

ผลของการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อสัมพันธภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว

ศศิภา พิมพารักษ์
นักจิตวิทยาคลินิก
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
จังหวัดสมุทรสงคราม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อสัมพันธภาพของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 โดยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power Version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 ครอบครัว ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้รับการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 16 กิจกรรม สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการบำบัด 4 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม โดยการประเมินระดับความสัมพันธ์ภาพของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัว และคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น ($p=0.01$) และครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัว และคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น ($p=0.001$) โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มการมีสัมพันธภาพและการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดยาเสพติด

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน, โปรแกรมบำบัดยาเสพติด

วันที่รับ 14 กรกฎาคม 2568, วันที่แก้ไข 5 สิงหาคม 2568, วันที่ตอบรับ 13 สิงหาคม 2568

Effect of family involvement in the treatment of amphetamine use disorder patients on family relationships and family functioning.

Sasipha Phimpharak

Clinical Psychologist,

SomdetPhraphutthalertla Hospital,

Samut Songkhram Province.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of family participation in drug treatment on family relationships and family functioning. The sample group consisted of people with amphetamine use disorder and their families who received drug addiction treatment at Somdet Phraphutthalertla Hospital, Samut Songkhram Province. The effect size value was equal to 0.5 using the ready-made program G* Power Version3.1.9.7, resulting in sample size of 103 families. Participants were selected for the research specifically based on the specified qualifications and received drug treatment with family participation, consisting of 16 activities in total. Family members participated in four weekly sessions over a four-week period, with each session lasting 60 to 90 minutes. The results of the assessment of family relationship level and the assessment of family functioning before and after treatment. The data was analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results of the study found that those with amphetamine use disorder had increased family relationship scores and family functioning scores after program participation ($p = 0.01$). And families of those with amphetamine use disorder had increased family relationship scores and family functioning scores after participating in the program ($p = 0.001$). Family engagement programs enhance family relationships and functioning, making them an appropriate model for drug addiction treatment.

Keywords: Amphetamine use disorder, Family involvement in the treatment, Drug drug treatment program

Received: 14 July 2025, Revised: 5 August 2025, Accepted: 13 August 2025

บทนำ

ปัญหาอาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน จากสรุปสถานการณ์ปัญหาอาเสพติดพื้นที่ภาค 7 ปีงบประมาณ 2567 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2566 พบการแพร่ระบาดของอาเสพติดในพื้นที่เพิ่มขึ้น^[1] สภาพแวดล้อมโดยรอบจังหวัดสมุทรสงครามเป็นสถานประกอบการมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นค่อนข้างมาก ทำให้มีการย้ายถิ่นฐานและเคลื่อนตัวของประชากรต่างถิ่นต่างเชื้อชาติ มีความสำคัญต่อยุทธศาสตร์การค้าโดยใช้เป็นเส้นทางพื้นที่ทางผ่านของยาเสพติด เพื่อรอการส่งมอบให้แก่กลุ่มผู้ค้าระดับต่างๆ กระจายไปในพื้นที่อื่นๆ จากข้อมูลการจับกุมคดีอาเสพติดจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (CRIMES) คดีส่วนใหญ่เป็นคดีเสพโดยข้อหาครอบครอง จำหน่าย และผลิตมีแนวโน้มมากขึ้น^[2] ซึ่งเป็นไปตามประมวลกฎหมายอาเสพติด 2564 “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย”^[3] สถิติผู้รับการบำบัดจากฐานข้อมูลยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้บำบัดเข้ารับการบำบัดมากที่สุด คือ ยาบ้า (74.8%) สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดสมุทรสงคราม และผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ใช้แรงงานหรือผู้มีรายได้น้อย (73.87%) มีเหตุจูงใจเพื่อช่วยให้มีกำลังในการทำงาน และเมื่อหมดแรงจะนำเงินที่ได้จากการทำงานไปซื้อยาเสพติด เพื่อให้มีกำลังในการทำงานต่อไป^[4] กลายเป็นวัฏจักรวงจรการไ้ยาของหมู่ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งอายุที่ไ้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 18-39 ปี (91.46%) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงประถมศึกษา (63.87%) ขาดโอกาสเรียนที่เหมาะสมเนื่องจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมถึงมีปัญหาการออกจากกระบบโรงเรียนก่อนวัยซึ่งเห็นได้ว่าผู้ใช้ยาเสพติดมีอายุน้อยลงและมีปริมาณผู้เสพยาเสพติดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง^[1]

พฤติกรรมกาเสพยาเสพติดก่อให้เกิดความสูญเสียกับทั้งจากตัวเอง ครอบครัว และสังคมในวงกว้างแล้วนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด เช่น การทำร้ายร่างกาย และทรัพย์สิน การลักทรัพย์ การทำร้ายคนในครอบครัว เป็นต้น เป็นปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวไม่ยอมรับผู้ป่วยยาเสพติดและส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดกลับไปไ้ยาเสพติด

มากขึ้น เพื่อจะลดและแก้ปัญหาอาเสพติดที่ประเทศไทยมีนโยบายเน้นการสมัครใจเข้าบำบัดนั้น การนำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอาเสพติดจะช่วยลดและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างยั่งยืน^[5]

โปรแกรมกาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พัฒนาโดยการทบทวนกระบวนการทำงานถอดบทเรียนผ่านผู้ปฏิบัติงานด้านบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในหน่วยงาน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Tacit Knowledge) นำมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจเป็นแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้นกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดทุกราย โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2562 มีการพัฒนาคุณภาพกิจกรรม CQI ปี พ.ศ. 2565 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ หลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมกาย จิต สังคม สมเด็จฯ เพิ่มขึ้นและคะแนนภาวะสุขภาพจิตลดลงผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่สามารถอยู่ครบจนจบโปรแกรมส่งผลให้มีความเป็นไปได้สูงในการเลิกยาเสพติดและยังพบอีกว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ครบกระทั่งจบกระบวนการบำบัดได้นั้น มาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและคนรอบข้าง^[6]

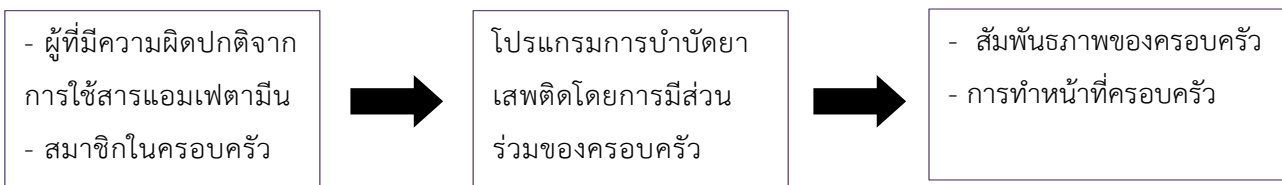
ครอบครัวคือรากฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งในด้านการอบรมเลี้ยงดู บทบาทหน้าที่ รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสาร ความไว้วางใจ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากเมื่อสมาชิกภายในครอบครัวมีเหตุต้องยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสมาชิกที่เหลือในครอบครัวมักเผชิญกับความสิ้นหวังและโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด^[7]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศไทย:บสต.^[8] และรายงานประชุม Knowledge Management: Case Conference พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาหย่าร้างครอบครัวมีความขัดแย้งสูงส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดขาดผู้อบรมเลี้ยงดู ถูกปล่อย

ปะละเลยตั้งแต่เด็กและผู้เลี้ยงดูหลักมักเป็นเครือญาติ หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดขาดการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ป่วยยาเสพติด ในการคงอยู่ครบกระบวนการบำบัดจนจบ สอดคล้องกับยอดอัตราผู้ป่วยยาเสพติด Drop Out ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบ ร้อยละ 44.00, 36.96, 37.74 ตามลำดับ นับว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง [6] ดังนั้นแล้วการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว และในชุมชน เพิ่ม ประสิทธิภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายเกิดแนวทางและโอกาสในการพัฒนาสู่ ความเป็นชุมชน เข้มแข็งและยั่งยืนได้ [9]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรม บำบัดยาเสพติดกาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่ดำเนินการใช้มาตั้งแต่ปี 2562 โดยปรับรูปแบบโปรแกรม ให้มีความสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งโปรแกรมเดิม

กรอบแนวคิดวิจัย



ประยุกต์มาจาก Matrix Program [10] เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด รูปแบบดังกล่าวมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความคิดเป็นหลัก (Cognitive Model) ประกอบด้วย 1. การฝึกทักษะในการเลิการะยะเริ่มต้น 2. การป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ 3. การให้ความรู้แก่ครอบครัว 4. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หลังทดลองใช้พบปัญหา คือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ครบกระบวนการบำบัดได้จากความสัมพันธ์ในครอบครัวและครอบครัวข้างที่ไม่ดี ขาดการสนับสนุนในการเข้ารับการบำบัด การแก้ไขปัญหามิเหมาะสมยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิชาการที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดรักษายาเสพติดที่จะประสบผลสำเร็จได้ นั้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว [11-12] การทำหน้าที่ในครอบครัว [13-14] เป็นปัจจัยสำคัญต่อผู้ป่วย เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อ

การทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี [15] ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา กิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ แนวคิดและพฤติกรรม กระทั่งเป็นทักษะและพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเอง [16] เพื่อสร้างเกาะป้องกันพฤติกรรม การกลับไปเสพยาซ้ำ มีแนวโน้มในการพัฒนาสุขภาพจิต ไปสู่ระดับที่ดี [17] ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 16 กิจกรรม โดยมีครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดด้วย 4 กิจกรรมดำเนินการทดลองใช้ตั้งแต่ปี 2565 ถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและสมาชิกครอบครัวเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการบำบัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัว ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัว ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ด้วยโปรแกรม กาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จากคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงครามระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัวที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนด ค่า Alpha เท่ากับ .05 และค่า Power ที่ระดับ 0.95 และค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 และนำไปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power Version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 54 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่มดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 103 คน ครอบครัว ได้รับการคัดเลือกเข้าการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน (F15.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น โรคเมเร็งโรคหัวใจ และโรคจิตเภท

3. ได้เข้าร่วม การบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 16 ครั้ง

4. ได้รับการประเมินระดับความสัมพันธ์ภาพและแบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าบำบัด

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

1. ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ

1. กลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บุคคลที่แต่งงานกัน บุตรผู้เป็นทายาท ปู่ย่า ตายาย ผู้มีอุปการะและบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยยาเสพติด เพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น โรคเมเร็งโรคหัวใจ และโรคจิตเภท

3. ได้เข้าร่วม การบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดยาเสพติดตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 4 ครั้ง

4. ได้รับการประเมินระดับความสัมพันธ์ภาพและแบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการเข้าบำบัด

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

1. ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการบำบัดรักษา (demographic data) แบ่งออกเป็นส่วนของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและแบบเก็บข้อมูลของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย โรคประจำตัวความสัมพันธ์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยรหัสส่วนตัวที่โรงพยาบาลอนุญาต โดยนำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้ และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

2. แบบประเมินระดับสัมพันธ์ภาพของครอบครัว (แบบสั้น) (THAI Family Relationship Evaluation :SF-FRE-Thai) เป็นแบบประเมินของแผนสุขภาวะเด็กเยาวชน และครอบครัว พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสรุปเป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การให้การช่วยเหลือระหว่างครอบครัว (Family Support) ความขัดแย้งในครอบครัว (Family Conflict) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว (Family Activity) โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อแบบวัด 5 ระดับ โดยกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4 และ 5 น้อยที่สุด ให้คะแนน 1 น้อย ให้คะแนน 2 ปานกลาง ให้คะแนน 3 มาก ให้คะแนน 4 มากที่สุด ให้คะแนน 5 กลุ่มที่ 2 ได้แก่

ข้อ 2 น้อยที่สุด ให้คะแนน 5 น้อย ให้คะแนน 4 ปานกลาง ให้คะแนน 3 มาก ให้คะแนน 2 มากที่สุด ให้คะแนน 1 การแปลผลคะแนน 18–25 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับมาก คะแนน 12–17 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับปกติ คะแนน 0 – 11 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับน้อย โดย SF-FRE-Thai มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง ($\alpha = 0.742$) ^[11]

3. แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ตามแนวคิดของ McMaster (McMaster Model) ซึ่งเป็นแบบประเมินครอบครัวที่ประกอบด้วยข้อความ 36 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ตาม McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป มีข้อความที่ความหมายบวก จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34 และ 35 ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33 และ 36 โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ลักษณะ คือ ตรงมากที่สุดตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย การให้คะแนน กลุ่มข้อความทางบวก ตรงมากที่สุด ให้คะแนน 4 ตรงปานกลาง ให้คะแนน 3 ตรงเล็กน้อย ให้คะแนน 2 ไม่ตรงเลย ให้คะแนน 1 กลุ่มคะแนน ข้อความทางลบ ตรงมากที่สุด ให้คะแนน 1 ตรงปานกลาง ให้คะแนน 2 ตรงเล็กน้อย ให้คะแนน 3 ไม่ตรงเลย ให้คะแนน 4 กลุ่มคะแนน การแปลผล คะแนน < 33 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นไม่ดี คะแนน 33 – 66 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นปานกลาง คะแนน > 66 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นดี โดย CFI มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8) ^[18]

4. โปรแกรมการบำบัดยาเสพติด ภายใต้จิตสังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เดิมประยุกต์มาจาก Matrix Program¹⁰ ปรับปรุงโดย การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดยาเสพติดใช้กรอบแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship) การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เพื่อการส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดประสบความสำเร็จเป็นเกาะป้องกันพฤติกรรมการกลับไปเสพยาซ้ำ และเป็นฐานในการปรับปรุงโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพต่อไป ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 16 กิจกรรม โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้บำบัดจำนวน 4 กิจกรรม ในครั้งที่ 1 8 13 และ 16

ครั้งที่ 1 ตกลงคำยินยอมในการบำบัด และการสนับสนุนจากครอบครัว: (1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด สร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสารเสพติด (2) ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและยอมรับในกระบวนการบำบัด ตระหนักและเห็นความสำคัญ จูงใจและให้กำลังใจผู้ป่วย (3) ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เป็นแนวทางในการประเมินผล การบำบัดร่วมกันกับครอบครัว

ครั้งที่ 2 สารความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายและประเภทยาเสพติด รวมถึงสาเหตุของการใช้สารเสพติด (2) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของยาเสพติด

ครั้งที่ 3 โรคสมองติดยา : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยาการออกฤทธิ์ของสารเสพติดที่มีผลต่อสมอง (2) ผู้ป่วยทราบถึงเส้นทางของการติดยาเสพติด (3) ผู้ป่วยรู้ถึงผลกระทบของการติดยาเสพติดในแต่ละระยะของการใช้ยา

ครั้งที่ 4 เส้นทางสู่การเลิกยา : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการเลิกยา (2) ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวในการเลิกยาช่วงต่างๆ (3) ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยในการกลับไปเสพยาซ้ำในช่วงต่างๆ

ครั้งที่ 5 สุรา-ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่มีผลต่อสมอง (2) ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลิกสุราและสารเสพติด โดยเด็ดขาด

ครั้งที่ 6 สารกระตุ้น และเพศสัมพันธ์: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสัญญาณ ที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาซ้ำ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหามาให้เหมาะสม (2) เปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องสารกระตุ้นต่อเพศสัมพันธ์ในทางที่ถูกต้อง (3) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความผันการเสพยาว่าเป็นกระบวนการปกติในสมอง

ครั้งที่ 7 สิ่งยึดเหนี่ยวและการป้องกันการกลับไปเสพยา : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีหลักหรือแนวทางในการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพยา (2) ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสัญญาณอันตรายที่ทำให้กลับไปเสพยาได้

ครั้งที่ 8 คุณค่าของชีวิต และการฟื้นฟูความสัมพันธ์ : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงเป้าหมาย และคุณค่าของการดำเนินชีวิต โดยไม่พึ่งสารเสพติด (2) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวตระหนักถึงถึงปัญหาการใช้สารเสพติดในอดีตพร้อมทั้งรู้จักให้อภัย และมีแนวทางในการเสริมสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ครั้งที่ 9 ภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้กลับไปเสพยา : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่นำไปสู่การกลับไปเสพยา (2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสำรวจอารมณ์ของตนเองและสามารถแยกแยะอารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบพร้อมทั้งหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ทางลบได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ

ครั้งที่ 10 ความสัมพันธ์ของ ความคิดอารมณ์ และพฤติกรรม : (1) เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจรูปแบบวงจรความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิดอารมณ์ และพฤติกรรม (2) ผู้ป่วยระบุได้ถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 11 การจัดการปัญหาช่วงหยุดพักและตารางกิจกรรม: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับช่วงเวลาที่อยู่ในระหว่างการฟื้นฟูสุขภาพ โดยวางแผนกิจกรรมและสามารถเลือกกิจกรรมมีการจัดการเวลาอย่างเหมาะสมได้ (2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดตารางกิจกรรมและสามารถปฏิบัติได้

ครั้งที่ 12 จงทำตนให้เป็นคนฉลาด: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอำนาจของการติดสารเสพติด (2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากตัวกระตุ้นต่างๆ

ครั้งที่ 13 การทำหน้าที่ของครอบครัว: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว (2) ผู้ป่วยปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติด (3) การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

ครั้งที่ 14 การวางแผนการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเอง : (1) เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ การเอาใจใส่ตนเองและหาวิธีเปลี่ยนพฤติกรรมช่วงก่อนใช้ยาเสพติด (2) ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองได้ (3) ผู้ป่วยได้รู้จักการวางแผนและกำหนดความมุ่งหวังอนาคตของตนตามความเป็นไปได้จริงในการเลือกวิถีการดำเนินชีวิต

ครั้งที่ 15 ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวัน และการเงิน: (1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวันและมีการบริหารการเงินอย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 16 การคงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และประเมินผลการบำบัดร่วมกันครอบครัว : (1) ผู้บำบัดและครอบครัวประเมินปัจจัยและแนวโน้มการกลับไปเสพยาซ้ำภายหลังการบำบัดรักษาของผู้บำบัดรักษา (2) เพื่อทบทวนการคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และการสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีจากครอบครัว (3) ครอบครัวเข้าใจและมีแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีแนวโน้มการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการบำบัด ยาเสพติด กาย จิต สังคม สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักจิตวิทยาคลินิก มีค่า IOC เท่ากับ 0.95 การดำเนินการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ครั้งละ 60 - 90 นาที ต่อเนื่องทุกสัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากทะเบียน ประวัติผู้ป่วยผ่านรหัสส่วนตัวผู้วิจัยที่โรงพยาบาลอนุญาต เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำการรวบรวมข้อมูลนำข้อมูลมาใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาตามที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Data Editor Version 26 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และเปรียบเทียบคะแนนระดับสัมพันธภาพของครอบครัว คะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้สถิติ paired t-test

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M=30.7 SD=± 8.1, Max=56, Min=18)	
- ต่ำกว่า 20 ปี	6 (5.8%)
- 20-30 ปี	43 (41.7%)
- 30-40 ปี	41 (39.8%)
- 40-50 ปี	10 (9.7%)
- 50 ปีขึ้นไป	3 (3%)
เพศ	
- ชาย	96 (93.2%)
- หญิง	7 (6.8%)
สถานภาพทางการสมรส	
- โสด	33 (32.0%)
- สมรส	45 (43.7%)
- หย่า	10 (9.7%)
- แยกกันอยู่	15 (14.6%)
การศึกษา	
- ประถมศึกษา	50 (48.5%)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	22 (21.4%)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16 (15.5%)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	12 (11.7%)
- ปริญญาตรี	-3 (2.9%)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (รหส.โครงการ 009/2567)

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวน 103 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20 - 30 ปี (41.7%) เป็นเพศชาย (93.2%) มีสถานภาพสมรส (43.7%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (48.5%) ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (61.2%) รายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (48.5%) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเดี่ยว (56.3%) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (84.4%) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (4.8%)
- รับจ้างทั่วไป	63 (61.2%)
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6 (5.8%)
- พนักงานบริษัท/โรงงาน	11 (10.7%)
- ว่างงาน	18 (17.5%)
รายได้ต่อเดือน	
- น้อยกว่า 5,000	23 (22.3%)
- 5,000 - 10,000	50 (48.5%)
- 10,001 - 20,000	21 (20.4%)
- 20,001 - 30,000	9 (8.9%)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- บ้านเดี่ยว	58 (56.3%)
- ตึกแถว	25 (24.4%)
- อพาร์ทเมนต์/หอพัก	14 (13.5%)
- อื่นๆ (เต็นท์คนงาน)	6 (5.8%)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	3 (2.9%)
- โรคความดันโลหิตสูง	9 (8.7%)
- อื่นๆ (โรคภูมิแพ้)	4 (3.8%)
- ไม่มี	87 (84.4%)

กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน จำนวน 103 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-50 ปี (51.5%) เป็นเพศหญิง (76.7%) มีสถานภาพสมรส (40.8%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (46.6%) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (62.1 %) รายได้ต่อเดือน

5,000-10,000 บาท (44.7%) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเดี่ยว (66%) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (51.4%) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา (49.51%) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M=45.1 SD=± 7.3, Max=59, Min=27)	
-20-30 ปี	1 (1%)
-30-40 ปี	23 (22.3%)
-40-50 ปี	53 (51.5%)
-50 ปีขึ้นไป	26 (25.2%)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	24 (23.3%)
- หญิง	79 (76.7%)
สถานภาพทางการสมรส	
- โสด	23 (22.3%)
- สมรส	42 (40.8%)
- หย่า	14 (13.6%)
- แยกกันอยู่	24 (23.3%)
การศึกษา	
- ต่ำกว่าประถมศึกษา	10 (9.7%)
- ประถมศึกษา	48 (46.6%)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	27 (26.2%)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8 (7.8%)
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	8 (7.8%)
- ปริญญาตรี	2 (1.9%)
อาชีพ	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (14.6%)
- รับจ้างทั่วไป	64 (62.1%)
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	16 (15.5%)
- พนักงานบริษัท/โรงงาน	5 (4.9%)
- ว่างาน	3 (2.9%)
รายได้ต่อเดือน	
- น้อยกว่า 5,000	7 (6.8%)
- 5,000 - 10,000	46 (44.7%)
- 10,001 - 20,000	32 (31%)
- 20,001 - 30,000	18 (17.5%)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- บ้านเดี่ยว	68 (66%)
- ตึกแถว	15 (14.6%)
- อพาร์ทเมนต์/หอพัก	9 (8.7%)
- อื่นๆ (เต็นท์คนงาน)	11 (10.7%)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	16 (15.5%)
- โรคความดันโลหิตสูง	31 (30.1%)
- อื่นๆ (โรคภูมิแพ้)	3 (3%)
- ไม่มี	53 (51.4%)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
- บิดา	7 (6.79%)
- มารดา	51 (49.51%)
- เครือญาติ	22 (21.4%)
- คู่สมรส	21 (20.4%)
- เพื่อนบ้าน	2 (1.9%)

**ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัว
และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลัง
การบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว**

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน
สัมพันธภาพของครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติ
จากการใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการบำบัด
ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า
หลังการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สาร
แอมเฟตามีน มีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัว
เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 268.40 ± 31.62 เป็น 368.60 ± 53.21 ซึ่งสูงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p=0.016$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่
ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้
สารแอมเฟตามีน) ($n = 103$)

ตัวแปร	ก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	หลังการบำบัด ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	$p<0.05$
สัมพันธภาพของครอบครัว	268.40 ± 31.62	368.60 ± 53.21	0.016*
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	109.95 ± 6.58	125.28 ± 7.66	0.000*
- การแก้ปัญหา	17.18 ± 2.97	21.81 ± 2.60	0.000*
- การสื่อสาร	14.93 ± 2.99	17.24 ± 2.14	0.000*
- บทบาทของครอบครัว	10.28 ± 1.90	11.47 ± 1.30	0.000*
- การตอบสนองทางอารมณ์	16.09 ± 2.61	17.15 ± 2.98	0.002*
- ความผูกพันทางอารมณ์	15.17 ± 2.88	17.20 ± 2.65	0.000*
- การควบคุมพฤติกรรม	13.56 ± 1.75	12.52 ± 1.47	0.000*
- การทำหน้าที่ทั่วไป	22.74 ± 2.96	27.89 ± 2.18	0.000*

หมายเหตุ: * $p<0.05$ แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 109.95 ± 6.58 เป็น
 125.28 ± 7.66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)
เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการแก้ปัญหา
การสื่อสาร บทบาทครอบครัว การตอบสนองทาง
อารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่
ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดสูงกว่าก่อนการบำบัด
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

อย่างไรก็ตาม ในด้านการควบคุมพฤติกรรม
พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดลดลงจาก 13.56 ± 1.75 เป็น 12.52 ± 1.47 และมีความแตกต่างอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งแสดงถึง
การเปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า หลังการบำบัด ผู้เข้าร่วมมีคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 365.40 ± 31.62 เป็น 440.00 ± 34.07 ซึ่งสูงกว่า ก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 83.26 ± 12.63 เป็น 102.50 ± 9.98

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อพิจารณาหลายด้านพบว่า ด้านการสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดสูงกว่า ก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม ในด้านการแก้ปัญหา และการควบคุมพฤติกรรมพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.129$ และ $p=0.240$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ($n = 103$)

ตัวแปร	ก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	หลังการบำบัด ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	$p<0.05$
สัมพันธภาพของครอบครัว	365.40 ± 31.62	440.00 ± 34.07	0.001*
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	83.26 ± 12.63	102.50 ± 9.98	0.000*
- การแก้ปัญหา	14.21 ± 2.41	13.74 ± 2.08	0.129
- การสื่อสาร	10.79 ± 2.24	13.58 ± 3.02	0.000*
- บทบาทของครอบครัว	7.67 ± 1.70	10.28 ± 1.90	0.000*
- การตอบสนองทางอารมณ์	12.06 ± 2.60	15.92 ± 2.64	0.000*
- ความผูกพันทางอารมณ์	9.80 ± 2.18	15.17 ± 2.88	0.000*
- การควบคุมพฤติกรรม	8.66 ± 1.57	8.58 ± 1.46	0.240
- การทำหน้าที่ทั่วไป	20.08 ± 4.06	25.23 ± 5.10	0.000*

หมายเหตุ: * $p<0.05$ แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผลของการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งนี้ เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดยาเสพติด^[16] เป็นปัจจัยสำคัญในการคงอยู่จนจบกระบวนการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด ส่งเสริมให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดประสบความสำเร็จ เป็นเกาะป้องกันพฤติกรรม

การกลับไปเสพยาซ้ำได้ส่งผลในการพัฒนาสุขภาพจิตไปสู่ระดับที่ดี^[17] สอดคล้องแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationship)^[11-12] และการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning)^[13-14] เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีนั่นเอง^[15] เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย ลดผลกระทบของปัญหา ยาเสพติด เกิดแนวทางและโอกาสใน

การพัฒนาสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืนได้^[5,9] ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นแนวทางการบำบัดยาเสพติดเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไรก็ตามจากการวิจัยยังพบว่า ในด้านการควบคุมพฤติกรรมของค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลงด้านการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องไปกลับครอบครัวนั้น ซึ่งส่งผลต่อการยับยั้งชั่งใจกลับไปเสพซ้ำได้ ส่งผลต่อด้านการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมจากค่าเฉลี่ยที่ลดลงหลังบำบัดในส่วนครอบครัวเช่นกัน สมาชิกในครอบครัวมักเผชิญกับความสิ้นหวังและโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด^[7] เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดยาเสพติดให้สอดคล้องไปตามประมวลกฎหมายยาเสพติด 2564 “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย”^[3]

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความสัมพันธ์ของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในหลายด้านยกเว้นในด้านการแก้ปัญหาและการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดทำนโยบายระดับจังหวัดเพื่อส่งเสริมการบำบัดยาเสพติดแบบการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติ (Guidelines) สนับสนุนให้สถานบำบัดและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งการบำบัดแบบ CBTx ให้นำหลักการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในกระบวนการบำบัดอย่างเป็นระบบ^[5]

2. สนับสนุนการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้ เป็นเครื่องมือกลางในการบำบัดทั้งจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ร่วมกันเผยแพร่ และผลักดันการใช้คู่มือจากการวิจัยนี้เป็นเครื่องมือในการดูแลบำบัดยาเสพติด

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในจังหวัดในการดำเนินแบบการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเรียนรู้การใช้คู่มือ และฝึกทักษะการทำงานร่วมกับครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลดีต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

2. ผลงานวิจัยนี้ได้มีพัฒนางานโดยปรับรูปแบบโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้นกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดทุกรายทั้งนี้ยังเป็นผลงานที่เหมาะสมกับประชากรในจังหวัดสมุทรสงครามโดยเฉพาะ

3. การวิจัยยังพบว่าปัญหาความสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างมากในการบำบัดยาเสพติด โดยพิจารณาจากคะแนนความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในส่วนของการแก้ไขปัญหาและการควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความอนุเคราะห์ และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงขอขอบคุณผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือมาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึงตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 7 (ส่วนวิเคราะห์ข่าวและเฝ้าระวัง). สรุปสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ภาค 7 ปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567). [ไฟล์ข้อมูล]. สมุทรสาคร: สำนักงาน; 2567.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถิติการจับกุมคดียาเสพติด ระบบCRIMES. [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2567.
3. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔. เล่มที่ 138 ตอนที่ 73 ก; 8 พฤศจิกายน 2564.
4. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>.
5. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf
6. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผลการดำเนินงานกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า(2562 - 2567). สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2567.
7. Addiction Center. The Role of Family in Addiction Recovery. [online]. 2021 [Cited 25 March 2021]. Available from: <https://www.addictioncenter.com/addiction/role-family-addiction-recovery/>.
8. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:<https://antidrug.moph.go.th/report/normal>.
9. กฤศ กุลบุตรดี, สยาม ประสานพิมพ์, วิดา ประสานพิมพ์, พงศ์พัฒน์ เหมฉลาด, พรวิ เปียวัน, เพ็ญฤทัย เพ็ญฤทัย และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยา และสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2566;11(2):17-29.
10. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). MATRIX PROGRAM สำหรับผู้ป่วยนอก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=4807&Itemid=0.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือแบบประเมินสัมพันธภาพของครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:<https://happychild.thaihealth.or.th>.
12. จิราพร ชมพิบูล, ปราณี สุทธิสุขนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม และดุชนี ดำมี. สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. ปรีศนา กาญจนกันทร และสุพรรณิ ไชยอำพร. ตัวแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยยุคโลกาภิวัตน์. วารสารพัฒนาสังคม. 2562;21(2):164-175.
14. Pourmovahed Z, Yassini Ardekani SM, Mazloomi Mahmoodabad SS, Zareei Mahmoodabadi H. Implementation of the McMaster Model in Family Therapy:

Effects on Family Function in Married Couples.
Iran J Psychiatry. 2021;16(1):60-67. doi: 10.18502/
/ijps.v16i1.5380.

15. สุนทรี ศรีโกไสย, ขวัญพร คาฟู, อนงค์พร ต๊ะคำ,
ณัฏฐ์พิมล วงศ์เมือง, อุไรวรรณ วงศ์ปิติ, ภัชณิดรา เกตุกาญจน์กุล
และคณะ. ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน
สัมพันธภาพในครอบครัวสำหรับใช้ในเยาวชนไทย.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2565;67(4)
:329-341.

16. สำนักบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐาน
ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด.
นนทบุรี: บอรัณ ฑู ปี พับลิชชิ่ง; 2560.

17. ยศวันต์ บริบูรณ์ธนา, ฝนทิพ ชลชัยไพศาล,
พัชรพร ศรีหัตถกรรม และนลพรรณ ส่งเสริม. การวิจัย
เรื่องการพัฒนาโปรแกรมค่ายสานสัมพันธ์ครอบครัว
สำหรับผู้ถูกคุมความประพฤติฐานความผิดคดียาเสพติด
และสมาชิกในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: กรมคุมประพฤติ
กระทรวงยุติธรรม; 2564.

18. อุมาพร ตรังสมบัติ. แบบวัดการปฏิบัติหน้าที่
ของครอบครัวใช้แบบวัด Chulalongkorn Family
Inventory (CFI). [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ
10 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.
cumentalhealth.com/index.php?lay=show&
ac=article&Id=539909353](http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909353)