

ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า*
**THE EFFECT OF MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY PROGRAM
 ON AMPHETAMINE CONSUMPTION IN ADOLESCENT WITH
 AMPHETAMINE DEPENDENCE**

ศิริลักษณ์ แสงส่อง, พย.ม. (Siriluk Sangsong, MNS.,RN)**

เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, Ph.D. (Penpaktr Uthis, Ph.D.,RN)***

สุนิสา สุขตระกูล, Ph.D. (Sunisa Suktrakul, Ph.D.,RN)****

Abstract

Objectives: The objectives were to compare amphetamine consumption in adolescent with amphetamine dependence before and after receiving multidimensional family therapy program (MDFT) and between the group who received MDFT and the group who received regular care.

Methods: This study was a quasi-experimental two groups repeated measures design. The sample consisted of 40 adolescents with amphetamine dependence who met inclusion criteria and received services at drug dependence treatment clinic in Community hospitals. They were matched pair with scores on severity of dependence scale (SDS) and marital status of

their parents, and then randomly assigned into the experimental and control groups, 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: 1) MDFT, 2) Time Line Follows Back Assessment (TLFB) and 3) Family relationship assessment. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The test-retest reliability of the 2nd instrument was reported by Pearson Correlation as of .89. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance (Repeated Measures ANOVA).

Results: Major findings were as follows:

1. At immediately after program completion, amphetamine consumption of the adolescent with amphetamine dependence who

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University)

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

วันที่รับ (received) 2 กันยายน 2558 วันที่แก้ไข (revised) 3 พฤศจิกายน 2558 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 พฤศจิกายน 2558

received the MDFT was significantly lower than that before at $p < .05$, and at two weeks after the experiment, amphetamine consumption of the adolescent with amphetamine dependence who received the MDFT was significantly lower than that of immediately after the experiment.

2. At immediately after program completion, amphetamine consumption of the adolescent with amphetamine dependence who received MDFT was significantly lower than that of the group who received the regular care at $p < .05$. At two weeks after the experiment, amphetamine consumption of the adolescent with amphetamine dependence who received MDFT was significantly lower than that of the group who received the regular care at $p < .05$.

Keywords: Multidimensional family therapy program, Amphetamine consumption, Adolescent with amphetamine dependence

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่โรงพยาบาลชุมชน

จากนั้นจับคู่ด้วยคะแนนความรุนแรงของการเสพยาบ้าและสถานภาพสมรสของพ่อ-แม่ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน 2) แบบประเมินปริมาณการเสพยาบ้า 3) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ชุดที่ 2 ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1) การเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทัน น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ พบว่ามีการเสพยาบ้า น้อยกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทัน การเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ การเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน การเสพยาบ้า วัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาวัยรุ่นนเสพติดยาบ้าเป็นปัญหาที่รุนแรงและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีปี พ.ศ. 2551-2554 มากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 55.28 ถึงร้อยละ 68.86 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2555) เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดรักษาติดยาเสพติดในสถานพยาบาลของรัฐ ในปี พ.ศ.2551-2553 พบว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12 - 24 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.4 ถึงร้อยละ 26.4 ของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นปัญหาต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก

การเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพด้านสังคม โรงเรียน ด้านกฎหมาย อุบัติเหตุและอื่นๆ (UNODC, 2010) ซึ่งผลเสียต่อตัวเอง ได้แก่ สมองถูกทำลายสูญเสียการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ทำร้ายคนอื่น (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2548) และเมื่อเสพยาบ้าบ่อยๆ จะทำให้เกิดอาการทางจิตประสาทประสาทหลอนคลุ้มคลั่ง และเสียสติ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ (ปิยวรรณ ทศนาญชลิ, 2554) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวเสียชื่อเสียง สูญเสียรายได้ เกิดการโกหก ลักขโมย ทำให้ครอบครัวเกิดการทะเลาะ เบาะแว้ง และเกิดความขัดแย้งกัน

ในครอบครัว และเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวตามมา (สุชาติ เลาบริพัตร, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมเสพติดยาบ้ามาจากปัจจัยหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ ตัวสารเสพติดยา ด้านตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก (อรรถพร วิสุทธิมรรค, 2541) โดย *ปัจจัยด้านตัวสารเสพติดยา* พบว่า ยาบ้าออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลางกระตุ้นสมองทำให้สดชื่น มีเรี่ยวแรงเพิ่มขึ้น เกิดความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม (euphoria) จนเสพติดยาความสุข จนเกิดการพึ่งพา ยา เรียกว่า “โรคสมองติดยา” (ปิยวรรณ ทศนาญชลิ, 2554) ในส่วน *ปัจจัยด้านตัวบุคคล* ได้แก่ วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และฮอร์โมนเพศต่างๆ อย่างรวดเร็ว มีผลต่อจิตใจและอารมณ์อย่างมากเช่น รู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียวอารมณ์อ่อนไหวง่าย ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัย อยากรู้อยากลอง ต้องการเป็นที่ยอมรับจากสังคม สิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อน จึงยากที่จะปฏิเสธยาบ้า (มนัส สุนทรโชติ, 2554) สำหรับ *ปัจจัยภายนอก* มักเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีเพียงพ่อหรือแม่นั้นจะมีโอกาสเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น 2.56 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน (ลลิตา เดชาวูช, 2547) และปัจจัยปัญหาที่เกิดจากครอบครัว เช่น พ่อ-แม่ ทะเลาะกัน อาศัยอยู่ไม่มีความสุข อึดอัด การขาดความรัก และความอบอุ่น หรือสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิต (วิภา ดำนังรังกุล, อุษณีย์ พึ่งปาน และศศิธร แจ่มถาวร, 2539; Carr, 2000) รวมถึงการแสดงบทบาทของครอบครัวและ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อกัน มีพฤติกรรม การทำความรุนแรงต่อครอบครัว เช่น การคู่ค้าด้วยคำหยาบคายไม่สุภาพ เกิดปัญหาด้านการเงิน เกิดการขโมยทรัพย์สินในบ้าน ทำร้ายสมาชิกในครอบครัวและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงทางเพศได้ (สุจิตตา ฤทธิมนตรี, 2554) ซึ่งจากสาเหตุของการเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นที่กล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีความสำคัญที่ควรเร่งแก้ไขปัญหาและจำเป็นต้องจัดกระทำกับสาเหตุทั้ง 3 ปัจจัยไปพร้อมๆ คือ ด้านตัวบุคคล ด้านตัวสารเสพติดและปัจจัยด้านครอบครัว ดังนั้นแนวทางในการบำบัดรักษาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมแบบองค์รวม (Carr, 2000)

ในปัจจุบันมีการนำรูปแบบการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมต่างๆ มาใช้ลดปัญหาการเสพติดยาบ้าในประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาของ ปรานัญญุณยวงศวีโรจน์ (2544) พบว่ามีรูปแบบการบำบัดรักษาต่างๆ ได้แก่ โปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix program) การบำบัดแบบชุมชนบำบัด และการบำบัดแบบผู้ป่วยในระยะสั้น 4-6 เดือน แต่พบว่า มีข้อดี-ข้อเสีย ของแต่ละรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาานาน คือ ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ส่งผลให้อัตราการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมสูงและพบสถิติการเสพยาซ้ำถึงร้อยละ 30 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2555) โดยส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการบำบัดที่จัดกระทำกับปัจจัยด้านตัวบุคคลเท่านั้นและมีรูปแบบการนำครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการบำบัดค่อนข้างน้อย ซึ่ง

ครอบครัวจัดอยู่ในปัจจัยหลักสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเสพติดยาบ้า (นิภา ณีสกุล, 2544)

จากช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดของประเทศไทยในปัจจุบันดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัย มีความสนใจที่จะช่วยเหลือและแก้ไขปัญหายู่วรุ่นที่เสพติดยาบ้าให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาบ้า ด้วยการพัฒนาโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานขึ้น โดยการประยุกต์โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานตามการศึกษาของลิดเดิ้ล (Liddle, 2008; 2010) ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานของลิดเดิ้ล (Liddle, 2002) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีความนิยมใช้ในต่างประเทศที่มีการนำครอบครัว พ่อ/แม่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาพบว่า มีประสิทธิภาพสูงสามารถลดปริมาณการเสพยาเสพติด รวมถึงยาบ้าลงได้ คิดเป็นร้อยละ 64 เมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพการบำบัดรูปแบบอื่น ในระยะเวลาเดียวกันที่ได้ผลเพียงร้อยละ 44 (Liddle, 2008) โดยแนวคิดหลักมุ่งเน้นการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะสามารถจัดการกับปัจจัยหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ทำให่วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเกิดความร่วมมือที่ดีต่อการบำบัดรักษา รับรู้สาเหตุของการเสพยาบ้าและมีทักษะจำเป็นต่างๆ ได้แก่ การเผชิญปัญหา การตัดสินใจ เรียนรู้การจัดการอารมณ์และสิ่งกระตุ้น การสื่อสารเชิงบวกกับผู้อื่นและบุคคลในครอบครัว มีทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว 2) ทำให้พ่อ/แม่ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเกิดมีส่วนร่วมที่ดีต่อการบำบัดรักษา รับรู้ปัจจัยต่างๆ ในครอบครัวที่เป็น

สาเหตุทำให้วัยรุ่นไปเสพยาบ้าและเกิดการช่วยเหลือ สนับสนุนให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบใหม่ที่ดี และให้คงอยู่อย่างเข้มแข็งมีทักษะการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว การแสดงบทบาทของการเป็นพ่อ/แม่ที่เหมาะสมและ 3) ทำให้มีการประสานความร่วมมือที่ดีในครอบครัว นำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบใหม่ๆ ของครอบครัว ซึ่งบริบทดังกล่าวนี้จะส่งผลให้วัยรุ่นลดหรือหยุดพฤติกรรมเสพยาบ้าได้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้าร่วมกัน นำไปสู่การลดพฤติกรรมการเสพยาบ้า รวมถึงยาบ้าลงได้ (Carr, 2000) เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นที่มีการเสพยาบ้าในประเทศไทยและสามารถนำมาใช้เพื่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานขึ้น ตามการศึกษาของลิดเดิ้ล (Liddle, 2008; 2010) ซึ่งมีการใช้แนวคิดครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานของลิดเดิ้ล (Liddle, 2002) เพื่อมุ่งเน้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลทำให้วัยรุ่นมีการเสพยาบ้า และผลักดันให้เกิด แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้าที่ชัดเจน ส่งผลให้สามารถลดพฤติกรรมการเสพยาบ้าลงได้แสดงตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน

ครั้งที่ 1 สัมพันธภาพและการรู้สาเหตุ

- การสำรวจหาสาเหตุและการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้า
- การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้า

ครั้งที่ 2 เข้าใจปัญหาและสื่อสารให้สร้างสรรค์

- การค้นหาปัญหา สาเหตุและปรับทัศนคติต่อวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
- การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวและร่วมกันจัดการสิ่งกระตุ้นต่างๆ

ครั้งที่ 3 อารมณ์ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา

- การจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้า
- ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

ครั้งที่ 4 การทบทวนตนเองและสร้างความยั่งยืน

- การทบทวนอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้า
- การประสานความร่วมมือที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้า

ครั้งที่ 5 การคงสภาพการเปลี่ยนแปลง

- การคงสภาพการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาบ้า
- การยืนยันการสนับสนุนการคงสภาพการเปลี่ยนแปลง
- การสร้างพันธะสัญญาที่ยั่งยืนร่วมกัน

การเสพยาบ้า
ของวัยรุ่นที่
เสพยาบ้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน มีการเสพยาบ้าในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน

2. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน มีการเสพยาบ้าในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่ม แบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design)

ประชากร คือ วัยรุ่นชายที่เสพยาบ้าและพ่อ/แม่ของวัยรุ่นเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายที่เสพยาบ้าอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพยา

ยาบ้าโดยใช้การคัดกรองตามเกณฑ์ในแบบ บสต.2 ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาบ้าโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป และยังคงมีพฤติกรรมเสพยาบ้าอยู่ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมาและพ่อ/แม่ของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า จำนวน 1 คน และพ่อ /แม่ของวัยรุ่นเสพติดยาบ้า จำนวน 1 คน รวม 2 คน ที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลลำลูกกาโรงพยาบาลคลองหลวง และโรงพยาบาลหนองเสือ จำนวน 40 ครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า 1) เป็นวัยรุ่นชายที่มีอายุ 12-21 ปี เป็นผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนเข้ารับการบำบัดยาบ้ารายใหม่ 2) ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าโดยใช้การคัดกรองตามเกณฑ์ในแบบ บสต.2 ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาบ้าโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป 3) ยังคงมีพฤติกรรมการเสพยาบ้าอยู่ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งไม่มีอาการถอนพิษยาบ้า และรับการบำบัดด้วยยาตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย 4) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีปัญหาในด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น 5) ยินดีให้ความร่วมมือ

สำหรับเกณฑ์พ่อ/แม่ของวัยรุ่นเสพติดยาบ้า 1) พ่อ/แม่ของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่อาศัยอยู่ร่วมกันมากกว่า 1 ปี ครอบครัวละ 1 คน 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น 3) ยินดีให้ความร่วมมือ

ในการวิจัย

มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (matched paired) ด้วยระดับคะแนนผลการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาบ้า (SDS) และจับคู่สถานภาพสมรสของ พ่อ-แม่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีอีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โดยการประยุกต์โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานของลิดเดิล (Liddle, 2008; 2010) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานของลิดเดิล (Liddle, 2002) มีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทั้งแบบรายบุคคล (วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า หรือพ่อ/แม่ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า) และแบบรายครอบครัว (ประกอบด้วยสมาชิก 2 คน คือ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า และพ่อ/แม่ของวัยรุ่นที่

เสพติดยาบ้า คนใดคนหนึ่งซึ่งสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดได้ครบตามจำนวนที่กำหนด) โดยแบ่งการบำบัดออกเป็น 3 ระยะประกอบด้วย การบำบัดทั้งหมด 12 กิจกรรมดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2-3 กิจกรรมๆ ละ 20-50 นาที (รวมเวลา 60-90 นาที/ครั้ง) ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ *ระยะที่ 1*: การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินความพร้อมต่อการบำบัด ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและการรู้สาเหตุ *ระยะที่ 2*: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้า ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 เข้าใจปัญหาและสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ กิจกรรมที่ 3 อารมณ์ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญห และกิจกรรมที่ 4 การทบทวนตนเองและสร้างความยั่งยืน *ระยะที่ 3*: ระยะคงสภาพการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 คงสภาพการเปลี่ยนแปลง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ *ส่วนที่ 1* แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ข้อคำถามประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาปริมาณ ความถี่ของการเสพยาบ้าในแต่ละวัน การอาศัยอยู่กับครอบครัว และข้อมูลทั่วไปสำหรับพ่อ/แม่ของวัยรุ่น ที่เสพติดยาบ้า ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความรู้สึกที่มีต่อวิธีการเลี้ยงดู *ส่วนที่ 2* แบบประเมินปริมาณการใช้อยาบ้า (Time line follows back, TLFB) ของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ (2553) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับปริมาณการใช้อยาบ้าจะประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถาม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสอบถามเกี่ยวกับปริมาณการใช้อยาบ้าในแต่ละวัน

โดยให้ระบุรายละเอียด ตามประเด็นข้อคำถามในแต่ละวันที่ได้ใช้จริง ภายในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลค่าคะแนนจากข้อคำถามดังกล่าวเป็นพฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้าได้จากการคำนวณ โดยนำปริมาณการเสพยาบ้าต่อวัน คูณกับความถี่ของการเสพยาบ้าต่อวัน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ อูไรรัตน์ แก้วไกรสร (2553) เครื่องมือชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ วัดความคิดเห็น 5 ระดับ โดยให้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน มีข้อคำถาม 2 ลักษณะ คือ ข้อคำถามที่เป็นสัมพันธภาพในครอบครัวทางบวก และทางลบและใช้เกณฑ์การแบ่งระดับสัมพันธภาพในครอบครัวตามค่าคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวออกเป็นระดับ ได้แก่ ระดับ “มากที่สุด” “มาก” “ปานกลาง” “น้อย” “น้อยที่สุด”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยพบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินปริมาณการใช้อยาบ้าและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 1.0 และ .83 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองกับวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 5 คนแล้วมีการปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้กับ วิทยุรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ซึ่งในแบบประเมินสัมพันธภาพใน ครอบครัว พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 ส่วนในแบบประเมินปริมาณการใช้ ยาบ้าผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงด้วย วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) โดยพบค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .89

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการขอรับพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างคะแนนการประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาบ้าโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) และสถานภาพสมรสของพ่อ-แม่และทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่คลินิกบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่จัดบริการให้กับวิทยุรุ่นที่เสพติดยาบ้า ที่คลินิกบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลดังกล่าว ซึ่งได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยการบำบัดตามโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) รวมถึงคำแนะนำและการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ จากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกคลินิกบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกและได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลคลองหลวง และโรงพยาบาลหนองเสือ

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

มีการประเมินปริมาณการใช้ยาบ้า (Time line follows back, TLFB) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) ก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2) หลังการทดลองทันทีและครั้งที่ 3) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย มีการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการเสพติดยาบ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการเสพติดยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1) วัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุระหว่าง 16-18 ปี (ร้อยละ 45 เท่ากัน) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 65 และ 60) จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 35 และ 40) อาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 45 และ 40) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนคือ $\geq 5,001$ บาท (ร้อยละ 35 และ 40) และมีอายุที่เสพยาบ้าครั้งแรก ช่วงอายุระหว่าง 12-16 ปี (ร้อยละ 85 และ 80) มีระยะเวลาการเสพต่อเนื่องอยู่ในช่วง 4-6 ปี (ร้อยละ 70 เท่ากัน) สำหรับด้านความพึงพอใจต่อการเลี้ยงดูของ พ่อ/แม่ พบว่า ไม่พึงพอใจ (ร้อยละ 50 เท่ากัน)

2) การเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=92.98, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในระยะหลังการทดลองทันทีน้อยกว่าก่อนการทดลอง (Contrast = -22.45) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า มีการเสพยาบ้าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.49, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของการเสพยาบ้าในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากว่าหลังการทดลองทันที (Contrast = -2.85)

3) การเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 11.36, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในระยะหลังการทดลองทันทีน้อยกว่าก่อนการทดลอง (Contrast = -7.85) ส่วนในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า มีการเสพยาบ้าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) การเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองทันที พบว่าการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=28.82, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -12.5) และในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่าการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=32.39, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -13.25) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบค่าเฉลี่ยของการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า

การทดสอบค่าเฉลี่ย	Contrast	Variance of Contrast	F
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-22.45	5.42	92.98*
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	-2.85		1.49*
ภายในกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-7.85		11.36*
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	-2.1		.81
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	-2.1		.81
หลังการทดลองทันที	-12.5		28.82 *
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	-13.25		32.39*

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการตามกระบวนการครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานของลิดเคิล (Liddle, 2002) เน้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเพื่อจัดการกับปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นไทยเสพติดยาบ้า ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในระยะก่อนการทดลองคะแนนประเมินปริมาณการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้าอยู่ในระดับต่ำ และยังพบว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้า ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสพยาบ้าอย่างต่อเนื่อง มีความจำเป็นต้องพยายามหายาบ้ามาเสพ และมีการเพิ่มปริมาณความถี่ของการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการเสพยาบ้าของตนเองได้

(ปิยวรรณ ทักษานัญชลี, 2554) เป็นเหตุให้ร่างกายและจิตใจเกิดความต้องการอยากเสพยาบ้าอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นพฤติกรรมการเสพติดยาบ้าตามมา (Shives, 1994)

เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน โดยใช้กระบวนการต่างๆ ตามเทคนิคของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานแล้ว พบว่าวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าบางคนมีการแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนถึงปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้าซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการเสพยาบ้าที่เกิดขึ้นได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวมีทัศนคติด้านลบที่ไม่เหมาะสม การเผชิญกับสิ่งกระตุ้นและไม่สามารถจัดการสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ปัญหาการสื่อสารที่ทำให้เกิดความขัดแย้งกับครอบครัว ตลอดจนพบว่าการแสดงบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสมด้วย โดยปัญหาต่างๆ เหล่านี้เป็นเหตุผลหลักที่ส่งผลทำให้วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การเสพยาบ้าอยู่ในระดับที่ต่ำได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัญหาด้านครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่น ทำให้เกิดจากความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ-แม่ ทะเลาะกัน การอาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความสุข การขาดความรักและความอบอุ่น หรือสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงบทบาทของครอบครัวและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อกัน (วิภา ด้านธำรงกุล, อุษณีย์ พึ่งปาน และศศิธร แจ่มถาวร, 2539; Carr, 2000)

ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานนี้ เน้นการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ซึ่งจากการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้านั้น จำเป็นที่จะต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมแบบองค์รวม (Carr, 2000) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าการลดการเสพยาบ้าในวัยรุ่นต้องจัดกระทำกับสาเหตุหลัก ส่งเสริมให้เป็นบุคคลมีบุคลิกภาพที่ไม่พึ่งพิง ช่วยเหลือแก้ไขปัญหให้กับตนเองและให้กำลังใจตัวเองได้ มีความรับผิดชอบและกระทำตามหน้าที่ของตนเองและต้องรู้จักหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับตนเอง ส่วนการจัดการกับปัจจัยด้านครอบครัวนั้น ต้องดำเนินการโดยส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งภายในครอบครัวคือช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักความเข้าใจและมีการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสมต่อกัน มีความร่วมมือร่วมใจกันในการคอยดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญห และสนับสนุนให้วัยรุ่นที่ เสพติดยาบ้าเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

(ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554; มนัส สุนทรโชติ, 2554)

ในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานของลิดเดิ้ล (Liddle, 2002) ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น โดยเน้นการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ให้เกิดมีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ที่ดีเกิดขึ้นในครอบครัว สร้างบรรยากาศภายในครอบครัวที่ดี เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ๆ ที่เหมาะสม สามารถเชื่อมโยงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีให้คงอยู่ นำไปสู่การลดการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าได้ โดยเน้น 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ด้านตัววัยรุ่นที่ติดยาเสพติดยา 2) ด้านพ่อ-แม่และสมาชิกในครอบครัวและ 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดยาบ้าร่วมกัน เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพติดยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ให้เหมาะสม นำไปสู่การลดพฤติกรรมเสพติดยาเสพติดยาบ้าลงได้ (Carr, 2000)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานมีแนวทางที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดยาบ้าจุดเด่นคือ เน้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาอย่างมีขั้นตอนเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผลักดันให้วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพติดยาบ้าในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลทำให้วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าสามารถลดการเสพติดยาบ้าลงได้อย่างมีผลแตกต่างจากการดูแลตามปกติและ

สามารถนำความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้รวมถึงทักษะที่จำเป็นต่างๆ ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าสามารถลดการเสพยาบ้าลงได้ผล

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหรือผู้บำบัดสามารถนำไปโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานไปประยุกต์ใช้กับบริบทในโรงพยาบาลที่ดูแลวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า เพื่อใช้สำหรับเป็นแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพติดยาบ้าได้ ซึ่งกิจกรรมหลักที่สำคัญประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหาและสาเหตุการเสพติดยาบ้า การปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว การจัดการอารมณ์ และสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาบ้า การตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การแสดงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม

2. ผู้ที่จะนำโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานไปใช้ในการดูแลวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบำบัดผู้ติดยาเสพติดยา การบำบัดครอบครัวเข้าใจความต้องการของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าและครอบครัว ซึ่งต้องปรับและยืดหยุ่นได้ตามระดับความรุนแรงของการเสพติดยาบ้า และปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนได้ สามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

3. การพัฒนาโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสาน มีการออกแบบคู่มือสำหรับวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า และพ่อ/แม่เพื่อช่วยให้สามารถนำบทเรียนกลับไปทบทวนที่บ้านได้ซึ่งมีประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพติดยาบ้าให้เกิดความต่อเนื่องชัดเจน และควรใช้ระยะเวลาติดตามอย่างต่อเนื่องนาน 1 ปี เพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าสามารถลดการเสพยาบ้าลงได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานระยะยาว คือ หลังการบำบัดในระยะ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสพยาบ้าอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มที่ติดยาเสพติดยาประเภทอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานในผู้ป่วยกลุ่มที่ติดยาเสพติดยาประเภทอื่นๆ ว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดยาเสพติดยาหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้ความรู้ ความช่วยเหลือในการศึกษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ตลอดจนทุกกำลังใจจากคณาจารย์ทุกท่านขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ สำหรับ นิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีส่วนช่วยให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ. (2553). *ประสิทธิผลของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจและบำบัดทางความคิดอย่างย่อต่อภาวะการเสพติดของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ (สหสาขาวิชา), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นิภาณีย์สกุล. (2544). *ครอบครัวกับการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด: ตำราบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ ปริ้นติ้ง.*
- ปิยวรรณ ทศนาญชลี. (2554). *กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ : กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด. สหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี, 1(3): 36-47.*
- ปราชญ์ บุญดวงศรีวิโรจน์. (2544). *ทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้า. สังคมจิตวิทยา. วิทยาลัยป้องกันอาณัติกร.*
- มนัสสุนทรโชติ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ลลิตา เชาวุธ. (2547). *ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- วิชา ด้านธำรงกุล, อุษณีย์ พึ่งปาน และ ศศิธร แจ่มถาวร. (2539). *ความรู้และทัศนคติต่อการติดยาเสพติดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กและเยาวชนที่ด้อยไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- วิโรจน์ วีระชัยและคณะ. (2548). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.*
- สุจิตตาอุทธีมนตรี. (2554). *พฤติกรรมความรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(3), 48-56.*
- สุชาติ เลาบรีพัตร. (2544). *แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดในประเทศไทย. ใน วิโรจน์ วีระชัย (บ.ก.), ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (หน้า 56-69). ปทุมธานี: วัชรอินเตอร์ ปริ้นติ้ง.*
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานประจำปี 2555. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2553). *สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553. กรุงเทพมหานคร.*
- อรรณพ วิสุทธีมรรค. (2541). *พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์.*

- อุไรรัตน์ แก้วไกรสร. (2553). *ปัจจัยด้านครอบครัว ที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาเสพติดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.*
- Carr, A. (2000). Drug abuse in adolescence. In M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Family Therapy*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Liddle, H. A. (2002). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) series, volume 5*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addictive, 103*, 1660–1670.
- Liddle, H. A. (2010). Treating adolescent substance abuse using multidimensional family therapy. In J. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescent* (pp. 416-432) (2nd ed.). New York: Guilford.
- Shives, L. R. (1994). *Basic concept of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- UNODC. (2010). *World Drug Report 2010*. United Nation.