการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำจากแบบสอบถาม SDS ของผู้เข้ารับการรักษาเสพยาติดส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่รุนแรง การวิเคราะห์เบื้องต้น พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการเสพยา ได้แก่ เพศ (ชาย) และมีบุคลิกภาพแบบอันธพาล

ศิริลักษณ์ แสงส่อง (2558) ศึกษาถึง ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน มีการเสพยาบ้าในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ศึกษาถึง ประสิทธิภาพการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (Brief Cognitive Behavior Intervention) พบว่า จากการศึกษาศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ซึ่งนำการบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก ในบริบทของประเทศไทย โดยใช้แนวคิดของ Baker et al. (2005) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 59.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลักสำคัญในการบำบัดตามผลการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ คือ 1) การสร้างแรงจูงใจในการบำบัด 2) ฝึกให้ผู้บำบัดวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง การบันทึกทางความคิดและอารมณ์ 3) ฝึกควบคุมความอยากใช้แอมเฟตามีน 4) การจัดการกับความคิดในสถานการณ์เสี่ยงใช้ยา พบว่า การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ สามารถลดการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นและเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Baker et al. (2005) Brief cognitive behavioral interventions for regular Amphetamine users : a step in right direction ศึกษาในวัยรุ่นที่ใช้ Amphetamine จำนวน 214 คน แบ่งการศึกษออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบ Self-help Booklet และกลุ่มทดลองได้รับ BCBI มีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรมประกอบด้วย 1) Relationship & Motivation 2) How to reduce craving 3) Controlling thoughts 4) Coping with relapse ใช้เวลากิจกรรมและ 45-60 นาที นาน 4 สัปดาห์ วัดผลหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที ในสัปดาห์ที่ 5 และวัดซ้ำในอีก 6 เดือน พบว่า การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ สามารถลดการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นและเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดแอมเฟตามีน

นุรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษา โดยใช้แนวคิด Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein และคณะ (1984) ในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินค้นหาปัญหาและความต้องการ 2) ขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล 3) ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษา ผลการศึกษาพบว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดการเสพแอมเฟตามีนได้

ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา (2556) ศึกษาถึง ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพลังด้านการเสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นการศึกษาวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้า หลังได้รับโปรแกรม โดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

วรารณ มั่งคั่ง, จิตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ (2559) ศึกษาถึง ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง เพื่อศึกษาอิทธิพลของครอบครัวต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย วัยรุ่นชาย ช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 124 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสพยาบ้าครั้งแรก อายุ 15 ปี ร้อยละ 41.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้แอมเฟตามีนร้อยละ 86.30 สาเหตุของการใช้ยาเสพติดคือ อยากรู้ อยากลอง ร้อยละ 77.40 เพื่อนชวน ร้อยละ 54.80 ปัจจัยความขัดแย้งในครอบครัวมีอิทธิพลสามารถร่วมทำนายการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย ได้ร้อยละ 13.30

อุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) ศึกษาถึง ปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้ความเข้าใจเรื่อง ยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวส่งผลทางบวกต่อ การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นและการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยลดการใช้ยาเสพติดด้วย

สรุปได้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ เป็นการมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยส่วนบุคคลคือ วัยรุ่น เป็นการลดความคิดที่บิดเบือน ฝึกประเมินสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา การควบคุมความคิด อีกทั้งพบว่า การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลมาจากปัจจัยทางบวก ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นการแสดงบทบาทของครอบครัวอย่างเหมาะสม ทั้งบทบาทการสื่อสาร บทบาทการแสดงหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพยาลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention (BCBI) ของ Baker et al. (2005) ตามผลการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ซึ่งเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ ร่วมกับใช้แนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ตามผลศึกษาของ นูรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) เรื่อง การครอบครัวยุคใหม่มีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่นที่เสพยาบ้าแอมเฟตามีนขณะรับการบำบัดรักษา โดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (BCBI) จะเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมตามมาประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
โดยประยุกต์จากแนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention
(BCBI) ของ Baker et al. (2005) ร่วมกับแนวคิด Model of
Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984)
กิจกรรมที่ 1

การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง
แรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

กิจกรรมที่ 2

การฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3

การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด

กิจกรรมที่ 4

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention)

การเสพแอมเฟ
ตามีนของวัยรุ่น
ที่เสพติด
แอมเฟตามีน
(Sobell and
Sobell, 1992)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Bell, 2012) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้

	O1	X	O2
	O3		O4
O1 หมายถึง	การเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม		
O2 หมายถึง	การเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเสพติดหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม		
X หมายถึง	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม		
O3 หมายถึง	การเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O4 หมายถึง	การเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ในระบบสมัครใจบำบัด ยังคงมีพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น Amphetamine dependence ตามเกณฑ์ DSM-V และ ICD-10 และมีพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนที่พาวัยรุ่นเข้ารับการบำบัดรักษา แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น เพศชาย ที่เสพยาติดแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดระยะฟื้นฟู ในระบบสมัครใจบำบัด และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ เป็น Amphetamine dependence ตามเกณฑ์ DSM-V และ ICD-10 ยังคงมีพฤติกรรมการเสพยาติดแอมเฟตามีนในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา และพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพยาติดแอมเฟตามีน ซึ่งแต่ละครอบครัวประกอบด้วยวัยรุ่นชายที่เสพยาติดแอมเฟตามีนจำนวน 1 คน และพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพยาติดแอมเฟตามีน จำนวน 1 คน รวม 2 คน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 40 คู่ โดยจำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คู่ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกวัยรุ่นเสพยาติดแอมเฟตามีน (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 12-21 ปี
2. ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพยาติดแอมเฟตามีน ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของ การเสพยาติดแอมเฟตามีนโดย เครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ตั้งแต่ 4 – 15 คะแนน (วรัญญา จิตรผ่อง, 2552)
3. ยังคงมีพฤติกรรมการเสพยาติดแอมเฟตามีนอยู่ในระหว่าง 1 เดือน ไม่มีอาการถอนพิษแอมเฟตามีน ไม่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมจิตบำบัดสังคม (Matrix Program) ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย
4. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก พ่อหรือแม่ของวัยรุ่นเสพยาติดแอมเฟตามีน (Inclusion Criteria)

1. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ที่อาศัยอยู่ร่วมกันมากกว่า 1 ปี ครอบครัวละ 1 คน
2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตที่รุนแรงขึ้นในระหว่างการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย และความเป็นไปได้ในการวิจัย โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ Power table for effect Size ของ Cohen 1988 โดยได้นำการวิจัยของ ศิริลักษณ์ แสงส่อง (2558) เรื่อง ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบที่ $\text{power} = 0.90$ และ $d = 0.7$ ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 19 คู่ และเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่ และกลุ่มทดลอง 20 คู่ รวมทั้งสิ้น 40 คู่

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมมนุษย์ ของโรงพยาบาลจังหวัดอุดรดิตถ์ หมายเลขจริยธรรม และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นที่เสพติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ามารับการบำบัดรักษา ที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น จากการทบทวนระบบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนเข้ารับการบำบัดแอมเฟตามีนรายใหม่ แบบสมัครใจบำบัดช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยคัดเลือกวัยรุ่นชายเสพติดยาเสพติดแอมเฟตามีนและพ่อหรือแม่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากนั้นใช้แบบประเมิน SDS (Severity of dependence Scale) ประเมินกลุ่มตัวอย่างตามระดับมากกว่า 4 คะแนน (วรัญญา จิตรผ่อง, 2552) ได้จำนวน 40 คู่ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นชายที่เสพติดยาเสพติดแอมเฟตามีน และ พ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพติดยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เบื้องต้น

3. ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จนครบจำนวน 40 คู่

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัย (Control Extraneous Variables) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ด้วยการจับคู่วัยรุ่นที่เสพติดยาเสพติดแอมเฟตามีนให้มีคะแนนผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยเครื่องมือ Severity of Dependence

Scale (SDS) ใกล้เคียงกันโดยมีคะแนนแตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน

5. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้มีความเท่าเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์ไว้ในการจับคู่ตามความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีน จนครบทั้ง 20 คู่ โดยจับฉลากรายชื่อพร้อมกันครั้งละ 1 คู่ (2 ครอบครัว) แล้วแยกलगกลุ่มที่แบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ทำเช่นนี้จนครบ 20 คู่ (ตามตารางที่1 ในภาคผนวก)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์เพื่อพิจารณาว่า การวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 หมายเลขจริยธรรม REC No. 20/2020 และผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ วันเวลา สถานที่และระยะเวลาของการวิจัย สอบถามความสมัครใจพร้อมทั้งอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การมารับบริการหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention ของ Baker et al (2005) และ แนวคิด Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินการเสพแอมเฟตามีน ของ Sobell and Sobell (1992) ซึ่ง ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย คือ แบบประเมินการมีส่วนร่วมครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมครอบครัวของ จิราพร ชมพิกุลและคณะ (2552)

1.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนในวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสุขภาพ มีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสพแอมเฟตามีนทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Brief Cognitive Behavior Intervention) แนวคิดของ Baker et al. (2005) ตามการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ซึ่งนำการบำบัดมาใช้กับผู้เสพติดแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก ในบริบทของประเทศไทย ร่วมกับแนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ตามการศึกษาของนุรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพติด เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาเสพติดแอมเฟตามีนตามบริบทของประเทศไทยโดยผู้วิจัยมีการบูรณาการองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเข้ากับเนื้อหาการดำเนินกิจกรรม โดยมีกิจกรรมการบำบัดแบบรายครอบครัว ทั้งหมด 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ (Motivational Interviewing) เวลา 60 นาที เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ้วยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว กำหนดข้อตกลงให้วัยรุ่น และครอบครัวมีความเข้าใจในลักษณะของการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวในครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เวลา 60 นาที ประกอบกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาเสพติดของวัยรุ่น พร้อมทั้งร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3) การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด (Positive Self talk) เวลา 60 นาที โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพยาเสพติด ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ เทคนิคการพูดกับตัวเองทางบวก (Positive Self talk) ตามแนวคิดของเนลสันโจนส์ (Nelson-Jones, 1990) นำมาประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหา ช่วยให้ครอบครัวของวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัว และฝึกใช้สติในการควบคุมความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4) การฝึกทักษะป้องกันการเสพยาซ้ำ (relapse prevention) โดยการฝึกจัดการกับ อารมณ์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน เป็นแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เหมาะสม ได้แก่ 1) การสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์ต่างๆ โดยเฉพาะความโกรธ (Anger control) 2) ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนมีทักษะในการตัดสินใจที่เหมาะสมและวิธีการสร้างขั้นตอนและการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการแก้ไขปัญหาลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ของโปรแกรม รวมทั้งภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาการวิจัย (รายนามภาคผนวก ก) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนมีคุณสมบัติดังนี้ จิตแพทย์จำนวน 1 คน มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเป็นอาจารย์แพทย์ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์พยาบาลผู้สอนวิชาการพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 คนที่มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญในงานวิชาการให้คำปรึกษาครอบครัวเสพติดแอมเฟตามีนในชุมชน พยาบาลจิตเวชชุมชนที่มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) จำนวน 1 คน นำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในเรื่องความถูกต้องเหมาะสมของ ระยะเวลา ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะประเด็นที่เพิ่มเติมแก้ไข ดังต่อไปนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ วิธีดำเนินการ ใน ส่วนของใบงานที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ในส่วนสำรวจสัมพันธภาพในระบบครอบครัวระหว่าง สनทนา ได้ปรับข้อความคำถามการสำรวจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในส่วน วิธีการดำเนินงานให้เพิ่มคำอธิบายได้ภาพการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยใช้เทคนิค PMR ให้เป็นภาษาที่ เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้

กิจกรรมที่ 3 การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด โดยใช้กลยุทธ์ Positive Self talk การพูด กับตัวเองเชิงบวก ให้เพิ่มเติมใบงานในขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนามแทนตัวเองว่า “ฉัน” ในการพูด กับตัวเอง และให้ผู้วิจัยมอบหมายงานให้สมาชิกทบทวนถึงสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ โดยเขียน เป็น “การพูดกับตัวเองเชิงบวกที่มีต่อสถานการณ์นั้น” ทำให้รูปแบบกิจกรรมชัดเจนขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะป้องกันการเสพยาเสพติด เพิ่มเติมกิจกรรมเพื่อความครอบคลุมของ กิจกรรมที่ส่งเสริมการฝึกทักษะป้องกันการเสพยาเสพติด คือ “เทคนิคการเผชิญความเครียด” ที่เหมาะสม

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขให้สมบูรณ์แล้วไปลองใช้ (Try-out) กับ วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนและพ่อหรือแม่ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว ณ โรงพยาบาลตรอน อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี จนครบทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะ นำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่า กิจกรรมที่ 2 เน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝึก ทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องใช้เวลามากในการดำเนินกิจกรรมกับครอบครัว และในกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) คือป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เวลา 60 นาที พบปัญหาใน เรื่องของระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมค่อนข้างสั้น เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหา ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับ ประยุกต์ให้เนื้อหาของกิจกรรมดังกล่าวให้มีความเหมาะสมมากขึ้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม พร้อมทั้งให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับ การกลับไปเสพติด หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลท่านในครอบครัว ช่วงอายุที่เสพติดเฟตามีนครั้งแรก ระยะเวลาในการใช้สารเสพติดเฟตามีน จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2.2 แบบประเมินการเสพติดเฟตามีน แบบประเมินได้ Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) โดยมีข้อคำถามจะประกอบ 4 ข้อคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับปริมาณการใช้แอมเฟตามีนของในแต่ละวัน โดยให้ระบุรายละเอียดตามประเด็นข้อคำถามในแต่ละวันที่ได้ใช้จริง ภายในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หรือ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีข้อคำถามดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ให้ระบุ " จำนวนครั้ง /ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้" โดยถ้ามีได้ใช้สารเสพติดใด ๆ เลยให้ใส่เลขศูนย์"0"

ข้อที่ 2 ให้ระบุวิธีการที่เสพติด เช่น สูบ ฉีด หรือใช้วิธีอื่น ๆ ตามที่ใช้จริงลงในช่องวิธีการใช้

ข้อที่ 3 ให้ระบุว่ามีการใช้สารเสพติดใด ก่อนใช้แอมเฟตามีน ขณะที่ท่านใช้แอมเฟตามีน หรือ หลังจากที่ท่านใช้แอมเฟตามีนในวันนั้น เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น โดยระบุลงในของสารเสพติดที่ใช้ร่วมกัน

ข้อที่ 4 ให้ระบุเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้แอมเฟตามีนแต่ละครั้งให้ โดยให้ท่านทบทวนว่ามีสถานการณ์ใดที่สนใจให้ท่านทวนกลับมาใช้ซ้ำอีก เช่น เพื่อนชักชวน ปัญหาความเครียด ฯลฯ ซึ่งอาจจะนำมาใช้ประกอบกับข้อมูลจากสมุดบันทึกประจำวันของผู้ประเมินได้

การคิดคะแนนการเสพติดเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้ง ที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพติดเฟตามีนที่มากกว่า เช่น (ก. สินศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553) เช่น วัยรุ่นใช้แอมเฟตามีน ครั้งละ ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จะคำนวณได้ 14 คะแนน เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชุมชนจำนวน 1 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วย ไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก

สูตรคำนวณ ดังต่อไปนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยรรณกุล, 2550) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับวัยรุ่นนเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

2.3 แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด Severity of Dependence Scale (SDS) ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด ซึ่งมีการพัฒนา และปรับปรุง โดย Gossop, et al, 1995 มีการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย วรัญญา จิตรพ่อง (2552) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด โดยแบ่ง ข้อคำถามออกเป็น 2 ส่วน รวม 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที

โดยข้อคำถามที่ 1-4 จะมีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย

ตอบไม่เคย/แทบจะไม่เคย	ให้	0 คะแนน
ตอบบางเวลา	ให้	1 คะแนน
ตอบบ่อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
ตอบสม่ำเสมอ/เกือบสม่ำเสมอ	ให้	3 คะแนน

และในข้อคำถามข้อที่ 5 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนน หรือมากกว่า ในการระบุว่ามีการพิจารณาการเสพยาเสพติดในระดับรุนแรงจนถึงขั้นการติดสารเสพติด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ มีคะแนนระดับความรุนแรงของการเสพยาเสพติดที่ 4 - 15 คะแนน

โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินนี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Match pair) โดยต้องมีคะแนนความรุนแรงในการเสพยาแตกต่างกันไม่เกิน 1-2 คะแนน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชุมชนจำนวน 1 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วยไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิบันทึกข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในช่องว่างที่ผู้วิจัยออกแบบเว้นว่างไว้ของข้อคำถามแต่ละข้อ

หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยนากร, 2550) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา $CVI = 1$

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมครอบครัวของ จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552)

3.1 แบบวัดการมีส่วนร่วมในครอบครัว แนวคิดการมีส่วนร่วมในครอบครัว พัฒนาโดย จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของอุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) ใช้ประเมินวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นจริงเลยจำนวน 24 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลงผลค่าคะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
เป็นจริงปานกลาง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย	2
	หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่	
ไม่จริงเลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด	1

การแปลงผลโดยกำหนดเกณฑ์การกำกับการศึกษา คือ หลังใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนต้องมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว โดยรวมของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ระดับปานกลาง คือ 2.50 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ตามกำหนด

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก
3.50 – 4.49	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี
2.50 – 3.49	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง
1.50 – 2.49	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพอใช้
1.00 – 1.49	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษาในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที โดยวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ต้องมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ระดับปานกลาง คือ 2.50 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ตามกำหนด ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการไปจนกว่าครอบครัวจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ ซึ่งผลการประเมินครั้งนี้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 4.65 ซึ่งอยู่ในระดับ สัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก ผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชุมชนจำนวน 1 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วยไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิบันทึกข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในช่องว่างที่ผู้วิจัยออกแบบเว้นว่างไว้ของข้อคำถามแต่ละข้อ

หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยรากร, 2550) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา $CVI = 1$

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1.ระยะเตรียมการศึกษา 2.ระยะดำเนินการศึกษา และ 3. ระยะประเมินผลการศึกษา รายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับศึกษาวิชาการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด การจัดการกับความคิดด้านลบ การผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อ พร้อมด้วยเทคนิคการให้ความรู้ต่างๆ และ ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 เตรียมสถานที่ในการทำการวิจัย โดยติดต่อแหล่งทำการศึกษา ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือจาก หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ซึ่งรับผิดชอบการดูแลผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธสามารถออกจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและการออกจากการทดลองจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ หลังจากนั้นวางแผนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและพ่อหรือแม่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ถึงวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแผนที่วางไว้ และการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม ตามที่กำหนดด้วยตนเอง

1.5 ผู้วิจัยทำการประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553)

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) และ ประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back หลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 (เว้นระยะ 2 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 4)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) ในครั้งแรกที่พบกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและ นัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ในสัปดาห์ที่ 6 ตามกำหนด (Post-test)

2.ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม โดยชี้แจงให้ทราบว่าสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการ และให้อิสระกับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว (พ่อหรือแม่) สามารถออกจากการวิจัยได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องชี้แจงข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

2.2 ผู้วิจัยเชิญจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เข้าร่วมเป็นที่ปรึกษาในขณะดำเนินโปรแกรม

2.3 หลังจากที่ได้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและเซ็นใบยินยอมร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว (คู่) ตามขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 กิจกรรม ดำเนินการครั้งละ 60 นาทีรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมตามสถานที่ที่นัดหมายที่โรงพยาบาลอุดรดิตริต์ของกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง	วันที่ดำเนินกิจกรรม
คู่ที่ 1-5	วันที่ 1 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 1) วันที่ 8 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 2) วันที่ 15 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 3) วันที่ 22 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 4)
คู่ที่ 6-10	วันที่ 2 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 1) วันที่ 9 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 2) วันที่ 16 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 3) วันที่ 23 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 4)
คู่ที่ 11-15	วันที่ 3 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 1) วันที่ 10 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 2) วันที่ 17 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 3) วันที่ 24 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 4)
คู่ที่ 16-20	วันที่ 4 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 1) วันที่ 11 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 2) วันที่ 18 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 3) วันที่ 25 เมษายน 2563 (กิจกรรมที่ 4)

2.3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดเนื้อหากิจกรรมแต่ละขั้นตอนแสดงในภาคผนวก ข)

กิจกรรมที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ (Motivational Interviewing) เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ของวัยรุ่น
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและเกิดความตระหนักถึงปัญหาจากการเสพติด อีกทั้งลดความลังเลใจในการบำบัด
3. เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ มีความเข้าใจในลักษณะของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
4. เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ มีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ กับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว (พ่อหรือแม่) เพื่อประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
2. ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจของ วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนต่อการได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ
3. ผู้วิจัยสนทนาใช้ภาษาที่เป็นเข้าใจง่าย
4. ผู้ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว (พ่อหรือแม่) เล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องมากขึ้น
5. ผู้วิจัยสร้างความเป็นกันเอง ความอบอุ่น สมาชิกทุกคน
6. ผู้วิจัยไม่ให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ อย่าตำหนิ วัยรุ่นหรือครอบครัวอันเป็นสาเหตุของปัญหา
7. ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ
8. ผู้วิจัยเริ่มกระบวนการสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยใช้คำถามปลายเปิดให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เน้นให้มีความอิสระในการตอบและอธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
9. ผู้วิจัยกล่าวสรุป รวมทั้งกระตุ้นให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและสมาชิกครอบครัวสรุปสาระสำคัญของการเข้ากระบวนการสร้างแรงจูงใจในครั้งนี้

การประเมินผล

ผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ไว้วางใจกัน เปิดเผยเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญในกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม คือ มีความเข้าใจในลักษณะของการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม มีความไว้วางใจและยินยอมกล่าวถึงความรู้สึกยินดีที่มีพยาบาลจิตเวชมาดูแลให้ครอบครัวมีความรู้สึก มีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้น อีกทั้งวัยรุ่น และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการ

ให้คำปรึกษาครอบครัว นอกจากนั้นยังทำให้ผู้วิจัยเข้าใจในลักษณะโครงสร้างที่เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวได้อย่างชัดเจน

ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ ดังนี้

1.ด้านการรับรู้ความรุนแรง จากการเสพติดแอมเฟตามีน ที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมา พบว่า วัยรุ่นและครอบครัว รับรู้ถึงความรุนแรงและผลเสียต่อร่างกาย ทั้งระบบประสาท ทำให้ความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริงได้

2.ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการเสพติดแอมเฟตามีนซึ่งเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เสพ พบว่า วัยรุ่นและครอบครัว รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ของการเกิดความเสียหายทางสุขภาพจากการเสพติดแอมเฟตามีน

3.ด้านการรับรู้ความสามารถ ในการหยุดเสพแอมเฟตามีน พบว่า วัยรุ่นและครอบครัวเชื่อในศักยภาพของตัววัยรุ่น ที่จะรับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อการหยุดเสพ ได้

4.ด้านการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปรับพฤติกรรมเพื่อหยุดเสพแอมเฟตามีน พบว่า วัยรุ่นและครอบครัว รับรู้ถึงประโยชน์ หรือผลดี จากการหยุดเสพสารแอมเฟตามีน ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับมีมากกว่า ผลเสียที่เกิดจากการหยุดเสพ

5.ด้านการรับรู้ การมีพฤติกรรมหยุดเสพแอมเฟตามีน พบว่า วัยรุ่นและครอบครัว รับรู้ถึงพฤติกรรมการหยุดเสพ และแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

กิจกรรมที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหา ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมหยุดเสพแอมเฟตามีน

2. เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวร่วมกันฝึกใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดความเครียดจากการหยุดเสพแอมเฟตามีน

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน สสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับพฤติกรรมเสพแอมเฟตามีน

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน

3. ผู้วิจัยเรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย

4. ผู้วิจัยต้องย้าให้ครอบครัวตระหนักรู้ว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำให้เป้าหมายนั้นสำเร็จลุล่วง

5. ผู้วิจัยสอนการจัดการกับความเครียดเมื่อหยุดเสฟโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การประเมินผล

วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการเสฟแอมเฟตามีน วัยรุ่นและครอบครัว บางครั้งสัมพันธ์ภาพไม่ดีต่อกันมีทะเลาะกันบ้าง ครอบครัวบางครั้งไม่ใส่ใจวัยรุ่น การที่ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวให้ทุกคนช่วยเหลือดูแลวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหา พฤติกรรมการเสฟแอมเฟตามีน ว่าทุกคนในครอบครัวต้องช่วยกันดูแลวัยรุ่นอย่างมีเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3) การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนและครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหา ที่ทำให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมการเสฟยาลลดลง
2. เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวสามารถฝึกการใช้สติเพื่อควบคุมความคิดโดยใช้เทคนิคการพูดกับตัวเองทางบวก (Positive Self talk)

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสะท้อน ให้วัยรุ่น และครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและผลดีของพฤติกรรมการหยุดเสฟแอมเฟตามีน
2. ผู้วิจัยร่วม กับวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนและครอบครัว ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ ถึงการควบคุมความคิดอยากเสฟแอมเฟตามีน รวมทั้งการทำให้เกิดพฤติกรรมหยุดเสฟมากขึ้น ทำให้มีการปรับตัว ทั้งการดูแลวัยรุ่นและเกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป
3. ผู้วิจัยแนะนำให้วัยรุ่น และครอบครัวใช้ **สมุดคู่มือวัยรุ่นและครอบครัว**
4. ผู้วิจัยร่วมกับวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัว ฝึกการใช้สติเพื่อควบคุมความคิด โดยการใช้เทคนิคการพูดกับตัวเองเชิงบวก

การประเมินผล

วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนและครอบครัว สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดพฤติกรรมการหยุดเสฟยาได้ ด้วยการร่วมกันคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุด ที่มีผลทำให้วัยรุ่นเกิดความอยากเสฟยา นั่นคือ ความเครียดและความขัดแย้งจากการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งวัยรุ่นและครอบครัวตระหนักได้ว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่สำคัญ เป็นปัญหาที่ครอบครัวต้องช่วยกันคิด ช่วยกันแก้ไข

ด้วยศักยภาพของครัวเป็นหลักอันเนื่องจากการสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวมากขึ้น พุดกันด้วยความรักความเอื้ออาทรเข้าในซึ่งกันและกันมากขึ้นจนทำให้เกิดการสื่อสารทางบวก (Positive talk) และครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้นผ่อนคลายมากขึ้นไม่ต้องเข้มงวดจนทำให้วัยรุ่นรู้สึกอึดอัดและไม่เป็นอิสระ โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหาว่าเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินไปที่ครอบครัวจะช่วยกันคิด ช่วยกันแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมลดเสพยาขาว

กิจกรรมที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4) การฝึกทักษะป้องกันการเสพยา เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยา (relapse prevention) โดยใช้ทักษะการเผชิญความเครียด (Coping Skill)
2. เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการ และผลกระทบของการกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

วิธีการเน้นการ

1. ผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องของการจัดการความเครียด เพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ ได้แก่ ทักษะการเผชิญความเครียด และการรู้ทันความคิด
2. ผู้วิจัย อธิบายเรื่องทักษะการจัดการความเครียด และการรู้ทันความคิด
3. ผู้วิจัยสรุป ตามประเด็นที่สำคัญ และให้วัยรุ่นและครอบครัวได้ฝึกใช้ คู่มือทักษะการจัดการความเครียด และการรู้ทันความคิด
4. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้ร่วมกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว

การประเมินผล

วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการจัดการกับความเครียดและการรู้ทันความคิด (Coping Skill) สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเกี่ยวกับการหยุดเสพยาและความคิดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ สามารถพูดคุยปรึกษากันและกันถึงการดูแลวัยรุ่นที่ผ่านมาทั้งเรื่องตามการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ผ่านมาและการป้องกันการเสพยาซ้ำด้วย

3. ระยะประเมินผลการวิจัย

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) แล้วผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมครอบครัวของสำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว (2552) ร่วมกับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ อุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) (ผลการกำกับการทดลองภาคผนวก ค) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า

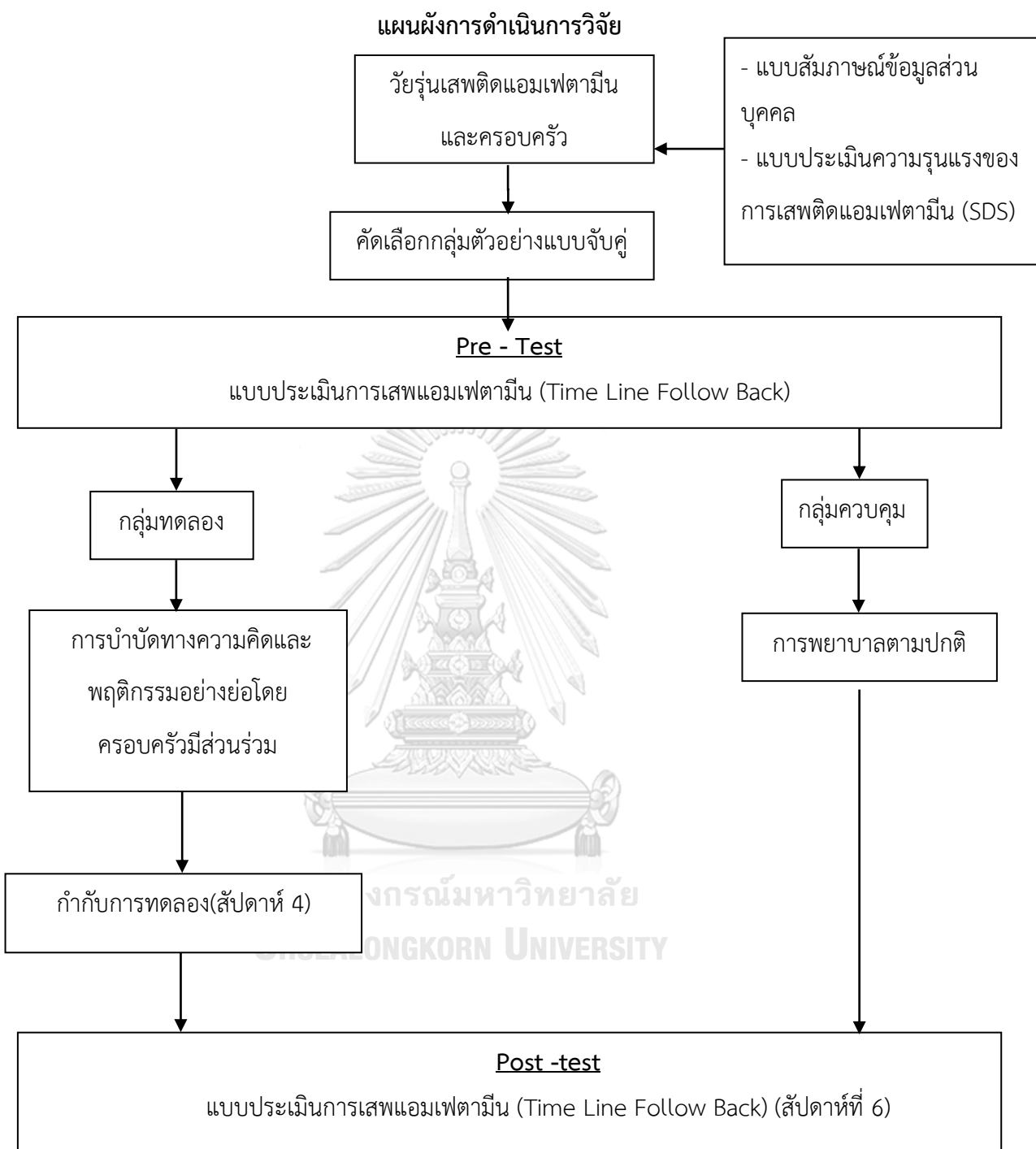
ผู้วิจัยจะเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการประเมินการเสพแอมเฟตามีนหลังบำบัด โดยใช้แบบประเมิน Time line Follow back (ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553) (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

(Statistical Package for the Social Science for Windows) มีรายละเอียด คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Bell, 2012) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนระยะของวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุครั้งแรกที่เสพ ระยะเวลาการเสพที่ต่อเนื่อง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน ระยะฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเสพแอมเฟตามีน และอายุครั้งแรกที่เสพติดแอมเฟตามีน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ในวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100.0	20	100.0	40	100.0
อายุที่เข้ารับการบำบัด (ปี)						
12 – 15	1	5.0	3	15.0	4	10.0
16 – 19	10	50.0	9	45.0	19	47.5
20 – 21	9	45.0	8	40.0	17	42.5
อายุที่เสพครั้งแรก (ปี)						
12 – 15	8	40.0	6	30.0	14	35.0
16 – 19	11	55.0	12	60.0	23	57.5
20 – 21	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ระยะเวลาเสพต่อเนื่อง (ปี)						
1 - 2	16	80.0	18	90.0	34	85.0
3 - 4	4	20.0	2	10.0	6	15.0
สถานภาพสมรส						
โสด	17	85.0	15	75.0	32	80.0
คู่	2	10.0	3	15.0	5	12.5
หย่า/แยกกันอยู่	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	1	5.0	0	0.0	1	2.5
มัธยมศึกษาต้น	11	55.0	12	60.0	23	57.5
มัธยมศึกษาปลาย	5	25.0	6	30.0	11	27.5
อนุปริญญา	3	15.0	2	10.0	5	12.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลผู้ดูแลหลัก						
บิดา	2	10.0	3	15.0	5	12.5
มารดา	18	90.0	17	85.0	35	87.5
อาชีพ						
ว่างงาน	2	10.0	3	15.0	5	12.5
รับจ้าง	10	50.0	9	45.0	19	47.5
เกษตรกรรม	3	15.0	5	25.0	8	20.5
ธุรกิจส่วนตัว	3	15.0	2	10.0	5	12.5
อื่นๆ	2	10.0	1	5.0	3	7.5
รายได้ บาท/เดือน						
ไม่มีรายได้	2	10.0	3	15.0	5	12.5
มีรายได้	18	90.0	17	85.0	35	87.5

จากตารางที่ 1 แสดงถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (วัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีน) จำแนกตาม เพศ อายุที่เข้ารับการบำบัด อายุที่เสพยาแอมเฟตามีนครั้งแรก ระยะเวลาเสพยาแอมเฟตามีน ต่อเนื่อง สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบุคคลที่ดูแลวัยรุ่น จากข้อมูลพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 16-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีการเสพยาแอมเฟตามีนครั้งแรกอายุระหว่าง 16-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.5 ระยะเวลาที่เสพยาต่อเนื่อง อยู่ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.0 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ โสด ร้อยละ 80.0 ระดับการศึกษา สูงสุด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 57.5 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ รับจ้าง ร้อยละ 47.5 แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 87.5 และผู้ให้การดูแลเป็นหลักในครอบครัวคือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 87.5

ตอนที่ 2 วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (n= 20)

คะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB)	Mean	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	11.90	5.06	5.52	< 0.001*
หลังการทดลอง	5.25	1.61		

จากตารางที่ 2 พบว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ก่อนและหลังให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ($p < 0.001$) โดยหลังการใช้โปรแกรมวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนมีคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ลดลงต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรม 11.90 และ 5.25 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้การพยาบาลตามปกติ (n= 20)

คะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB)	Mean	S.D	t	p-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	11.85	4.35	2.65	< 0.016*
หลังการทดลอง	10.00	2.27		

จากตารางที่ 3 พบว่าในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นก่อนและหลังให้การพยาบาลตามปกติต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ($p < 0.016$) โดยหลังการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ลดลงต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรม 11.85 และ 10.00 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเป็นระดับพบว่า กลุ่มควบคุมก่อนการให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีระดับคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) อยู่ในระดับมากกว่า และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองระดับคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) อยู่ในระดับต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น หลังให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (2 สัปดาห์) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n= 40)

คะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB)	Mean	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
หลังการทดลอง	5.25	1.61	-7.61	< 0.001*
กลุ่มควบคุม				
หลังการทดลอง	10.00	2.27		

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) เฉลี่ยลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 5.25 และ 10.00 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Bell, 2012) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ก่อนและหลังที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยการเสพติดตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นชายที่เสพติดตามีนอายุระหว่าง 12-21 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น Amphetamine Dependence ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-V ที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟู และ พ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพติดตามีน แต่ละครอบครัวประกอบด้วย วัยรุ่นที่เสพติดตามีน จำนวน 1 คนและ พ่อหรือแม่ ของวัยรุ่น เสพตามีน จำนวน 1 คน รวม 2 คนที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามีน แบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพติดตามีน อายุระหว่าง 12-21 ปี ที่ได้รับการบำบัดแบบยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟู ในระบบสมัครใจ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น Amphetamine Dependence ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-V ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดตามีนโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ที่มีคะแนน

ที่มีคะแนนตั้งแต่ 4-15 คะแนน และ พ่อหรือแม่ ของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนที่เป็นผู้ดูแลวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนในครอบครัว แต่ละครอบครัว ประกอบด้วย วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 1 คนและ พ่อหรือแม่ ของวัยรุ่น แอมเฟตามีนจำนวน 1 คน รวม 2 คนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุตรดิตถ์จำนวน 40 คู่

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย และความเป็นไปได้ในการวิจัย โดยการใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ Power table for effect Size ของ Cohen 1988 โดยได้นำการวิจัยของ ศิริลักษณ์ แสงส่อง (2558) เรื่อง ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพติดยาบ้ามารวมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบที่ $power = 0.90$ และ $d = 0.7$ ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 19 คู่ และเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คู่โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คู่และกลุ่มทดลอง 20 คู่ รวมทั้งสิ้น 40 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยโดยประยุกต์แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention ของ Baker et al (2005)และ แนวคิด Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al (1984)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน ของ Sobell and Sobell (1992) ซึ่ง ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย คือ แบบประเมินการมีส่วนร่วมครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมครอบครัวของ สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว (2552)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเพื่อใช้กับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน โดยผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Brief Cognitive Behavior Intervention) แนวคิดของ Baker et al. (2005) ตามการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ซึ่งนำการบำบัดมาใช้กับผู้เสพติดแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก ในบริบทของประเทศไทย ร่วมกับแนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ตามการศึกษาของนรินยา เหล่หมัดและคณะ (2552) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เข้าเสพยา เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาเสพติดแอมเฟตามีนตามบริบทของประเทศไทยโดยผู้วิจัยมีการบูรณาการองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเข้ากับเนื้อหาการดำเนินกิจกรรม โดยมีกิจกรรมการบำบัดแบบรายครอบครัว ทั้งหมด 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ (Motivational Interviewing) เวลา 60 นาที เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว กำหนดข้อตกลงให้วัยรุ่น และครอบครัวมีความเข้าใจในลักษณะของการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และผู้วิจัยประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวในครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เวลา 60 นาที ประกอบกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น พร้อมทั้งร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3) การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด (Positive Self talk) เวลา 60 นาที โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาลักษณะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติด ลดลง ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ เทคนิคการพูดกับตัวเองทางบวก (Positive Self talk) ช่วยให้ครอบครัวของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัว และฝึกใช้สติในการควบคุมความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4) การฝึกทักษะป้องกันการเสพยา (relapse prevention) โดยการฝึกจัดการกับ อารมณ์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติดแอมเฟตามีน เป็นแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติดแอมเฟตามีน

มีนที่ เหมาะสม ได้แก่ 1) การสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์ต่างๆ โดยเฉพาะความโกรธ (Anger control) 2) ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนมีทักษะในการตัดสินใจที่เหมาะสมและวิธีการสร้างขั้นตอนและการแก้ไขปัญหาเป็นระบบ เพื่อลดการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การใช้แอมเฟตามีน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินได้ Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) โดยมีคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถาม คัดคะแนนการเสพติดแอมเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพติดแอมเฟตามีนที่มากกว่า

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดขึ้น เพื่อใช้กับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน

2.2 แบบประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน แบบประเมินได้ Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) โดยมีคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถาม คัดคะแนนการเสพติดแอมเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพติดแอมเฟตามีนที่มากกว่า

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชุมชนจำนวน 1 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วย ไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไปได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการมีส่วนร่วมในครอบครัว แนวคิดการมีส่วนร่วมในครอบครัว พัฒนาโดยสำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว (2552) ร่วมกับแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของอุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) ใช้ประเมินวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นจริงเลยจำนวน 24 ข้อ

แบบวัดการมีส่วนร่วมในครอบครัว การแปลผลโดยกำหนดเกณฑ์การกำกับการกำกับการศึกษา คือ หลังใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม วัยรุ่นที่เสฟติดแอมเฟตามีนต้องมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ระดับปานกลาง คือ 2.50 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ตามกำหนด

ทำการกำกับการศึกษาในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที โดยวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนต้องมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ระดับปานกลาง คือ 2.50 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ตามกำหนด ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนและครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการไปจนกว่าครอบครัวจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ ผลการกำกับการวิจัยพบว่า วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 4.65 แสดงว่า มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชชุมชนจำนวน 1 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วย

ไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไปได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มวัยรุ่นนเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1.ระยะเตรียมการศึกษา 2.ระยะดำเนินการศึกษา และ 3. ระยะประเมินผลการศึกษา รายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับ ศึกษาวิชาการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด การจัดการกับความคิดด้านลบ การผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อ พร้อมด้วยเทคนิคการให้ความรู้ต่างๆและ ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 เตรียมสถานที่ในการทำการวิจัย โดยติดต่อแหล่งทำการศึกษา ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือจาก หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ซึ่งรับผิดชอบการดูแลผู้ติดสารเสพติด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธสามารถออกจากการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและการออกจากการทดลองจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ หลังจากนั้นวางแผนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งวัยรุ่นนเสพติดแอมเฟตามีนและพ่อหรือแม่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ถึงวัน เวลา สถานที่ในการดำเนิน

กิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ตามแผนที่วางไว้ และการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม ตามที่กำหนดด้วยตนเอง

1.5 ผู้วิจัยทำการประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ของ Sobell and sobell (1992) ที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553)

- สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) และ ประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back หลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 (เว้นระยะ 2 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 4)

- สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) ในครั้งแรกที่พบกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและ นัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินการใช้สารแอมเฟตามีน ด้วยแบบประเมิน Time line follows back ในสัปดาห์ที่ 6 ตามกำหนด (Post-test)

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม โดยชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการ และให้อิสระกับผู้เข้าร่วมทั้งครอบครัว (พ่อหรือแม่) สามารถออกจากการวิจัยได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องชี้แจงข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

2.2 ผู้วิจัยเชิญจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เข้าร่วมเป็นที่ปรึกษาในขณะดำเนินโปรแกรม

2.3 หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและเซ็นใบยินยอมร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว (คู่) ตามขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 กิจกรรม ดำเนินการครั้งละ 60 นาทีรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมตามสถานที่ที่นัดหมายที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2.4 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ คือ การซักประวัติรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การพบจิตแพทย์ รวมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว (พ่อหรือแม่)

3. ระยะประเมินผลการวิจัย

3.1 กลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) แล้วผู้วิจัยทำการกำกับกรทดลองโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมครอบครัวของ สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว (2552) ร่วมกับ แบบประเมินสัมพันธภาพใน

ครอบครัวของ อุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) ผลการกำกับกับการวิจัยพบว่า วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 4.65 แสดงว่า มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ผลการกำกับกับการทดลองภาคผนวก ค) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้วิจัยจะเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการประเมินการเสพติดแอมเฟตามีนหลังบำบัด โดยใช้แบบประเมิน Time line Follow back (ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553) (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มควบคุมทราบเมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว (พ่อหรือแม่) เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว (พ่อหรือแม่) ใช้แบบประเมินการเสพติดแอมเฟตามีน (Time line Follow back) แพลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 และแจ้งผลพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดกระบวนการทดลองวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) มีรายละเอียด คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการเสพติดแอมเฟตามีน (TLFB) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนการเสพติดแอมเฟตามีน (TLFB) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเสพ ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเป็น 2 ประการ คือ

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นที่ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) โดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเสพติด ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู (TLFB) อยู่ในระดับที่สูงกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมเสพแอมเฟตามีนมากกว่า โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเสพ (Mean) เท่ากับ 11.90 แต่ภายหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูลดลงคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.25

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเสพ สามารถพัฒนา ศักยภาพของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ให้สามารถลดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลงได้ อีกทั้งมีการเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวให้เหมาะสม และท้ายที่สุดสามารถพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเข้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเสพ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาเสพติดแอมเฟตามีนตามบริบทของประเทศไทย จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น สามารถพัฒนาพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนในวัยรุ่นให้ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อีกทั้งยังสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ในระดับสูงขึ้น คือ ระดับดีมาก คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 4.65 ซึ่งพบว่าโปรแกรมฯ ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวของดีขึ้นสามารถพูดคุยกันได้มากขึ้น ผู้วิจัยพบว่าก่อน

ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมทั้งหมดไม่เหมาะสม ทั้งการแสดงบทบาทและไม่มีการพูดคุยสนทนาปรึกษาหารือกัน ไม่มีการเอาใจใส่ดูแลกัน จึงการทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นตามมา ในทิศทางกลับกันหลังจากที่วัยรุ่นและครอบครัวได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถพัฒนาให้ครอบครัวเกิดศักยภาพด้วยความคิดและการปรับพฤติกรรม ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของชวันรัตน์ เสถียรภิตติธนา (2556) พบว่า ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้วัยรุ่นมีพลังด้านยาเสพติดเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยยังพบว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น สามารถทำให้วัยรุ่นและครอบครัวพูดคุยกันได้มากขึ้น สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวมาก่อนทำให้เอาใจใส่ดูแลกันและกันในครอบครัวมากขึ้นส่งผลให้ วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลดลง ยืนยันได้จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูลดลงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษดา ทองทับ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน พบว่าทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำและการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกสารแอมเฟตามีนของผู้ติดสารแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นเมื่อวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว (พ่อหรือแม่) ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้ทุกคนในครอบครัวสามารถพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษาหารือกันอย่างเปิดเผยถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตนเองที่มีต่อวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนได้ จึงเกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นภายในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อตนเอง ที่มีต่อปัญหาการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่น และรับรู้ต่อปัญหาในครอบครัว รวมทั้งยังได้มีการสำรวจตนเองแล้วนำกลับมาพัฒนาตนเองและครอบครัวเพื่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งนำไปสู่การดูแลเอาใจใส่กันและกันท้ายที่สุดส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลดลง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ในวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 อันเนื่องจากประสิทธิภาพของงานวิจัย “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นเสพ” ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Brief Cognitive Behavior Intervention) แนวคิดของ Baker et al. (2005) ตามการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ซึ่งนำการบำบัดมาใช้กับผู้เสพติดแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก ในบริบทของประเทศไทย ร่วมกับแนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ตามการศึกษาของนุริยา แหะหมัดและคณะ (2552) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพติด เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาเสพติดแอมเฟตามีนตามบริบทของประเทศไทย โดยกำหนดเป็นกิจกรรมการทดลองวิจัย 4 กิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ (Motivational Interviewing) โดยนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2002) มาใช้ในกิจกรรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้คำปรึกษาที่ยืด ผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลางในการศึกษานี้ได้แก่ วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจค้นหาและแก้ไขความลังเลใจ ของตนเองสร้างความรู้สึกรับรู้ว่าการบำบัดรับรู้ว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพแอมเฟตามีนได้ด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด สร้างความรู้สึกรับรู้ให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและ พ่อหรือแม่ รับรู้ว่าการบำบัดมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจลดปัญหาการใช้ แอมเฟตามีนของวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การที่วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึกจะช่วยให้ได้คุยกับตนเองซ้ำๆ ทำให้วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนรู้สึกกังวลใจกับพฤติกรรมหรือปัญหาที่ตามมาจากการเสพแอมเฟตามีนและความกังวลใจเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนต้องการเปลี่ยนแปลง (รัชนิ อุทัยพันธ์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2556)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพ แอมเฟตามีนของวัยรุ่น พร้อมทั้งร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นให้ครอบครัว (พ่อหรือแม่) ได้กำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้นให้วัยรุ่นเสพติดแอม

เฟตامين และครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامين เนื่องจากวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامينส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก เป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชที่จำเป็นต้องมีส่วนในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดี และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว (รัชนิกร เกิดโชค, 2553) วัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامينและครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มีเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแอมเฟตامينลดลง (ทัศนีย์ ลิ้มปัสานนท์ และ รัศมน กัลยาศิริ, 2558)

กิจกรรมที่ 3 การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด (Positive Self talk) โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาก็ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสพยาลดลง ให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น การเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامينและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامين (Marland, 1999) ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ เทคนิคการพูดกับตัวเองทางบวก (Positive Self talk) ตามแนวคิดของนิลสันโจนส (Nelson-Jones, 1990) นำมาประยุกต์ใช้ 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامين และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหา จะช่วยให้ครอบครัวของวัยรุ่นเสพยาเสพติดแอมเฟตامينมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัว และฝึกใช้สติในการควบคุมความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ไพโรส มามะ, 2557)

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะป้องกันการเสพยาซ้ำ (relapse prevention) โดยการฝึกจัดการกับ อารมณ์ต่างๆที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแอมเฟตامين โดยดำเนินกิจกรรมกับวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตامين และพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตامينเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตامينมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแอมเฟตامينที่เหมาะสม ได้แก่ มีการสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการเผชิญอารมณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะ ความโกรธ (Anger control) 2) ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดแอมเฟตامينมีทักษะในการตัดสินใจที่เหมาะสมและวิธีการสร้างขั้นตอนและวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการแก้ไขปัญหที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การใช้แอมเฟตامين (สุกuma แสงเดือนฉาย, 2553)

สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ครอบครัวที่มีบทบาทหน้าที่ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจนและมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมก็จะทำให้การดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

เช่นเดียวกับวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนและครอบครัวที่มีโอกาสรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น (นุรินยา แหะละมัดและคณะ ,2552) รวมทั้งการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัวอย่างเหมาะสม จะทำให้วัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังบทสนทนาต่อไปนี้

: ปกติก็ไม่ได้มานั่งคุยเปิดอกกันแบบนี้หรอกครับ แม่บ่น มากกว่า ทำให้ผมไม่อยากคุยด้วย ออกไปหาเพื่อนดีกว่า เพื่อนเลยชวนเสพยา แต่พอคุยแบบนี้รู้เลยว่าแม่เป็นห่วงผมมากครับ

: ก็จริงนะคะหมอ พ่อได้คุยกัน ได้ปรับความคิด และเห็นลูกฝึกลดความอยากเสพยา ทำให้เห็นความตั้งใจของลูกจริงๆ ไม่เหนียวแปล่าที่แม่มาด้วย

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบว่าอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 4.65

กล่าวได้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะสามารถช่วยให้มีพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนลดลง และครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ทำให้มีการป้องกันการเสพยาซ้ำสูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) ที่พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวส่งผลทางบวกต่อการไม่ใช้สารเสพติดของวัยรุ่นและการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยลดการใช้ยาเสพติดด้วยดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพยาแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างที่ชัดเจนถึงค่าคะแนนเฉลี่ยของการเสพยาแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 แสดงว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพยาแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีผลทำให้วัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีน มีพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนลดลง คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 5.25 ต่ำกว่าจากก่อนการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นที่เสพยาแอมเฟตามีนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการเสพยาแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพยาแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น ลดลงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้วัยรุ่นได้รับการฝึกการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด การจัดการกับความเครียด การป้องกันการเสพยาซ้ำ อีกทั้งวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัวสามารถพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษากันได้อย่างเปิดเผยถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ที่มีต่อครอบครัวได้ จึงเกิดสัมพันธภาพที่ขึ้นภายในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อตนเอง ที่มีต่อปัญหาการพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่น และรับรู้ต่อปัญหาในครอบครัว รวมทั้งยังได้มีการสำรวจตนเองแล้วนำกลับมาพัฒนาตนเองและครอบครัวเพื่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งนำไปสู่การดูแลเอาใจใส่กันและกัน นำไปสู่การมีพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Epstein et al. (2005) พบว่า ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษา โดยใช้แนวคิด Model of Family Functioning ในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินค้นหาปัญหาและความต้องการ 2) ขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล 3) ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดรักษาพบว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดการเสพยาแอมเฟตามีนได้

เช่นเดียวกับการที่ผู้วิจัยใช้แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention (BCBI) ของ Baker et al. (2005) ซึ่งเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ ร่วมกับแนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) โดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (BCBI) จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมตามมาจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองลดลงและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลในแบบปกติ

สำหรับกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับการชักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การพบจิตแพทย์ รวมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ทั้งวัยรุ่นและครอบครัวผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับแอมเฟตามีน การแนะนำการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากรักษาโรคทางจิตเวช โดยพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพ ซึ่งวัยรุ่นและครอบครัวจะได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติ กาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสพยาแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟูของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 11.85 ซึ่งอยู่ในระดับ (สูงกว่า) หลังจากสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 10.00 ซึ่งอยู่ในระดับ (ต่ำกว่า) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการบำบัด จะเห็นได้ว่า การไม่ได้ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ส่งผลให้พฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนที่ลดลงไม่มาก (11.85 เป็น 10.00) เนื่องจากการบำบัดมุ่งเน้นที่ตัววัยรุ่นเพียงอย่างเดียว ไม่ได้นำครอบครัวเข้ามามี

ส่วนร่วมในการบำบัดด้วย สอดคล้องกับ การศึกษาของวราภรณ์ มั่งคั่งและคณะ (2559) ศึกษาถึง ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่ง หนึ่ง เพื่อศึกษาอิทธิพลของครอบครัวต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชาย พบว่า ปัจจัยความขัดแย้งใน ครอบครัวมีอิทธิพลสามารถร่วมทำนายการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย ได้ร้อยละ 13.30 สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศิริลักษณ์ แสงส่อง (2558) ศึกษาถึง ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบ ผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่ได้รับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน มีการเสพยาบ้าในระยะหลังการทดลองทันที

จากเหตุผลดังกล่าวโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมี ส่วนร่วม ที่นำการบำบัดมาใช้กับผู้เสพติดแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก ในบริบทของประเทศไทย โดยใช้แนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อของ Baker et al. (2005) ร่วมกับผล การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อดูแลผู้เสพแอมเฟตามีน โดยใช้แนวคิดของ Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al. (1984) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพติด เพื่อให้ เหมาะสมกับการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาเสพติดแอมเฟตามีนตามบริบทของประเทศไทย

จากเหตุผลดังกล่าว พบว่าคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ของวัยรุ่นของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดย ครอบครัวมีส่วนร่วมลดลง มากกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดย ครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน มีคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน (TLFB) ระยะฟื้นฟู ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สัมพันธภาพของวัยรุ่นและครอบครัวดีขึ้น ทำให้บุคคลใน ครอบครัวดูแลซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันทั้งระบบโครงสร้างหลัก ของครอบครัว และระบบย่อยในครอบครัว ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลวัยรุ่นที่เสพติด แอมเฟตามีน ทำให้อายุรุ่นมีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมกขึ้นอีกทั้งการดูแลด้านการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จึงส่งผล ให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนมีการเสพแอมเฟตามีนลดลง ความสำเร็จผลแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและครอบครัวที่มีต่อวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีส่วนโดย ตรงที่จะทำให้อายุรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมการเสพลดลง สอดคล้องกับคำกล่าว ครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และผู้ดูแลในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการ ดูแลช่วยเหลือสมาชิกให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ (Loukissa, 1995) อีกทั้งปัจจุบันการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้นโดยพยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่

ครอบครัวของตนเองและให้ครอบครัวรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลดลง

พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนรวมทั้งครอบครัวให้มีศักยภาพสามารถดูแลตนเอง ในเรื่องการดูแลรักษาเกี่ยวกับการเสพแอมเฟตามีน รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของระบบโครงสร้างครอบครัวให้สามารถแก้ไขปัญหาในเรื่องต่างๆในครอบครัวด้วยกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ ด้วยการพัฒนาสัมพันธภาพของครอบครัวที่เหมาะสมให้วัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนและครอบครัวดีขึ้น ทำให้เกิดการดูแลเอาใจใส่กันและกันด้วยสัมพันธภาพที่ดี

จากความสำคัญทั้งหมดที่กล่าวมา ถือได้ว่ากระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นบทบาทที่สำคัญและเฉพาะด้าน ของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง ที่ทำให้เกิดโปรแกรมการวิจัยทางการพยาบาลสำหรับดูแลวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เพื่อพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรเป็นสื่อกลางช่วยสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสำหรับวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนและครอบครัวจะส่งผลให้พฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนลดลง ตามลำดับ

1.2 สามารถนำไปประยุกต์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนและครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

2.ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการติดตามพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนเป็นระยะ เช่น ทุกๆ 2, 4, และ 6 เดือนเพื่อความคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหยุดเสพแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง

2.2 แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถนำไปประยุกต์พัฒนาเพื่อสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดในกลุ่มอื่นๆได้

3. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

3.1 โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วย

บริการสุขภาพในชุมชน โดยเสริมในการพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง

3.2 ในการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น บทบาทพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาที่สำคัญคือพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องรักษาสถานะภาพของสัมพันธภาพที่ดีนั้นไว้ตลอด

3.3 โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้ทักษะช่วยให้วัยรุ่นผู้เสพแอมเฟตามีนตระหนักและต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันคิดแก้ปัญหาตามความสามารถและบริบทของครอบครัว



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ. (2553). ประสิทธิผลของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อต่อภาวะการฉีกขาดของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ ประเทศไทย. คุษณินพนธ์ ปริญญาคุษณินพนธ์ิต สาขาวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษดา ทองทับ. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาบ้าต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพยาบ้าแอมเฟตามีน. ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียงไกร พึ่งเชื้อและคณะ. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพยาบ้าในเยาวชน. วารสารวิจัยทางการศึกษา 14 (2) : 221-229.
- จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). รายงานการวิจัย สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดย สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาการพัฒนาศังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุนทร, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม และคุษณิน ดามี. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม : เอ็น แอนด์ เอ็น ก๊อปปี้ แอนด์ พรินติ้ง.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุษย์ และสุกมาแสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล 40 (1) : 24 – 33.
- ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา. (2556). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐ เด่นดวงบริพันธ์. (2554). แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์. ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐวารรณ รอดการทุกข์, กุลทัต หงส์ขยางกูรและ พงค์เทพ สุธีรฤทธิ. (2560). กระบวนการเลิกใช้สารเสพยาบ้าก่อนเข้าสู่การเป็นสมาชิกกลุ่มที่เห็นต่างในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ

- 4 อำเภอจังหวัดสงขลา. วารสารวิทยาสาร มหวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 28 (3): 89-97.
 ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. (2558). การให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พยาบาลสาร
 42 (พิเศษ) : 205 – 213.
- ทัศนีย์ ลิ้มปัสานนท์และ รัศมน กัลยาศิริ. (2559). ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ
 ต่อความอยากบุหรี่ในผู้ที่ติดบุหรี่. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 59(2) : 219-233.
- ธัญญา สิงห์โต, สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลพิมพ์และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2560). ความพร้อม
 ของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน. วารสาร
 วิชาการเสพติด 5 (1) : 1-12.
- นุรินยา แหะหมัด, อ้อมเดือน บุญญามณี, ดารารัตน์ สารพันธ์, และสยาม มุสิกะไชย. (2552).
 การมีส่วนร่วม ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดขณะบำบัดรักษาในศูนย์
 บำบัดรักษาเสพติดสงขลา. สืบค้น จาก www.sdth.in.th/upload/forum/09.pdf.
- นพดล โสภณวรกิจ. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5
 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับ
 การ รักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นริสา วงศ์พนารักษ์และ สายสมร เฉลยภิตติ. (2561). บทบาทพยาบาลในการให้การปรึกษาผู้ติดยา
 เสพติด. วารสารพยาบาลทหารบก 19(1) : 16-23.
- นรากร สารีเหล็ก, อัจฉรา คำมะทิตย์, กรรณิกา นามหย่อง, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ. (2560). ผลของ
 โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์
 อุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 35(1): 147-162.
- นลินี ศรีอ่อน. (2557). ประสบการณ์การเป็นบิดาของวัยรุ่นชาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพมหานคร : ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พรรณภา เรืองกิจ. (2554). ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันต่อการใช้สารแอมเฟตามีนของนักเรียน
 วัยรุ่นจังหวัดปทุมธานี :ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่
 จับคู่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พลอยไพลิน รัตนสัญญา และจุฬารัตนา โฉมฉาย. (2557). การใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย.
 วารสารยาต้านพิษ 4 (1) : 53-60.

พิพัฒน์ พันเลียว, รังสิมันต์สุนทรโชติ และ สารรัตน์ วุฒิอาภา. (2560). ผลของโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความก้าวร้าว ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน. วารสารพยาบาลทหารบก 18 (พิเศษ) : 207 – 216.

มนัส สุนทรโชติ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). ตำราจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

รัชณี อุทัยพันธ์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27 (1) : 136 – 148.

วรัญญา จิตรผ่อง. (2552). ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณสถาบันธัญญารักษ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรารณ มั่งคั่ง. (2558). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วรารณ มั่งคั่ง, จิตนาวัชรสินธุ์ และ วรณิ เดียววิเศษ. (2559). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 11(2): 53-63.

เวชระเบียนโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. (2562). รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษา
ปีงบประมาณ 2560-2562. [ออนไลน์].แหล่งที่มา <http://antidrugnew.moph.go.th/>
(10 พฤศจิกายน 2562)

ศิริลักษณ์ แสงส่อง. (2558). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสติดยาบ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริรัตน์ นิตยวัน, นภัสสรณ์ รังเวโรจน์และอรัญญา แพจ้อย. (2561). แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขากาณเหื้อ.

สารรัตน์ วุฒิอาภา. (2555). การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 20(5) : 457- 467.

สวัสต์ อุ่นใจ, กิจวัฒน์ นาถวิไล, ญาธชา พันวิไล. สุกัญญา กาญจนบัตร และ มานพ คณะโต. (2560).

**การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน.**

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 5(4) : 661-671.

โสฬรรณ อินทสิทธิ์ และบุญสม วราเอกศิริ. (2554). การพัฒนารูปแบบการป้องกันปราชญ์กรรม
การเสพติดของวัยรุ่น.The Graduate Research Conference 12th

มหาวิทยาลัยขอนแก่น : 82 – 94.

สุจิตตา ฤทธิมนตรี และกฤตยา แสงเจริญ. (2554). **พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า.**

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 34(3): 48-56.

สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง
สนับสนุนทางสังคมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วยสุรา.**

ดุษฎีนิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สุวรรณีย์ แสงอาทิตย์, สุทธิลักษณ์ ตั้งกิตติชัย และ อรุณา เจตศรีสุภาพ. (2550). **ปัจจัยทำนาย**

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดในวัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 30 (2) : 12 -19.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์กระทรวง

สาธารณสุข. (2555). **รายงานประจำปี 2555.** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ : กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์กระทรวง

สาธารณสุข. (2558). **สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าและเสพร่วมกับยาอื่นๆ ของสถาบัน**

ธัญญารักษ์ จำแนกตามปีงบประมาณ 2554-2558. [ออนไลน์].แหล่งที่มา :

http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view

(10 ธันวาคม 2560)

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์กระทรวง

สาธารณสุข. (2560). **รายงานประจำปี 2560.** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ : กระทรวงสาธารณสุข

ทัศนีย์ ลิ้มปสานนท์. (2555). **ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟต่อความอยากบุหรี่**

ในผู้ที่ติดบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไผ่โรส มานะ. (2557). **ผลของโปรแกรมการพูดกับตัวเองเชิงบวกบนพื้นฐานหลักอิสลามต่อภาวะ**

ซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นหญิงมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

- สาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 อรอนงค์ ซ้ายโพธิ์กลาง. (2557). **ทุนสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นไทย**. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี สุภาวงศ์. (2559). **ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด
 แบบประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง**. วารสารร.พยาบาลสงขลานครินทร์ 30(พิเศษ): 160-170.
- อานนท์ จำลองกุล. (2559). **แอมเฟตามีน : นิติเวชปริทัศน์**. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 6 (4) : 399 – 412.
- อุไรรัตน์ แก้วไกรสร. (2553). **ปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้
 ความเข้าใจเรื่องยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัด
 กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
 มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อังกูร ภัทรกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). **เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ
 เข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับ
 บำบัด :กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 60
 (มกราคม – มีนาคม) : 71- 81.
- อุษณีย์ พึ่งปาน. (2552). **การประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพการเสติดยาบ้าใน
 ประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ.
- เอกอุมา อัมคำ. (2556). **การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสติด : การใช้
 หลักฐานเชิงประจักษ์**. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 21(7) : 697-710.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาษาอังกฤษ

- Baker A., et al. (2005). **Brief cognitive behavioral interventions for regular
 amphetamine users: a step in right direction**. Addiction 100: 367-378.
- Baker A., et al. (2006). **Cognitive behavioral therapy for substance use disorder in
 people with psychotic disorder**. British journal of psychiatry. 188: 439-448.
- Bell, B. A., Onwuegbuzie, A. J., Ferron, J. M., Jiao, Q. G., Hibbard, S. T., & Kromrey, J. D.
 (2012). **Use of design effects and sample weights in complex health
 survey data: a review of published articles using data from 3 commonly
 used adolescent health surveys**. American journal of public health, 102(7):
 1399-1405.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for behavioral Science**. (2nd ed.).

Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Epstein, Nathan B., et al. **The McMaster model: A view of healthy family functioning**. The Guilford Press, 2003.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). **Motivational interviewing: Preparing people for change** (2nd ed). The Guilford Press.

Linder-Pelz, S., Levy, S., Tamir, A., Spenser, T., & Epstein, L. M. (1984). **A measure of family functioning for health care practice and research in Israel**. *Journal of Comparative Family Studies*, 15(2): 211-230.

Olds, J., & Milner, P. (1954). **Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain**. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6): 419-427.

Jessor R, Chase JA, Donovan JE. **Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents**. *Am J Public Health*. 1980;70(6):604-613. doi:10.2105/ajph.70.6.604

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral scienc and clinical psychiatry** 8th ed. Baltimore : Williams & Wilkins.

Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1992). **Time-line follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption**. In Litten, R. Z., & Allen, J.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่งและหน่วยงาน

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. นายแพทย์อุฬาร วิเลข | นายแพทย์ชำนาญการ สาขาจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ |
| 2. อาจารย์ธงรบ เทียมสันต์ | อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิตต่อคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยชินวัตร |
| 3. อาจารย์วินัย รอบคอบ | อาจารย์พยาบาล ระดับชำนาญการ สาขาวิชา
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 4. นายนรากร สารีแท้ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (งานจิตเวชชุมชน)
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดอุดรธานี |
| 5. นางสาวเบญจมาภรณ์ บัวหลวง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและผู้
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาล
อุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด Brief Cognitive Behavior Intervention ของ Baker et al (2005) และ แนวคิด Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein et al (1984)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประเมินการเสพแอมเฟตามีน ของ Sobell and Sobell (1992) ซึ่ง ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย คือ แบบประเมินการมีส่วนร่วมครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมครอบครัวของ จิราพร ชมพิกุลและคณะ (2552)



ตัวอย่างโปรแกรมการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อการเสพติดามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น

กิจกรรมที่ 1: (สัปดาห์ที่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์ (Motivational Interviewing)

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม	: วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่
สถานที่	: แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จ.อุดรดิตถ์
สัปดาห์ที่ 1 เวลา	: 60 นาที
รูปแบบ	: ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม โดยมีวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ รวมทั้งผู้วิจัย (ผู้บำบัด) เลือกนั่งตามอัธยาศัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ของวัยรุ่น
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและ
เกิดความตระหนักถึงปัญหาจากการเสพติด อีกทั้งลดความลังเลใจในการบำบัด
3. เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ มีความเข้าใจในลักษณะของการ
บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
4. เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ มีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการบำบัดทาง
ความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

เนื้อหา

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการให้คำปรึกษาที่ยืด ผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลางใน
การศึกษานี้ได้แก่ วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดย
ใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจค้นหาและแก้ไขความ
ลังเลใจของตนเองสร้างความรู้สึกให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าคุณเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ
เสพติดแอมเฟตามีนได้ด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด

สร้างความรู้สึกให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและ พ่อหรือแม่ รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติดได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจลด
ปัญหาการใช้ แอมเฟตามีนของวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เพื่อประเมินแรงจูงใจในการบำบัดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Miller & Rollnick, 2002) โดยผู้วิจัย “สนทนาพูดคุย การแนะนำตนเองของผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้การแสดงออกทางอารมณ์สีหน้าที่แสดงถึงความจริงใจ ในการมาให้ความช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่” โดยเน้นการทำความรู้จักแบบใกล้ชิด ระหว่างผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสายสัมพันธ์ผ่านการสนทนาพร้อมทั้งการสังเกตระบบของครอบครัวในระหว่างชั่วโมงการสนทนาได้ครบทุกคน

2. ผู้วิจัยสร้างความเป็นกันเอง ความอบอุ่น สมาชิกทุกคน โดยสนใจฟังและได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้ว จึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

2.1 ผู้วิจัยใช้ทักษะการบำบัดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม สร้างสายสัมพันธ์ “ตาสบตา” พร้อมกับการแสดงอารมณ์ที่สัมพันธ์กัน กับคู่สนทนาในขณะนั้น ทุกคนทั้งวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ เมื่อผู้วิจัยพบประเด็นที่มีส่วนพัฒนาความสัมพันธ์ในระบบครอบครัว ในระหว่างชั่วโมงให้การบำบัด ผู้วิจัยใช้คำถาม “คุณป้า (อื่นๆ) คิดแบบเดียวกันไหมครับ” “วัยรุ่นพูดถึงการป่วยแบบนี้เกิดจากยาบ้าที่เสพติด จากอาการป่วยของลูก คุณแม่ (อื่นๆ) คิดอย่างไรครับ” “ทุกคนคิดว่าจะแก้ปัญหาอย่างไรดีครับ” เป็นต้น

2.2 ผู้วิจัยประเมินภาพรวมแล้วใช้คำพูดที่พูดคุยกับผู้ป่วยตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว โดยผู้วิจัยขออนุญาตแทนตนเองว่า “ผม” แทนคำว่า “พยาบาล” ใช้คำว่า “คุณ (ตามด้วยชื่อวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน)” เพื่อให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนตระหนักได้ว่าตนเองคือหัวใจสำคัญของการบำบัดในครั้งนี้ และเป็นการรักษาสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ใช้คำว่า “คุณ...ตา,ยาย,พ่อ,แม่,ป้า,น้า,อา,พี่ หรือ น้อง” ตามความเหมาะสมของอายุวัยและกาลเทศะ

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้วัยรุ่นและพ่อหรือแม่ เล่าเรื่องราวของตนเองให้มากพอเพื่อเป็นการสำรวจตนเองตามหลักการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด (Miller & Rollnick, 2002) โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

3.1 ผู้วิจัยแสดงสีหน้า อารมณ์ที่แสดงถึงความสนใจในเรื่องของที่วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวเล่า แสดงให้เห็นถึงผู้วิจัยต้องการฟังด้วยความจริงใจ ขั้นตอนนี้ยังช่วยสร้างสายสัมพันธ์กับผู้วิจัยและครอบครัวด้วยความรวดเร็ว วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวจะเล่าเรื่องราวต่างๆด้วยความเป็นกันเองและเปิดเผย ผู้วิจัยใช้ทักษะการพยักหน้า กับตอบรับคำของคู่สนทนา “ครับ” ทุกส่วนที่สำคัญ ผู้วิจัยตั้งคำถาม “อย่างไร” “ปัญหามีอะไรอีกครับ” “คุณรู้สึก” “น่าสนใจมากครับ” “แล้วคุณยาย (อื่น ๆ) ทำอย่างไรต่อกับปัญหานั้นครับ” เป็นต้น

4. ผู้วิจัยใช้คำพูดเพื่อสร้างกำลังใจ พร้อมสะท้อนให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณวิจัยใส่ใจ สนใจ และมีความจริงใจในการเข้ามาให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผ่านการสนทนา เช่น “ดีมากครับ” “คิดอย่างไรครับที่ทุกคนช่วยกันให้ครอบครัวมีความสุข” “คุณยาย (อื่นๆ) อยากให้ลูกที่ป่วยพัฒนาตนเองอย่างไรครับเพื่อทำให้การเสพแอมเฟตามีนลดลง” “ผมเข้าใจครับถึงปัญหาในครอบครัวเราถึงต้องมาช่วยกันครับ..คุณน้า(อื่นๆ)คิดอย่างไรครับ” เป็นต้น

5. ผู้วิจัยป้องกันความขัดแย้งขณะบำบัด อย่าตำหนิกันครอบครัวภายในครอบครัว ต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ว่าคุณวิจัย (ผู้บำบัด) เข้าใจและยินดีรับครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

5.1 ผู้วิจัยใช้คำพูดเพื่อป้องกันการตำหนิระหว่างกันในการบำบัด ตัวอย่างเช่น “ทุกคนมีความคิดความรู้สึกของตนเองครับ” “ทุกคนมีสิทธิ์แสดงความคิดเห็นในเรื่องของตนเองครับ แต่เราจะไม่ตำหนิกันดีไหมครับ” “ผมเข้าใจและมีความรู้สึกแบบนั้นเช่นเดียวกับคุณแม่ (อื่นๆ) ครับ” เมื่อพบปัญหาที่สำคัญผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวคิดในแง่บวกใหม่ในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ เช่น “ลูกเสพติดแอมเฟตามีนแบบนี้แต่คุณแม่ (อื่นๆ) ก็ยังดูแลเพราะอะไรครับ” “ทุกคนคิดว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสำคัญอย่างไรครับ” เป็นต้น

6. ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา คือ ผู้วิจัยพบกับวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวมีส่วนร่วมทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยที่วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว ต้องอยู่ร่วมกันทุกครั้ง เพื่อให้ครอบครัว (วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และพ่อแม่) ตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มต้นแล้ว ครอบครัวจะร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น

7. ผู้วิจัยเริ่มกระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้คำถามปลายเปิดให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัว เน้นให้มีความอิสระในการตอบ และอธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เน้นให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัวกล่าวถึงปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือปัญหาเกี่ยวกับการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

7.1. ผู้วิจัยประเมินช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบันของวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนโดยให้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญที่สุดที่ว่างเป้าหมายที่ตนเองจะทำได้ทั้งในระยะสั้น และระยะยาวไว้โดย โดยการสัมภาษณ์ ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน และให้วัยรุ่นบันทึกลงใน

ในงานที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์

7.2 ผู้วิจัยตั้งใจฟังการวางแผนการเปลี่ยนแปลงตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน ให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองในอนาคตโดยคิดว่า “จะเป็นอย่างไรหากตนเอง (วัยรุ่น) ยังเสพยาเสพติดอยู่”

“และสิ่งที่ตนเอง (วัยรุ่น) คาดหวังเมื่อเลิกเสพยาเสพติดจะเป็นอย่างไร

ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและให้วัยรุ่นบันทึกลงใน ในงานที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์

8.1 ผู้วิจัยใช้คำถามให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดและครอบครัว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการ “วางแผนการเปลี่ยนแปลงตนเองของวัยรุ่น เพื่อลดการเสพยาเสพติด” และปัญหาที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว จนกระทบไปสู่การดูแลวัยรุ่นเสพยาเสพติด เช่น “ทุกคน (อื่นๆ) คิดว่าตอนนี้ครอบครัวเรามีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรครับ” “มีปัญหาที่ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนไปไหมครับ” “คุณที่เสพยาเสพติดคิดอย่างไรครับ” “การที่ลูกเสพยาเสพติดมีผลกระทบต่อคุณแม่(อื่นๆ) หรือครอบครัวหรือไม่อย่างไรครับ”

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายปัญหาจากข้อที่ 8 ให้เข้มข้นยิ่งขึ้นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของการเสพยาเสพติด ประเมินทัศนคติของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติด ความรู้ความเข้าใจ และผลกระทบของการเสพยาเสพติด โดยให้วัยรุ่นและครอบครัวเขียนถึงข้อเสีย ของการเสพยาเสพติดนำสิ่งที่เขียนมาพูดคุยกัน โดยใช้วิธีการให้ สุขศึกษาเกี่ยวกับอันตรายของการเสพยาเสพติด ให้ข้อมูลจริงเกี่ยวกับโทษของเสพยาเสพติด กระตุ้นให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติด ตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาเสพติด

ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้สุขศึกษา ตามรายละเอียดใน ใบความรู้ที่ 1 โทษ และพิษภัยของการเสพยาเสพติด

10. ผู้วิจัยกล่าวสรุป รวมทั้งกระตุ้นให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดและครอบครัว สรุปสาระสำคัญของการเข้ากระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

10.1 ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้น เพื่อทวนความที่ได้จากการสร้างความสัมพันธ์กับวัยรุ่นเสพยาเสพติดและครอบครัว “วันนี้คิดว่าเราทุกคนได้อะไรจากการสนทนาในวันนี้บ้างครับ” “วันนี้ทุกคนรู้สึกอย่างไรครับ” เป็นต้น

10.2 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) นำสิ่งที่วัยรุ่น และครอบครัวเขียนไว้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกันกับวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดให้วางแผนแนวปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของตนเองนัดหมายพบกันในสัปดาห์ที่ 2

ใบงานที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการบำบัด

ผู้ดำเนินกิจกรรม

ระยะเวลา/DATE

สมาชิก

ครอบครัวที่.....

สมาชิก 1.....

2.....

แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

“ถ้าฉัน ยังเสพยาต่อ ฉันจะเป็นอย่างไร”

“ถ้าฉัน หยุดเสพยา อนาคตฉันจะเป็นอย่างไร”

“เป้าหมายการเลิกเสพยา ของฉัน ระยะสั้น”

“เป้าหมายการเลิกเสพยา ของฉัน ระยะยาว”

กิจกรรมที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตั้งเป้าหมาย)

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัว (พ่อหรือแม่)

สถานที่ : แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จ.อุดรดิตถ์

สัปดาห์ที่ 2 เวลา : 60 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม โดยมีวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และพ่อหรือแม่ รวมทั้งผู้วิจัย (ผู้บำบัด) เลือกนั่งตามอริยาศัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหา ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. เพื่อให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวร่วมกันฝึกใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เนื้อหา

กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับปรับพฤติกรรมการเสฟแอมเฟตามีนของวัยรุ่น พร้อมทั้งร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นให้ครอบครัว (พ่อหรือแม่) ได้กำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้นให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและ กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวหรือญาติ จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน เนื่องจากวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอย่างมาก (นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร, 2553) จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชที่จำเป็นต้องมีส่วนในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อ ส่งเสริมทัศนคติที่ดี และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว

(รัชนิกร เกิดโชค, 2553) วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนและครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มีเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเสฟแอมเฟตามีนลดลง

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับพฤติกรรมกาเสพยาของตนเอง โดยผู้ศึกษานำข้อมูลจากการสนทนาในสัปดาห์ที่ 1 ที่ผ่านมา และนำมาเชื่อมโยงเป็นเป้าหมายหลักของการตั้งเป้าหมายเพื่อการแก้ปัญหา ร่วมกันในครั้งนี้ ระหว่างผู้วิจัย วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว

1.1 ผู้วิจัยตั้งคำถามสมาชิกแต่ละคนว่า “ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคุณได้ คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรมากที่สุด” “คุณต้องการให้ลูก (วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน) เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง” “ปัญหาที่เราคุยกันเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาคิดว่าปัญหาใดสำคัญที่สุด” “อยากแก้ปัญหาใดมากที่สุดครับ” “ทุกคนคิดว่าปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลกระทบต่อการดูแลลูกที่เสพติดแอมเฟตามีนอย่างไรครับ” เป็นต้น

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน

2.1 ผู้วิจัยกระตุ้นด้วยการสนทนา ครอบครัว (วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และครอบครัว) มีเป้าหมายว่า “ต้องการมีความสุขมากขึ้น” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่า ความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง หรือ “ทุกคนอยากให้อาการของวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนอาการดีขึ้น” ผู้วิจัยต้องสร้างให้สมาชิกทุกคนคิดผ่านการสนทนาว่า “อยากให้อาการของวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนดีขึ้นในความคิดของครอบครัวคืออะไร เป็นอย่างไรบ้างครับ” ซึ่งจะเป็นเป้าหมายที่แท้จริงที่ครอบครัวต้องการ

3. ผู้วิจัยเรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับเป้าหมายใดเป็นสิ่งที่ต้องทำ รีบด่วนและอะไรที่รอได้ โดยเป้าหมายหลักในการวิจัยครั้งนี้ควรเป็นเรื่อง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเสพยาของลูก” โดยครอบครัวมีส่วนร่วมซึ่งในขั้นตอนที่ 2 เป็นการจัดการกับความเครียด โดยการฝึกใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. ผู้วิจัยต้องย้าให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้วิจัย (ผู้ให้การบำบัด) ครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำให้เป้าหมายนั้นสำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้คำแนะนำ และช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

4.1 ผู้วิจัยใช้การสนทนาให้คำปรึกษาย้าในการกระตุ้นเตือนกับ วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และ ครอบครัว เช่น “เป้าหมายสำคัญที่ครอบครัวของเราต้องการแก้ปัญหาคือ...” “ทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่ครอบครัวคิดขึ้น” “เป้าหมายนี้เป็นสิ่งทุกคนต้องการแก้ไข”

5. ผู้วิจัยพร้อมทั้งวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน และครอบครัวฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดการกับความเครียดโดยใช้เทคนิค Progressive Muscle Relaxation (PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา ตามรายละเอียดใน ใบความรู้ที่ 2 เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบ PMR

6. ผู้วิจัยกำหนดให้ครอบครัวนั่งล้อมกันเป็นวงกลมประกอบไปด้วย วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน ครอบครัว และ ผู้วิจัย (ผู้บำบัด)

6.1 ผู้วิจัยอธิบายถึงเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบ PMR ตามใบความรู้ที่ 2 ซึ่งเป็นเทคนิคเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการเสฟแอมเฟตามีนเมื่อเกิดความเครียด โดยครอบครัวสนับสนุนการใช้เทคนิคนี้ เมื่อวัยรุ่นผู้เสฟเผชิญความเครียดได้อย่างเข้าใจ

7. ผู้วิจัยให้วัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีนและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดแบบ PMR บันทึกผลลงใน ใบงานที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ใบงานที่ 2 การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คำชี้แจง : ให้วัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน และ ครอบครัว (พ่อหรือแม่) ร่วมกันตอบคำถามลงในช่องว่าง ตามความเหมาะสมในความคิดของครอบครัว

ผู้ดำเนินกิจกรรม

ระยะเวลา/DATE/.....

สมาชิก

ครอบครัวที่.....

สมาชิก 1.....

2.....

ประเมินการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ PMR

ทำผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	วิธีการ (อย่างย่อ)	ปฏิบัติ ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง
1.....	1.....

1.เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

1.1แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด Severity of Dependence Scale (SDS)

ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด ซึ่งมีการพัฒนา และปรับปรุง โดย Gossop, et al, 1995 มีการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย วรัญญา จิตรผ่อง (2552) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อวัดระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที

โดยข้อคำถามที่ 1-4 จะมีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย

ตอบไม่เคย/แทบจะไม่เคย	ให้	0 คะแนน
ตอบบางเวลา	ให้	1 คะแนน
ตอบบ่อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
ตอบสม่ำเสมอ/เกือบสม่ำเสมอ	ให้	3 คะแนน

และในข้อคำถามข้อที่ 5 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนน หรือมากกว่า ในการระบุว่ามีความผิดปกติการเสพติด ในระดับรุนแรงจนถึงขั้นการติดสารเสพติด ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ มีคะแนนระดับความรุนแรงของการเสพติดยาเสพติดที่ 4 คะแนนขึ้นไป

ข้อความ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางเวลา	ไม่เคย
1. ท่านคิดว่าการเสพติดของทนายนั้น ไม่สามารถควบคุมได้ ใช่หรือไม่				
2. คำว่า “ฉันจะไม่เสพติด” ก็ทำให้ ท่านรู้สึกกังวลใช่หรือไม่				
3. ท่านกังวลเกี่ยวกับการเสพติดของ ท่านใช่หรือไม่				
4. ท่านมีความปรารถนาที่จะสามารถหยุดการเสพติดได้ ใช่หรือไม่				
5. ท่านคิดว่าเป็นการยากแค่ไหนที่จะหยุด หรือไม่เสพติด				

Total SDS =คะแนน

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับวัยรุ่นเสฟติดแอมเฟตามีน)

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับ

ความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวเองมากที่สุด

1. เพศ ☐ ชาย

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

☐

3.1 โสด

☐

3.4 หย่า

☐

3.2 คู่ (อยู่ร่วมกัน)

☐

3.5 หม้าย

☐

3.3 แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐

4.1 ไม่ได้เรียน

☐

4.2 ประถมศึกษา

☐

4.3 มัธยมศึกษาต้น

☐

4.4 มัธยมศึกษาปลาย

☐

4.5 อนุปริญญา

☐

4.6 อื่น ๆ

5. อาชีพ

☐

5.1 ว่างาน

☐

5.2 นักเรียน/นักศึกษา

☐

5.3 รับจ้าง

☐

5.4 รับจ้าง

☐

5.5 เกษตรกรรม

☐

5.6 อื่นๆ

6. รายได้

☐

6.1 ไม่มีรายได้

☐

6.2 มีรายได้ จำนวน.....บาท/เดือน

7. บุคคลที่ทำหน้าดูแลท่านในครอบครัว

☐

7.1 บิดา

☐

7.2 มารดา

☐

7.3 พี่

☐

7.4 น้อง

☐

7.5 สามีน

☐

7.6 ภรรยา

☐

7.7 อื่นๆ.....

8. ช่วงอายุที่ท่านเคยใช้สารแอมเฟตามีนครั้งแรก

☐

6-10 ปี

☐

10-15 ปี

☐

16-20 ปี

☐

20-25 ปี

☐

อื่นๆ ระบุ.....ปี

8. ระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน

☐

1-2 ปี

☐

3- 4 ปี

☐

5-6 ปี

☐

7-8 ปี

☐

10 ปีขึ้นไป

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีน (Time Line Follows Back; TLFB)

เครื่องมือในการประเมินเกี่ยวกับปริมาณการใช้แอมเฟตามีนข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับปริมาณการใช้แอมเฟตามีนของในแต่ละวัน โดยให้ระบุรายละเอียด ตามประเด็นข้อคำถามในแต่ละวันที่ได้ใช้จริง ภายในช่วงเวลา 1 เดือนหรือ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีข้อคำถามดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 ให้ระบุ “จำนวนครั้ง / ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้” โดยถ้าไม่ได้ใช้สารเสพติดเลยให้ใส่เลขศูนย์“0”

ข้อที่ 2 ให้ระบุวิธีการที่เสพ เช่น สูบ กิน หรือใช้วิธีอื่น ๆ ตามที่ใช้จริงลงในช่องวิธีการใช้

ข้อที่ 3 ให้ระบุว่ามีการใช้สารเสพติดใด ก่อนใช้แอมเฟตามีน ขณะที่ท่านใช้แอมเฟตามีนหรือหลังจากที่ท่านใช้แอมเฟตามีนในวันนั้น เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น โดยระบุลงในของสารเสพติดที่ใช้ร่วมกัน

ข้อที่ 4 ให้ระบุเหตุการณ์ที่นำไปสู่การใช้แอมเฟตามีน แต่ละครั้งให้ โดยให้ท่านทบทวนว่ามีสถานการณ์ใดที่จูงใจให้ท่านหวนกลับมาใช้ซ้ำอีก เช่น เพื่อนชักชวน ปัญหาความเครียด ฯลฯ ซึ่งอาจจะนำมาใช้ประกอบกับข้อมูลจากสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ประเมินได้ (ก. สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ, 2553)

การคิดคะแนนการเสพแอมเฟตามีน จากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้ง ที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นเม็ดสำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่าหมายถึงการเสพแอมเฟตามีนที่มากกว่า

สัปดาห์	วันที่	ท่านเสพ แอมเฟตามีน หรือไม่ √=เสพ ×=ไม่ เสพ	ปริมาณที่เสพ ในแต่ละครั้ง ¼ เม็ด, ½ เม็ด, 1 เม็ด	จำนวนครั้งของ แอมเฟตามีน ที่เสพต่อวัน	วิธีการเสพ		
					กิน	สูบ	อื่นๆ
สัปดาห์ที่ 1 ก่อน เข้ารับการบำบัด วันที่.....ถึง	จันทร์						
	อังคาร						
	พุธ						
	พฤหัสบดี						
	ศุกร์						
	เสาร์						
	อาทิตย์						
สัปดาห์ที่ 2 ก่อนเข้า รับการบำบัด วันที่.....ถึง	จันทร์						
	อังคาร						
	พุธ						
	พฤหัสบดี						
	ศุกร์						
	เสาร์						
	อาทิตย์						

เครื่องมือกำกับการทดลอง
แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ฉันเห็นสมาชิกในครอบครัวพูดคุย หรือปรึกษาปัญหาอย่างสนิทสนม					
2. สมาชิกในครอบครัวจะร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ					
3. ฉันได้อินสมาชิกในครอบครัวได้ถามทุกข้อสงสัยกันเสมอ					
4. ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่สบายใจ ทุกคนจะช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด					
5. สมาชิกในครอบครัวมีเรื่องขัดแย้งกันอยู่เสมอ					
6. สมาชิกในครอบครัวพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน					
7. ฉันรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวห่างเหินกัน					
8. ฉันรู้สึกว่า สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี					
9. สมาชิกในครอบครัวพูดคุยกับฉันอย่างเป็นกันเอง					
10. เมื่ออยู่บ้านฉันไม่เคยรู้สึกเหงา					
11. เมื่อฉันมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเคยเมตตา กับฉัน					
12. เมื่อฉันทำสิ่งผิดพลาด สมาชิกในครอบครัวจะให้อภัย กันเสมอ					
13. สมาชิกในครอบครัวให้ความสนิทสนมกับฉัน					
14. สมาชิกในครอบครัวพูดคุยกับฉันด้วยเสียงอันไพเราะนุ่มนวล					
15. ผู้ปกครองจะอธิบายถึงเหตุผลในการลงโทษฉันทุกครั้ง					
16. ผู้ปกครองให้ความไว้วางใจฉันเรื่อง การใช้จ่ายเงิน					
17. ฉันปรึกษาสมาชิกในครอบครัวเมื่อแก้ไขปัญหาใด ๆ ด้วยตนเองไม่ได้					
18. ฉันพยายามที่จะไม่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเสียใจในความประพฤติของฉัน					
19. ฉันมักจะบ่นดั่งๆ เมื่อผู้ปกครองมอบงานให้ฉันทำ					
20. ฉันยินดีทำตามคำสอนของผู้ปกครอง					
21. ฉันตั้งใจเล่าเรียนให้สำเร็จตามความตั้งใจของครอบครัว					
22. ฉันเต็มใจที่จะทำงานบ้านโดยไม่ต้องบังคับ					
23. เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ฉันพร้อมที่จะดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี					
24. ฉันจะบอกผู้ปกครองเมื่อออกนอกบ้าน					

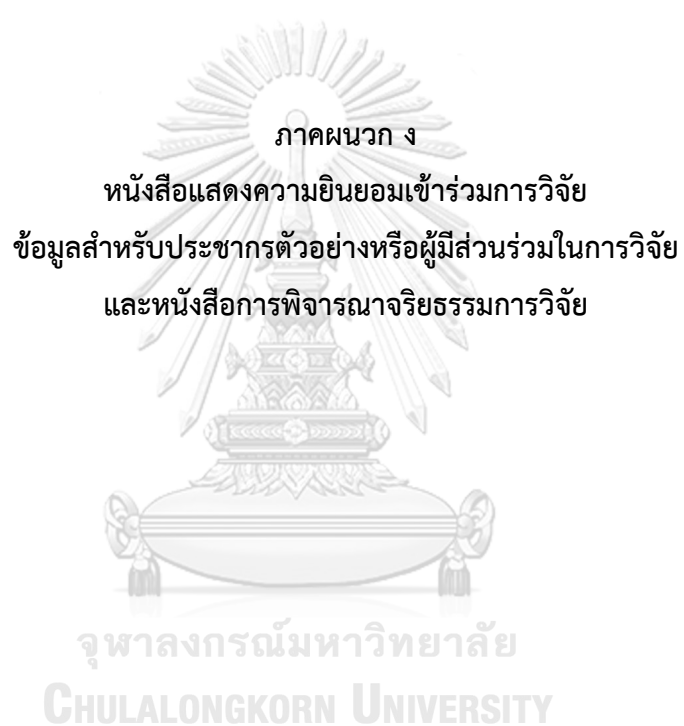


ตารางที่ 5 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งตามคะแนนการประเมินความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีน

คู่ที่	คะแนนความรุนแรงการเสพติดแอมเฟตามีน	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	11	11
2	10	10
3	9	8
4	11	10
5	9	8
6	7	7
7	6	7
8	9	8
9	8	8
10	10	9
11	11	10
12	9	10
13	9	10
14	7	7
15	6	7
16	8	8
17	6	6
18	7	8
19	10	8
20	7	7
รวม	20	20

ตารางที่ 6 ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น

คนที่	คะแนนเฉลี่ย สัมพันธภาพใน ครอบครัว	ระดับ สัมพันธภาพใน ครอบครัว	ระดับ ผ่านเกณฑ์กำกับการ ทดลอง
1	4.75	ดีมาก	ผ่าน
2	4.75	ดีมาก	ผ่าน
3	4.58	ดีมาก	ผ่าน
4	4.42	ดี	ผ่าน
5	5.00	ดีมาก	ผ่าน
6	4.58	ดีมาก	ผ่าน
7	4.75	ดีมาก	ผ่าน
8	4.83	ดีมาก	ผ่าน
9	5.00	ดีมาก	ผ่าน
10	5.00	ดีมาก	ผ่าน
11	4.33	ดี	ผ่าน
12	4.50	ดีมาก	ผ่าน
13	4.33	ดี	ผ่าน
14	4.42	ดี	ผ่าน
15	4.25	ดี	ผ่าน
16	4.42	ดี	ผ่าน
17	4.58	ดีมาก	ผ่าน
18	4.25	ดี	ผ่าน
19	4.75	ดีมาก	ผ่าน
20	4.58	ดีมาก	ผ่าน
รวม	4.65	ดีมาก	ผ่าน





หน่วยงาน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง **ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม**
ต่อการเสพยาเสพติดมีระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ

จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นายอรรถพล ยัมยรรยง) ชื่อผู้ทำวิจัยหลัก

CHULALONGKORN UNIVERSITY

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



หน่วยงาน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย

(Information sheet for research participant))

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดฝิ่นระยะฟื้นฟูของวัยรุ่น

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นายอรรถพล ยิ้มยรรยง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน)

สถานที่ทำงาน : ภาควิชา การพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์
38/40 ถ.เจ้าภูบาลดินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์
โทรศัพท์: 055-830-785 มือถือ : 085-873-7891

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็น “กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในระยะฟื้นฟู” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การบำบัดผู้เสพติดฝิ่นแบบผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟู ในวัยรุ่นที่เสพติดฝิ่น เป็น การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล วัยรุ่นที่รับการบำบัด ได้กลับไปอยู่บ้านอยู่ใน สภาพแวดล้อมเดิม สังคมเดิมทำให้มีโอกาสกลับไปเสพยาจนรับการบำบัดระยะฟื้นฟูได้ สัมพันธ์กับ ผลการศึกษาของ ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา (2556) ที่ศึกษาในผู้รับการบำบัดยาเสพติดในระยะฟื้นฟูแบบ ผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเสพยาซ้ำมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมและ จากข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2556 -2560 พบ “การ เสพฝิ่น” ในการบำบัดระยะฟื้นฟู ปี พ.ศ.2560 พบว่า เกิดการเสพยาซ้ำทั้งในระหว่างและ ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ 14.28, 19.15, 20.93, 24.12 และ 23.42 ตามลำดับ

การบำบัดผู้เสพติดแอมเฟตามีนในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการบำบัดค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่ล้วนเป็นรูปแบบการบำบัดที่มุ่งจัดการกับปัจจัยด้านตัวบุคคลเท่านั้น และแม้ว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัด แบบผู้ป่วยนอกจะมีประสิทธิผลในการบำบัดผู้เสพติดแอมเฟตามีน เนื่องจากการผสมผสานวิธีการบำบัดรักษา แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดในรูปแบบนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากต้องใช้เวลาในการบำบัดยาวนานคือ ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป เป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยมีอัตราการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมในสัดส่วนที่สูง และพบสถิติการเสพยาซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบนี้สูงถึงร้อยละ 30

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดผู้เสพติดยาเสพติดที่ได้รับ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ (BCBI) พบว่า จากการศึกษาของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) ซึ่งนำการบำบัดมาใช้กับผู้เสพติดแอมเฟตามีน แบบผู้ป่วยนอก ในบริบทของประเทศไทย) ซึ่งการศึกษานี้จัดการกับปัจจัยด้านบุคคล คือลดความคิดบิดเบือน และลดพฤติกรรมลอกเลียนแบบที่ไม่เหมาะสมผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 59.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม ในข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกหรือปัจจัยป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนได้คือการมีครอบครัวเข้มแข็ง หรือสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อดูแลผู้เสพติดแอมเฟตามีนของนุรินยา แหะหมัดและคณะ (2552) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีการนำครอบครัว พ่อหรือแม่ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพติด พบว่า สามารถลดการใช้สารเสพติดและเพิ่มความพึงพอใจของพ่อแม่ที่มีต่อวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัด อีกทั้งลดความถี่ในการใช้เสพติด ลดความรุนแรงในครอบครัว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการบำบัด 4 กิจกรรม ใช้เวลานาน 60 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม นาน 4 สัปดาห์ โดย ทุกกิจกรรมมี พ่อหรือแม่ของวัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยการสัมภาษณ์, กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะกลยุทธ์การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กิจกรรมที่ 3 การใช้สติเพื่อควบคุมความคิด, กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะป้องกันการเสพยาซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนภายหลังที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีนโดยใช้แบบวัด Severity of Dependence Scale (SDS) เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบแพทย์ตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย เพื่อดำเนินการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (BCBI) ตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 4 ครั้ง และโดยติดตามผลของการวิจัย 2 สัปดาห์หลังบำบัดครบโดยติดตามผ่านการนัดตรวจแบบผู้ป่วยนอก

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

เพื่อความปลอดภัย ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยเกี่ยวกับอารมณ์และความคิด ความรู้สึกขณะที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ผู้ทำการวิจัยขอชี้แจงถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจสัมพันธ์กับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อที่ศึกษาทั้งหมดดังนี้

1. ท่านอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ขณะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ
2. ท่านอาจเกิดอารมณ์ที่ขุ่นมัว อารมณ์ไม่คงที่ ขณะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
3. ท่านอาจเกิดความคิดสับสน ความคิดที่พลังรุนแรงได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

4. ท่านอาจเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ขณะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ ดังนั้นระหว่างที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยจะมีการติดตามดูแลสุขภาพของท่านอย่างใกล้ชิด

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป หรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (BCBI) ซึ่งการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีพฤติกรรมการเสพติดฝิ่นลดลง หรืออาจลดความรุนแรงของการเสพติด แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

1. ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
3. ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านมีความคิดที่บิดเบือนมากขึ้น อารมณ์ขุ่นมัว หรือหงุดหงิดมากขึ้นตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายอรรถพล ยัมมรียง โทร : 085-873-7891 , นายแพทย์สันติยศ ศรีเพชร โทร: 087-200-3497 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับเงินค่าเดินทาง และเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลา หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการมาพบแพทย์ทุกครั้ง ครั้งละ 200 บาท ต่อคู่ รวมทั้งหมด 4 ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ
- ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไป

ภาควิชา การพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

38/40 ถ.เจ้าภูาบดินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์

โทรศัพท์: 055-830-785 มือถือ : 085-873-7891

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรือการบำบัดแบบอื่นซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

8. ท่านจะได้รับทราบว่ายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม
ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โทร 055-409-999 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 09-10

REC No.20/2563



โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 38 ถนนเจริญนาถดินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ โทร. 055-409999 ต่อ 2157,2158

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู

เลขที่โครงการวิจัย : 20/2563

ผู้วิจัยหลัก : นายอรรถพล อัมมรรยง

สังกัดหน่วยงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิธีทบทวน : คณะกรรมการพิจารณาแบบเร่งด่วน (Expedited Review)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก
ความก้าวหน้า : ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : โครงร่างวิจัยฉบับย่อ, แบบบันทึกข้อมูล, แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรม
แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย, เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย, ประวัติผู้วิจัยหลัก

ลงนาม *จิระวุฒิ มิ่งขวัญ*
(นายวีระวุฒิ มิ่งขวัญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *อนุส งามระภา*
(นายอายุส งามระภา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วันที่รับรอง : 12 มีนาคม 2563

วันหมดอายุ : 11 มีนาคม 2564

REC No.20/2020



Uttaradit Hospital
Ministry of Public Health
Address 38 Jesda Bodin Road, Tait , Mueang District Uttaradit Thailand
Tel. 055-409-999 ext. 2157-2158

Certificate of Approval

The Research Ethics Committee of the Uttaradit Tertiary Hospital of the Ministry of Public Health Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : The Effect of Brief Cognitive Behavioral Intervention with Family Participation on Amphetamine use Among Adolescents with Amphetamine Dependence During Rehabilitation

Study Code : 20/2020

Study Center : Boromarajonani College of Nursing Uttaradit

Principal Investigator : Mr. Auttapon Yimyanong

Review Method : Expedited Review

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished

Document Reviewed : Proposal, Case Record Form, Submission form Ethical Review
Information sheet for research participant
Principal Investigator Curriculum vitae

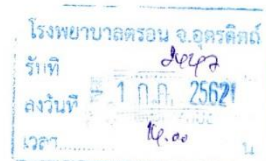
Signature: Weravut Mingkuan
(Weravut Mingkuan, M.D.)
Head of Human Ethic Committee

Signature: Aryoot Pamarapa
(Dr. Aryoot Pamarapa)
Uttaradit Hospital Director

Date of Approval : 12 March 2020

Approval Expire Date : 11 March 2021

ที่ ศธ 0512.11/0911



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 มิถุนายน 2562

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายอรพณ ยัมยรรยง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในวัยรุ่นชายที่มีอายุ 12-21 ปี ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพติดแอมเฟตามีน ร่วมกับผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีนโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ยังคงมีพฤติกรรมเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ในระหว่าง 1 เดือน ไม่มีอาการถอนพิษแอมเฟตามีน ไม่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมจิตบำบัดสังคม (Matrix Program) ไม่มีโรคทางจิตเวช อื่นๆร่วมด้วย สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 คู่ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน แบบประเมินการใช้แอมเฟตามีน แบบวัดความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีน โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม และคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อสำหรับวัยรุ่นและครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายอรพณ ยัมยรรยง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ทราบ

ดำเนินการ

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1371

ชื่อนิสิต

นายอรพณ ยัมยรรยง โทร. 08-5873-7891

(นางสาวกัญญา ก้อนอาทร)
พนิตะเพียร งามบุญการพิเศษ
นักวิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน

ภาคผนวก จ
หนังสือคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 15๒

วันที่ ๒๗ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายอรรถพล ยัมยรรยง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินการใช้แอมเฟตามีน (The time line Follow back, TLBF) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสิทธิผลของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางความคิดอย่างย่อต่อภาวะการเสพติดของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ ประเทศไทย ของนาย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ สาขาวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (สหสาขา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2552) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นายอรรถพล ยัมยรรยง โทร. 08-5873-7891



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / 15๒7

วันที่ ๒๗ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายอรรถพล ยัมยรรยง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดความรุนแรงของการเสพติดแอมเฟตามีน (Severity of dependence scale) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความรุนแรงของการติดสารเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด ของนางสาววรัญญา จิตรม่อง สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2552) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัชมน กัลยาศิริ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นายอรรถพล ยัมยรรยง โทร. 08-5873-7891

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายอรรถพล ยิ้มบวรยง
วัน เดือน ปี เกิด	7 ตุลาคม 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) เกียรตินิยมอันดับ 2 วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	99/33 (บ้านธัญยารมณ 2) หมู่ 5 ต.ท่าเสา อ.เมือง จ.อุดรธานี

