



การพัฒนาแบบสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชน

จักรวาล หารไชย
โรงพยาบาลกุมภวาปี อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี

Development of a Family Support Model for Families of Adolescence with Illicit Drug Use in the Community

Chakrawal Hanchai
Kumpawapi Hospital, Kumphawapi District, Udon Thani Province

Received: 4 March 2023 / Revised: 19 April 2023 / Accepted: 19 April 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ปัญหายาเสพติดพบมากในวัยรุ่นและส่งผลกระทบต่อตัวเองและครอบครัวอย่างมาก จึงนำมาซึ่งการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนครอบครัววัยรุ่นที่ติดยาเสพติดและต้องการสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง เพื่อมุ่งเน้นที่การสนับสนุนและช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด

วิธีการศึกษา: เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (Quasi-Experimental two-group pre-post test study design) เปรียบเทียบผลการศึกษาในเรื่อง ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เป็นสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมมีการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนและแบบประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS และคำถามเชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi square และ Repeated Measures ANOVA

ผลการศึกษา: จากผลการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภาวะสุขภาพ (คะแนนค่าเฉลี่ยจาก GHQ-28) คุณภาพชีวิต (คะแนนค่าเฉลี่ยจาก WHOQOL-BREF-THAI) ทศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด (คะแนนค่าเฉลี่ยจาก FAS) และการทำหน้าที่ของครอบครัว (คะแนนค่าเฉลี่ยจาก FFS) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.29, 0.29, 0.34 และ 0.30 ตามลำดับ

สรุป: รูปแบบสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนมีความเหมาะสม เพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด

คำสำคัญ: รูปแบบสนับสนุนครอบครัว, ครอบครัว, วัยรุ่น, ยาและสารเสพติด

Abstract

Background and Objectives: The effects of a family support program on family members of illicit drug users (IDUs) in terms of family members' health status, quality of life, attitude towards IDUs and family functioning.

Methods: Study participants were 60 family members of IDUs receiving treatment at Huaikoeng Udonthani Hospital. IDUs family members were randomly assigned to either the experimental or comparison group to form a group of 30 participants. Participants engaged into the treatment condition received intervention, whereas people in control trial were treated as usual, using standard care. Participants were assessed at 3 times; baseline, post intervention, and 1 month after intervention completion. Instruments of this study included The M-TFS, GHQ-28 questionnaires, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, and FFS. Semi-structure interview was also used. Data analyses were undertaken to obtain frequencies, percentages, means and standard deviations. Chi-square statistics and repeated measures ANOVA were performed for hypotheses testing.

Results: In comparison between the experimental and comarican goups the results showed that 1) mean health status score (CHQ-28) 2) mean quality of life score (WHOGOL-BREF-THAI) 3) mean attitude towards IDU. Score (FAS) and 4 mean family functioning scores (FFS) were all significantly lifferent with the effect sizes of 0.29, 0.29, 0.34 and 0.30, respectively.

Conclusion: The M-TFS was suitable to support family members of substance users. This program should be promoted to health professional

Keyword: development of a family support, families, adolescence, illicit drug use

บทนำ

ปัญหาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งต่อปัจเจกบุคคล และสังคมส่วนรวม และครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด ส่งผลให้เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีปัญหาเสพยาเสพติด สถานการณ์ปัจจุบันปัญหาเสพติดยังคงเป็นภัยร้ายแรงต่อโครงสร้างสังคมไทยและประเทศชาติ ซึ่งปัญหาเหล่านี้กำลังได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วน เนื่องจากผู้เสพยาและสารเสพติดทำให้เกิดความเสียหายหลายๆ ด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต โรคแทรกซ้อน ปัญหาครอบครัว ปัญหาความรุนแรง ปัญหาเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาความมั่นคงของประเทศชาติ ผู้ที่เสพยาและสารเสพติดส่วนหนึ่งได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ดังสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ 2559-2562 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นจำนวน 117,883 119,438 และ 145,264 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นสถิติที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การเสพยาบ้าในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตนเอง และผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพด้านสังคม โรงเรียน ด้านกฎหมาย อุบัติเหตุและอื่นๆ¹ ซึ่งผลเสียต่อตัวเอง ได้แก่ สมองถูกทำลายสูญเสียการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ทำร้ายคนอื่น และเมื่อเสพยาบ้าบ่อยๆ จะทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง และเสียสติ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวเสียชื่อเสียง สูญเสียรายได้ เกิดการโกหก ลักขโมย ทำให้ครอบครัวเกิดการทะเลาะ เบาะแว้ง และเกิดความขัดแย้งกัน ในครอบครัว และเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวตามมา ซึ่งจากสาเหตุของการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่กล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีความสำคัญที่ควรเร่งแก้ไขปัญหาและจำเป็นต้องจัดกระทำกับสาเหตุทั้ง 3 ปัจจัยไปพร้อมๆ คือ ด้านตัวบุคคล ด้านตัวสารเสพติด และปัจจัยด้านครอบครัว ดังนั้นแนวทางในการบำบัดรักษาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมแบบองค์รวม²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในสถานบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดตามภูมิภาคต่างๆ การดูแลจะเน้นที่ตัวผู้ติดยาและสารเสพติดมากกว่าครอบครัว ทำให้บางครั้งครอบครัวไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย เมื่อกลับไปในสภาพแวดล้อมเดิมทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาและสารเสพติดเหมือนเดิม และยังไม่พบสถานบำบัดรักษาเสพยาเสพติดในประเทศไทยที่มีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้เสพยาและสารเสพติด

การพัฒนาแบบสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนโรงพยาบาลห้วยเก็ง เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวใช้สารเสพติด ที่รับการบำบัดในโรงพยาบาลห้วยเก็ง

โปรแกรมบำบัดนี้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดสำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีค่อนข้างจำกัด ส่วนมากมุ่งเน้นที่การบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยตรง และครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมักจะถูกมองข้าม ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมีปัญหาทางสังคมเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติด ในชุมชนในโรงพยาบาลห้วยเก็ง ตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมคือ ภาวะสุขภาพ ระดับคุณภาพชีวิตทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ติดยาเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชน

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษาแบบ pre -post test design with controlled trial โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง หมายถึงกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดที่ประยุกต์มาใช้ในการศึกษานี้ และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (standard care) มีแบบประเมินก่อนและหลังการทดลอง (pre and post intervention) การประเมินผลประสิทธิผลของโปรแกรมมีการประเมินผลเชิงปริมาณได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพ 2) คุณภาพชีวิต 3) ทัศนคติของครอบครัวต่อผู้ติดยาเสพติด 4) การทำหน้าที่ของครอบครัว นอกจากนี้มีการวัดผลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์และใช้คำถามเชิงโครงสร้าง (Structured question interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณค่า effect size จากผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยการคำนวณขนาด effect size ของงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้เครื่องมือเหมือนกันและมีความใกล้เคียงกับการศึกษานี้ได้ค่า effect size = 0.80³ จากนั้นนำค่า Effect size มาเปิดตาราง เพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย กำหนด $\alpha = 0.05$ Power Analysis = 0.80 (Cohen, 1977 cited in Polit, 1996, p.141) และ effect size = 0.80 เปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 รายต่อกลุ่ม (Polit, 1996, p. 143) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 ราย เนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า drop out rate ของงานวิจัยเชิงทดลองพบประมาณร้อยละ 20 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวจากงานวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยทั้งสิ้น 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ block of 4 ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

เครื่องมือวิจัย

โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชน และแบบประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย แบบสอบถามสุขภาพ (GHQ-28) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) แบบวัดทัศนคติของครอบครัว (FAS) แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว (FFS) และคำถามเชิงโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้เข้าและสารเสพติด ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ และผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบโปรแกรม เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิด้านจรรยาบรรณของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้เสนอขอรับรองจรรยาบรรณโครงการวิจัยจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ เลขที่ 006/2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวผู้ติดยาและสารเสพติดเข้าร่วมงานวิจัย 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย คือ กลุ่มทดลองและควบคุม 3) กลุ่มทดลองแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย กลุ่มย่อยละ 7-8 ราย โดยแต่ละกลุ่มย่อย จะได้รับการบำบัดโดยการเข้าร่วมโปรแกรมเหมือนกัน และต้องเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแล

ตามปกติ (standard care) ของโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง 4) ประเมินผลโปรแกรมโดย ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS ครั้งที่ 2 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินด้วยคำถามเชิงโครงสร้างเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ประเมินเป็น Blind assessor ครั้งที่ 3 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมจะได้รับการประเมิน Thai GHQ-28, WHOQOL-BREF-THAI, FAS, FFS โดยใช้การสอบถามทางโทรศัพท์ (telephone interview) ผู้ประเมินเป็น blind assessor

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi square และ two way repeated measure ANOVA

ผลการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ โดยการทดสอบด้วย two way repeated measure ANOVA พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=11.45, p = .00) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.16 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพเมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) F=24.29, p < .001 (ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน (F=24.29, p < .001) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.25 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

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

*p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยการทดสอบด้วย two way repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($F = 1.34, p = 0.25$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.22 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($F = 23.09, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.29 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน ($F = 15.63, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.21 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

| ภาวะสุขภาพ | SS | df | MS | F | p-value | Partial η^2 |
|----------------------------|----------|--------|--------|-------|---------|------------------|
| กลุ่ม | 264.02 | 1 | 264.02 | 1.34 | 0.25 | 0.22 |
| เวลา | 829.81 | 1.85 | 448.48 | 23.09 | 0.00* | 0.29 |
| ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา | 561.92 | 1.85 | 303.69 | 15.63 | 0.00* | 0.21 |
| ความคลาดเคลื่อน | 2,083.97 | 107.31 | 19.42 | | | |

*p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบด้วย two way repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 15.35, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.25 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด เมื่อวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ $F = 24.21, p < .001$ ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.34 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน $F = 21.88, p < .001$ ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.32 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

| ภาวะสุขภาพ | SS | df | MS | F | p-value | Partial η^2 |
|----------------------------|-----------|-------|----------|-------|---------|------------------|
| กลุ่ม | 9,357.27 | 1 | 9,357.27 | 15.35 | 0.00* | 0.25 |
| เวลา | 6,286.27 | 1.3 | 4,574.86 | 24.21 | 0.00* | 0.34 |
| ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา | 5,681.02 | 1.3 | 4,134.10 | 21.88 | 0.00* | 0.32 |
| ความคลาดเคลื่อน | 12,203.36 | 64.52 | 188.96 | | | |

*p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบด้วย two way repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว ไม่แตกต่างกัน ($F = 15.35, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.46 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว เมื่อวัด

ในช่วงเวลาที่ต่างกันคือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.17, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.30 นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละเวลาของการวัดที่ต่างกัน ($F = 21.33, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (effect size) มีค่าเท่ากับ 0.27 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผล

| ภาวะสุขภาพ | SS | df | MS | F | p -value | Partial η^2 |
|----------------------------|-----------|-------|----------|-------|----------|------------------|
| กลุ่ม | 1,105.09 | 1 | 1,105.09 | 15.35 | 0.10 | 0.46 |
| เวลา | 390.03 | 1.7 | 230.01 | 25.17 | 0.00* | 0.30 |
| ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม * เวลา | 5,681.02 | 1.3 | 4,134.10 | 21.33 | 0.00* | 0.27 |
| ความคลาดเคลื่อน | 12,203.36 | 64.52 | 188.96 | | | |

*p < .05

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาผลการศึกษาในแต่ละประเด็นพบว่ามียารายละเอียดดังนี้

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนต่อภาวะสุขภาพพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนกลุ่มทดลองมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนมีการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดและได้ระบายความรู้สึก แบ่งปันประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับสมาชิกคนอื่นๆ และการแสดงออกถึงความเข้าใจกัน สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ ที่พบว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดความรู้สึกร่วม (group cohesion) โดยการที่สมาชิกมีการแสดงออกถึงการเข้าใจกันและกัน (empathy) และมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก (positive change) โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรมและทัศนคติ ในเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเองดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองมากขึ้น มีสุขภาพจิตดีขึ้น

นอกจากนั้นยังพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (positive change) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรม ในเรื่องการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเอง รวมทั้งการเกิดเครือข่ายความช่วยเหลือในกลุ่มเพื่อนและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นที่พึ่งได้ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนั้นยังพบความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในงานวิจัยที่ใช้ the 5 step method และ CRAFT program ในประเทศต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ใช้ the 5-step method มีการรายงานผลเกี่ยวกับการมีสุขภาพด้านร่างกายที่ดีขึ้นและมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น⁴ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของการใช้ โปรแกรม CRAFT ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตดีขึ้นภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม⁶⁻⁸

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ติดยาเสพติด โดยส่งผลต่อการปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนต่อทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด พบว่าโดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษาด้านทัศนคติที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติดและการทำหน้าที่ของครอบครัวอธิบายได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งทางด้านพฤติกรรมและทัศนคติ ในเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเอง การปรับทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดในทิศทางที่ดีขึ้น และปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติดให้ลดแรงปะทะ และก่อให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกันตามมา การเข้าร่วมกลุ่มยังก่อให้เกิดคุณค่าของการสร้างเครือข่าย โดยมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกดีร่วมกัน (group cohesion) ซึ่งเกิดจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเล่าประสบการณ์ต่างๆ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดการเรียนรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มและนำกลับไปใช้ในการแสดงบทบาทและหน้าที่ของตนเอง (positive transformations in their life) ที่ทำให้เกิดการแสดงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวมีทิศทางที่ดีขึ้นได้

ส่วนในระยะติดตามผลของโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติด และการทำหน้าที่ของครอบครัวในระยะติดตามผลและระยะหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมยังมีข้อจำกัดในการทำให้การคงอยู่ของพฤติกรรมยังยืนต่อไป ซึ่งอาจเกิดจากการที่ กลุ่มตัวอย่างกับผู้ใช้สารเสพติดกลับไปอยู่ร่วมกันในครอบครัวและอาจมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด^{8,11,12} กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดเพียงระยะเวลาสั้นๆ และไม่มีโปรแกรมต่อเนื่อง จึงทำให้การคงอยู่ของความสามารถในการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้สารเสพติดเป็นแบบไม่ยั่งยืน จึงควรมีการพิจารณาการดูแลเพิ่มเติมต่างๆ เช่น การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพ หรือการกลับมาเข้ากลุ่มอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเพื่อประเมินความช่วยเหลือเพิ่มเติมและเติมเต็มในส่วนที่ขาด (booster program)

สรุป

รูปแบบสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนไม่ได้มุ่งเน้นการลดการเสพยาเสพติดของผู้ใช้สารเสพติดจึงไม่ได้มีการติดตามและรายงานผลการลดการเสพยาเสพติด เนื่องจากผู้บำบัดของโรงพยาบาลห้วยแก้วเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและมีกระบวนการในการรักษาและดูแลที่เฉพาะที่มุ่งเน้นการบำบัดสำหรับผู้ใช้สารเสพติดเอง โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวที่มีวัยรุ่นติดยาและสารเสพติดในชุมชนจึงนำมาใช้สำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติด เพื่อมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด ลดภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้สารเสพติด โดยมุ่งหวังให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี และเมื่อเกิดความเข้มแข็งขึ้น ครอบครัวจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Canton H. United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. In the Europa Directory of International Organizations 2021:240-4. Routledge. doi.org/10.4324/9781003179900-33
2. Addington J, Piskulic D, Devoe DJ, Santesteban-Echarri O, Stowkowy J. Indicated prevention in psychosis risk-psychological approaches. Risk Factors for Psychosis; 2020:351-70. doi.org/10.1016/B978-0-12-813201-2.00018-1
3. Khamchiangta A, Kavanagh DJ, Shochet. Thai family support (TFS): working with families of young substance users in primary health care. [PhD Thesis]. Queensland University of Technology; 2012.

4. Velleman R, Arcidiacono C, Procentese F, Copello A, Sarnacchiaro P. A 5-step intervention to help family members in Italy who live with substance misusers. J Mental Health 2008;17(6):643-55. doi.org/10.1080/09638230701677761
5. Copello A, Templeton L, Orford J, Velleman R. The 5-Step Method: Evidence of gains for affected family members. Drugs: Education, Prevention & Policy. 2010;17(sup1):100-12. doi.org/10.3109/09687637.2010.514234
6. Salomonsen-Sautel S, Sakai JT, Thurstone C, Corley R, Hopfer C. Medical marijuana use among adolescents in substance abuse treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51(7):694-702. doi.org/10.1016/j.jaac.2012.04.004
7. Viets VL. CRAFT: Helping Latino families concerned about a loved one. Alcoholism Treatment Quarterly. 2007;25(4):111-23. doi.org/10.1300/J020v25n04_08
8. McCann TV, Polacsek M, Lubman DI. Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: a qualitative study. Scand J Caring Sci 2019;33(4):902-11. doi.org/10.1111/scs.12688
9. Lewis P. Supporting the families of young people with problematic drug use: Investigating support options; 2008.
10. Copello A, Templeton L, Orford J, Velleman R, Patel A, Moore L, MacLeod J, Godfrey C. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. Addiction; 2009;104(1):49-58. doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x
11. Orford J, Natera G, Copello A, Atkinson C, Mora J, Velleman R, et al. Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures. Routledge; 2013 Jan 11. doi.org/10.4324/9780203759608
12. Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton L, Ilanga A. The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. Drugs: Education, Prevention and Policy. 2010;17(sup1):44-62. doi.org/10.3109/09687637.2010.514192

