

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดปัตตานีและศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดสงขลา ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2547 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2548 จำนวน 197 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำโดยรวมและรายด้าน ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.4 พบว่าเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.16 ปี (S.D. = 9.93) โดยร้อยละ 67.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 60 ปี ร้อยละ 62.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.3 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 40.1 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.5 ประกอบอาชีพการเกษตร ร้อยละ 46.7 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 51.3 ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีหนี้สิน ร้อยละ 54.8 พบว่าลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 52.8 มีจำนวนสมาชิกทั้งหมดไม่เกิน 5 คน ร้อยละ 73.6 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา ร้อยละ 52.8 มีความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความรักใคร่ช่วยเหลือกันดี ร้อยละ 74.1 มีความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยในครั้งนี้ว่าผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ และร้อยละ 77.2 พบว่าด้านผลกระทบต่อครอบครัวที่เกิดจากปัญหาการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกทำให้สุขภาพจิตแย่ (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย ของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 197$)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	119	60.4
ชาย	78	39.6
อายุ ($\bar{X} = 44.15$, S.D. = 9.92, range = 19-69)		
ไม่เกิน 40	56	28.4
41 – 60 ปี	133	67.5
มากกว่า 60ปี	8	4.1
ศาสนา		
พุทธ	124	62.9
อิสลาม	73	37.3
สถานภาพสมรส		
คู่	170	86.3
หย่า/แยกกันอยู่/ม้าย	17	8.6
โสด	10	5.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่เรียนหนังสือ	11	5.6
ประถมศึกษา	79	40.1
มัธยมศึกษา	66	33.5
อนุปริญญา	26	13.2
ปริญญาตรี	15	7.6
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้าน	14	7.1
เกษตรกรกรรม	68	34.5
รับจ้าง/ พนักงานบริษัท	59	29.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	24.4
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	4.1

ตาราง 1(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (Med =20,000, range = 3,000–50,000)		
ต่ำกว่า 5,000บาท	28	14.2
5,001–10,000 บาท	92	46.7
มากกว่า10,001 บาท	77	39.1
ความเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัว		
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	101	51.3
พอกินพอใช้ไม่มีหนี้สิน	87	44.2
เพียงพอและเหลือเก็บ	9	4.6
ขนาดครอบครัว (\bar{X} = 6.08, S.D. = 2.50 , range = 2-17)		
ไม่เกิน 5 คน	104	52.8
6-10 คน	81	41.1
11 –15 คน	11	5.6
16 คนขึ้นไป	1	0.5
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	108	54.8
ครอบครัวขยาย	89	45.2
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามกับผู้ป่วย		
เป็นบิดามารดา	145	73.6
เป็นภรรยา	24	12.2
เป็นพี่น้อง	23	11.7
เป็นญาติ	5	2.5
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
รักใคร่ช่วยเหลือกันดี	104	52.8
ทะเลาะกันบางครั้งแต่ไม่บ่อย	82	41.6
ไม่ราบรื่นทะเลาะกันบ่อย	11	5.6
ความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัดรักษา		
ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้	146	74.1
ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้บ้าง	19	9.6

ตาราง 1(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาเสพติดได้	32	16.2
ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเสพติด		
ทำให้สุขภาพจิตแย่	152	77.2
ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย	40	20.3
เคยได้รับอันตรายจากการทำร้ายร่างกาย	5	2.5

1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งนี้ของผู้ป่วย

แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 61.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดหลักโดยใช้เป็นประจำ ร้อยละ 80.7 เข้าสู่การบำบัดโดยการบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 3.9 ปี (S.D.= 4.08) ร้อยละ 80.7 อยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาเฉลี่ย 1.67 ครั้ง (S.D.=1.73) ร้อยละ 74.1 พบว่าเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาจนถึงวันให้ข้อมูล เฉลี่ย 52.3 วัน (S.D.= 27.9) ร้อยละ 39 อยู่ระหว่าง 31- 60 วัน (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วย (N = 197)

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาเสพติดหลักที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ		
ยาบ้า	121	61.4
กัญชา	41	20.8
เฮโรอีน	24	12.2
เหล้า	9	4.6
การเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดย		
บังคับรักษาตามพระราชบัญญัติ	159	80.7
สมัครใจรักษา	38	19.3
ระยะเวลาการติดยาเสพติดของผู้ป่วย (\bar{X} = 3.90, S.D. = 4.08, range = 1-20)		
1-5 ปี	159	80.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดและการเข้ารับการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 5 ปี	38	19.3
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.37$, S.D. = .74, range = 1-10)		
ครั้งที่ 1	146	74.1
2-3 ครั้ง	38	19.3
4-5 ครั้ง	4	2.0
มากกว่า 6 ครั้ง	9	4.6
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงวันให้ข้อมูล ($\bar{X} = 52.39$, S.D. = 27.90, range = 15-122)		
ต่ำกว่า 31 วัน	57	28.9
31-60 วัน	78	39.6
61-90 วัน	38	19.3
มากกว่า 90 วัน	24	12.2

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวพบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.33) พฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.68$, S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการทำหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.44) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.50$, S.D. = 0.50) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ($N = 197$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. การรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว	0-4	2.86	0.33	มาก
2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ	0-4	2.68	0.46	มาก
2.1 การทำหน้าที่ของครอบครัว	0-4	2.72	0.44	มาก
2.2 การเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	0-4	2.50	0.50	ปานกลาง

ส่วนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.37$) และพบว่า การปฏิบัติ ของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวรายด้าน คือการทำหน้าที่ครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.30$, $r = 0.29$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด (N = 197)

ตัวแปรที่ศึกษา	การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว	ขนาดความสัมพันธ์
1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ	0.37**	ปานกลาง
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว	0.30**	ปานกลาง
3. การเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	0.29**	ต่ำ

** p < 0.01

อภิปรายผล

ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายโดยเน้นวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นหลักและนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมาร่วมอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่เสพยาเสพติดยาบ้า (สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2545) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ยาเสพติดดังกล่าว สถาบันวิจัยยาเสพติดซึ่งเป็นแม่ข่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดและมีนโยบายให้ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดส่วนภูมิภาคมีการพัฒนาคุณภาพบริการ และเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้ปรับปรุงรูปแบบการบำบัดรักษาาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสม และสร้างรูปแบบการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับการแพร่ระบาดของยาเสพติด ปรับปรุงให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา (นิภา, 2544; สถาบันวิจัยยาเสพติด, 2547) เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้บำบัดรักษายาเสพติดที่ดีที่สุด

เพราะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยทั้งก่อนบำบัดรักษาขณะบำบัดรักษาและหลังการบำบัดรักษา (วันเพ็ญ, 2545) ทำให้พยาบาลของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดในภาคใต้ ซึ่งเป็นเครือข่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดโดยตรงให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือการให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น ตลอดจนได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทำให้สามารถปฏิบัติงานที่ตนเองรับผิดชอบตามขอบเขตความรู้ความสามารถทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ได้ถึงแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยพยาบาลเปิดโอกาสอย่างเต็มที่ให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นที่เสนอมา ใช้วิธีการจูงใจ การให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยอีกทั้งเปิดโอกาสให้มีการ ตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้บำบัด ครอบครัวและผู้ป่วย และผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติของพยาบาลที่ครอบครัวรับรู้ได้มาก 3 อันดับแรก คือ พยาบาลได้ให้กำลังใจครอบครัวในการบำบัดรักษาสมาชิกครอบครัวที่ติดยาเสพติด พยาบาลแจ้งให้ครอบครัวทราบวันเวลาสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและพยาบาลชี้แจงเหตุผลความจำเป็นที่ครอบครัวต้องเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา (ภาคผนวก ก ตาราง 5) ซึ่งการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเช่นนี้ อาจเป็นปัจจัยทำให้ครอบครัวมองเห็นการปฏิบัติของพยาบาลในส่วนนี้มากขึ้น เพราะเมื่อใดที่บุคคลมีข้อมูลป้อนเข้ามา กลไกการรับรู้จะเลือกข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความต้องการและความเข้าใจของตนเอง ขณะเดียวกันก็จะปฏิเสธข้อมูลที่ไม่ต้องการหรือไม่พอใจ (Fremont & Rosenzweig, 1985) เนื่องจากการที่บุคคลมีจิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดย่อมทำให้การสัมผัสถูกต้องชัดเจน การรับรู้ก็จะชัดเจนตามด้วย (สุชา, 2541) ประกอบกับครอบครัวได้ให้คุณค่าแก่การปฏิบัติของพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการให้คุณค่ามีผลต่อการรับรู้ เพิ่มความสนใจ และใส่ใจต่อสิ่งที่จะรับรู้ อีกทั้งการให้คุณค่ายังเป็นตัวกำหนดทัศนคติของบุคคลอีกด้วย (กันยา, 2544; วิภาพร, ม.ป.ป.) ประกอบกับร้อยละ 74 ครอบครัวมีความคาดหวังเกี่ยวกับการบำบัดรักษาครั้งนี้ของผู้ป่วยว่าสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ จากความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวเตรียมพร้อมในการรับรู้สิ่งใหม่ๆ (กันยา, 2544; วิภาพร, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ปัจจุบันครอบครัวอาจได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจากสื่อต่างๆ ทำให้ครอบครัวมีความรู้เดิมซึ่งเป็นประสบการณ์ที่อาจส่งผลให้ครอบครัวนำมาเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่ที่ได้รับจากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลให้เกิดสามารถแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับได้ดีขึ้น เพราะประสบการณ์เดิมช่วยให้บุคคลแปลความของสิ่งเร้าใหม่ได้ดี (วิภาพร, ม.ป.ป.) จากเหตุผลดังกล่าวน่าจะเป็นส่วนผลักดันให้ครอบครัวรับรู้ได้ว่าพยาบาลปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ในการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ได้รับความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว

2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าร้อยละ 52 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่ช่วยเหลือกันดี (ตาราง 1) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้เป็นที่ยอมรับ สมาชิกครอบครัวไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความผูกพัน จากความสำคัญดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่ามีความค่าก่อก่อให้เกิดกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับยาเสพติดได้ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำได้ดีด้วย เพราะบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ จนเกิดความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและและรู้คุณค่า (ขวัญหทัย, 2544) ที่สำคัญพบว่าครอบครัวผู้ติดยาเสพติดถึงร้อยละ 74 มีความคาดหวังต่อผู้ป่วยว่าจะสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ (ตาราง 2) ซึ่งความคาดหวังเหล่านี้อาจเป็นแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1998) ที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ ความคิด ความคาดหวังและค่านิยมของบุคคลนั้นเองและยังสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ว่าเมื่อบุคคลรับรู้สิ่งที ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองจะมีปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งเรานั้นและส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในทางที่ดีด้วย (นิภา, 2544; วันเพ็ญ, 2547; สถาบันธัญญารักษ์, 2547) อีกทั้งการจัดให้ครอบครัวเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มต่างๆ ทำให้ ครอบครัวมีโอกาสได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ระหว่างกลุ่มญาติของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อที่แต่ละครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษาและนำแนวทางปฏิบัติ ไปใช้กับครอบครัวของตนเองเป็นการใช้ตัวแบบหรือการสังเกตผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา ที่ว่าผู้ที่สังเกตพฤติกรรมผู้อื่นจะได้ประสบการณ์ทางอ้อม เกิดความคิดคล้ายตาม ผู้ที่ตนคิดว่าประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เช่นเดียวกัน (แบนดูรา, 1997)

เมื่อพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำในแต่ละด้านพบว่าครอบครัวผู้ติดยาเสพติดรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว อยู่ในระดับมาก (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะครอบครัวมีความตระหนักและเห็นคุณค่าของการทำหน้าที่ของครอบครัวจากการได้รับรู้จากการปฏิบัติของพยาบาลทำให้มีความเข้าใจวิธีปฏิบัติ ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากความรู้ก่อให้เกิดความคิด การจูงใจ ให้มีความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรม และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ทิพย์ฉาพร, 2546) อีกทั้งการปฏิบัติของพยาบาลในการ ชี้แนะต่างๆ ส่งผลให้พฤติกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัวดีได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูราที่ว่า คำพูดชักจูงหรือการชี้แนะ เป็นการบอกว่าคุณคนมีความสามารถที่ประสบความสำเร็จได้ ก่อให้เกิดการ

รับรู้ความสามารถเกิดขึ้น หากบุคคลเชื่อว่าสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ก็จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี (แบนดูรา, 1997) จากที่กล่าวมาทั้งการได้รับความรู้และการเชื่อในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ครอบครัวคิดว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกได้ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก (ตาราง 2) ซึ่งเป็นความหวังสูงสุดของครอบครัว จึงเป็นไปได้ว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวมากขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา ที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อในความสามารถของตน หากบุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดได้ จะส่งผลให้นำไปสู่การปฏิบัติจริง (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง (ปัญจรัตน์, 2546) และผู้ป่วยถึงร้อยละ 74 เข้ามารับการบำบัดในครั้งที่ 1 ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความล้มเหลวจากการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ หลังการรักษา ซึ่งการเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งแรกอาจทำให้ครอบครัวหันกลับมาพิจารณาการทำหน้าที่ของครอบครัวในอดีตมากขึ้น เพราะการเข้ารับการบำบัดหลายครั้งหรือมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเป็นเวลานาน ทำให้ญาติเกิดความเบื่อหน่าย ทอดทิ้งผู้ป่วยจากความเหน็ดเหนื่อยกับการพยายามรักษา หลายวิธี เป็นเวลานานแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ (ทิพาวดี, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันธนา และ เขาวเรศ (2546) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยติดยาเสพติดมีอาการทางจิต ที่เข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ พบว่า ญาติมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลผู้ติดยาเสพติดหรือดูแลไม่เต็มที่เท่าที่ควร

ส่วนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3) อาจเป็นเพราะจากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 80 ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาโดยวิธีบังคับรักษาโดยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา พ.ศ. 2545 อีกทั้งเกือบครึ่งพบว่ารายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ยังพบว่ารายได้ครอบครัวไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน ซึ่งการเข้ารับการบำบัดรักษาในลักษณะบังคับรักษาทำให้ครอบครัวรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรของราชการในการจัดการรักษามากกว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวในการเข้ามาจัดการ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบในรายละเอียดว่าจะแนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดำเนินเรื่อง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รองลงมาคือครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยพร้อมที่ออกไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคม (ภาคผนวก ก ตาราง 6) และในการเข้าร่วมกิจกรรมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางลักษณะรายได้ไม่เพียงพออาจส่งผลให้การเดินทางมาสถานบำบัดไม่สะดวกได้ และส่วนใหญ่ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจนถึงวันที่ครอบครัวให้ข้อมูลอยู่ในช่วง 31-60 วัน (ตาราง 2) อธิบายได้ว่าจากแนวคิดการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดสารเสพติด ว่าการที่นักครอบครัวมาเพียงครั้งสองครั้งแล้วพุดคุยให้คำแนะนำการปฏิบัติตนยังไม่เพียงพอและยังไม่เรียกว่าเป็นการให้การปรึกษา

แก่ครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง (ทิพาวดี ,2545) ดังนั้นระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว ผู้ติดยาเสพติดพบว่าอยู่ในระยะ 1-2 เดือนแรกและโดยระบบบังคับรักษาผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดอย่างน้อย 4 เดือน ครอบครัวจึงไม่สามารถร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ในระดับปานกลางได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของ ครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด (ตาราง 4) กล่าวคือ หากครอบครัวที่มีการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากจะทำให้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำมากด้วย หากครอบครัวที่มีการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยจะทำให้พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำน้อยเช่นเดียวกัน อาจเป็นไปได้ว่าจากผลการวิจัยครั้งนี้ในรายละเอียด พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อให้ครอบครัวทราบว่าจำเป็นต้องช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำและการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้อาจมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครอบครัวได้ เนื่องจาก ความรู้ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ก่อให้เกิดความคิด ให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น (ทิพย์ภาพร, 2546) ดังการศึกษา ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่านักเรียนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดมีแนวโน้มต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดน้อยกว่านักเรียนที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติด (นิภารัตน์, 2540) สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าสมาชิกกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการ วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านแตกต่างกัน โดยสมาชิกที่ได้คะแนนความรู้ความเข้าใจสูงกว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากกว่า (ทิพย์วรรณ, 2535) สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการกำหนดปรัชญาการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ของผู้บริหารการพยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับปรัชญาการพยาบาล มีความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้บริหารที่เคยผ่านการอบรม

มีความรู้และการปฏิบัติสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับปรัชญาการพยาบาล (รัชตวรรณ, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับข่าวสารมีผลให้บุคคลเกิดความรู้ซึ่งผลต่อพฤติกรรมบุคคลเช่นกัน ดังการศึกษาการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสงขลาเมืองน่าอยู่ของเทศบาลนครสงขลา จังหวัดสงขลา ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร ผู้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากจะมีส่วนร่วมในโครงการสงขลาเมืองน่าอยู่มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อย (จุฑารัตน์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่าการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง (จันทิมา, 2543) เช่นเดียวกับศึกษาการมีส่วนร่วมของนักเรียนมัธยมศึกษาในกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พบว่า การได้รับข่าวสารการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษา (เครือวัลย์, 2545) และการศึกษา ปัจจัยในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินโครงการ ของผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากจะเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโครงการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้ามากกว่าผู้ที่ได้รับข่าวสารน้อย (วิไลวรรณ, 2542)

และผลการวิจัยยังพบว่า ครอบครัวรับรู้ว่าจะพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านให้กำลังใจครอบครัวมากที่สุด (ภาคผนวก ก ตาราง 5) เนื่องจากการได้รับกำลังใจเป็นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ ที่ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ จากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าก่อให้เกิดการยอมรับ อีกทั้งพบว่า พยาบาลได้แจ้งให้ครอบครัวทราบถึงวันเวลาสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมและได้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นให้ครอบครัวทราบว่าต้องเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (ภาคผนวก ก ตาราง 5) สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ทำให้ครอบครัวรู้สึกมีความมั่นใจมากจากการได้รับคำแนะนำ มีแนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น อาจมีผลให้ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากเช่นกัน เพราะหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์และและด้านข้อมูลข่าวสารตามที่บุคคลต้องการ ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เกิดกำลังใจและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความรู้สึกเหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้บุคคลพยายามปรับปรุงตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้มากที่สุด (ขวัญหทัย, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวการศึกษา ผลของตัวบ่งชี้ทางจิตสังคมและปริมาณการทำนายพฤติกรรมใฝ่รู้ของนักศึกษาครู พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมใฝ่รู้ของนักศึกษาครู โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมใฝ่รู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (พรพรรณ, นีออน และ พรณทิวา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่ดีด้วย และเมื่อ

ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อย (เขาวภา, 2545) เช่นเดียวกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทักษะคิดของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าถ้าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีทักษะคิดต่อการควบคุมการพยาบาลดี จะมีแนวโน้มว่าในการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลมากเช่นกัน (สุรีย์, 2542)

จากผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นไปได้ว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้ศึกษาเพิ่มเติมในการวิเคราะห์ค่าไค-สแควร์ พบว่า การนับถือศาสนาต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยพบว่าครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ภาคผนวก ก ตาราง 8) อาจเป็นไปได้ว่าครอบครัวส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยส่วนใหญ่เป็นที่ทราบกันดีว่า ชาวมุสลิม มักใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสาร จึงเป็นไปได้ว่า การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไม่สามารถสื่อสารให้ครอบครัวบางส่วนเข้าใจได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวรายด้านพบว่า การรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (p < 0.01) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน อาจเป็นไปได้ว่าการกระตุ้น การให้กำลังใจ การสร้างความมั่นใจที่ได้รับจากพยาบาลทำให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรม ตามแนวคิดของเบนดูราที่ว่า การรับรู้ความสามารถของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมโดยอาศัยปัจจัย 2 ด้าน คือ การคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นและบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ ซึ่งเบนดูราเชื่อว่ามีผลสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้ (เบนดูรา, 1997) จะเห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ ดังการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาโรฮีน ตามทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเองของเบนดูราที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาโรฮีน ความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาโรฮีนของผู้เลิกเสพยาโรฮีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศึกษารักษ์ พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาโรฮีนสูง และมีความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาโรฮีนสูง มีแนวโน้มในการเลิกเสพยาโรฮีนได้มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการเลิกเสพยาโรอินต่ำ (ศศิธร, 2541)

ส่วนการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ($p < 0.01$) (ตาราง 4) กล่าวคือ การรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันแสดงว่าครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมีการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว จากการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลบางประเด็น โดยการให้ความรู้และให้การปรึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการทำหน้าที่ครอบครัว มีผลให้พฤติกรรมของครอบครัวดีขึ้น เนื่องจากทัศนคติเป็นตัวผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (วิภาพร, ม.ป.ป.) ซึ่งจากผลการวิจัยในรายละเอียดพบว่า ในข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ครอบครัวมีพฤติกรรมการทำหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับมากถึง 22 ข้อ (ภาคผนวก ก ตาราง 5) ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดให้โทษของนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดได้ดีด้วย ผู้ศึกษาเสนอแนะให้ส่งเสริมและปลูกฝังทัศนคติให้ดียิ่งขึ้นและกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันยาเสพติด (ดวงสิทธิ์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบำบัดรักษาของผู้เสพยาโรอิน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี พบว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับเฮโรอินทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ที่มีต่อเฮโรอินสูงกว่าก่อนทดลอง (คุชณี, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่สถาบันธัญญารักษ์ พบว่าจะเน้นเฉลี่ยหลังจากที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัว (สำเนา และ สุกมา, 2546) และยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นก่อนทดลอง (ปัญญารัตน์, 2546)

แสดงให้เห็นว่าการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ จึงเป็นไปได้ว่าการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนักและเห็นคุณค่าของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ