

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษา การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัว ผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานีและศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อเรื่อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

1.1 สาเหตุของเสพยาเสพติดซ้ำ

1.2 การป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตาม

การรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

2.4 การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

2.4.1 การให้ความรู้

2.4.2 การให้การปรึกษา

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

3.1 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3.1.1 การเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา

3.1.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

4. สัมพันธระหว่งการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

5. บริบทของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานีและศูนย์บำบัดรักษาเสพติดสงขลา และ

รูปแบบการบำบัดรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำจะศึกษาครอบคลุมถึง สาเหตุของการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เพื่อจะได้ทราบว่าแนวทางใดที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

1. สาเหตุของการเสพยาเสพติดซ้ำ

สาเหตุที่แท้จริงที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดไม่มีผู้ใดสามารถอธิบายได้ชัดเจน ต้องใช้หลายๆ ทฤษฎีร่วมกันอธิบายถึงจะครอบคลุม (สุวินัย, 2445) อาจเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพจิต อาชีพ สุขภาพ และปัญหาทางสังคม (National Institute on Drug Abuse, 2001) หรือมาจากสาเหตุจากพิษของตัวยาเสพติด กระบวนการ ประสาทการณ และสิ่งแวดล้อม (Goldstein & Volkow, 2002) และสาเหตุการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมหลายปัจจัยร่วมกัน (สำนักงาน ป.ป.ส., 2545) นับว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากผู้ป่วยที่รับการบำบัดแล้วจะกลับไปติดยาแล้วซ้ำอีก (ภานพวงศ์, 2543; National Institute on Drug Abuse, 2001) ดังนั้นในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดลงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของหลายๆ ฝ่าย ตั้งแต่ตัวผู้เสพยาเสพติด ครอบครัว สังคม ชุมชน โรงเรียน ผู้นำ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนสถานบำบัดรักษา ยาเสพติดต่างๆ เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าการติดยาเสพติดเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่มีโอกาสกลับไปเสพยาซ้ำได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการค้นหาสาเหตุของการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (Daley & Marlatt, 1997) เพื่อจะได้หามาตรการป้องกัน จากการศึกษาพบว่าสาเหตุการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น แต่มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุผสมผสานกัน จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพอสรุปปัจจัยที่เป็นสาเหตุการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหากอาศัยแนวคิดทางระบาดวิทยา แบ่งเป็น ตัวยาและฤทธิ์ของยาเสพติด (agent) ตัวผู้เสพ (host) และสิ่งแวดล้อม (environment) ได้ดังนี้

1.1. ตัวยาและฤทธิ์ของยาเสพติด ปัจจุบันมีการค้นพบหลักฐานสำคัญที่เป็นสาเหตุของการติดยาเสพติด คือสาเหตุทางชีววิทยาและพันธุกรรม ทำให้มึมมอมง ผู้ติดยาเสพติดเปลี่ยนไป จากเดิมที่เคยมองว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นคนจิตใจอ่อนแอไม่เข้มแข็ง กลับทำให้มองด้วยความเห็นใจว่าเป็นโรคทางสมองที่เรื้อรังจะกลับมาเป็นซ้ำได้ (จรูญ, 2544; http://www.treatment.org/Taps/Tap11_chap9.html, 2004) การคิด เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่สมอง ซึ่งจริงๆ แล้วไม่ใช่เฉพาะการติดยาเสพติดเท่านั้น ยังมีการคิดอย่างอื่นอีกเช่น การคิดทางเพศ การคิดการพนัน สำหรับการติดยาเป็นกระบวนการต่อเนื่องเกิดขึ้นทีละน้อยจากการใช้ยาเป็นครั้งคราวสู่การใช้ถี่ขึ้นจนใช้ทุกวัน วันละหลายครั้ง (สุชาติ, 2544; Goldstein & Volkow, 2002) จากการเสพยาเสพติดเป็นเวลานานอย่าง ต่อเนื่องนี้เองมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในสมอง (National Institute on Drug Abuse, 2001) ซึ่งคุณสมบัติของยาเสพติดเมื่อถูกดูดซึมเข้าสู่สมองแล้ว จะไปกระตุ้นสมองบางแห่งทำให้การทำงานของศูนย์สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดการพึ่งพายาเสพติดสมองจึงจะสามารถทำงานได้ จึงเรียกว่า โรคสมองติดยา

(ทรงเกียรติ, ชาญวิทย์ และ สาวิตรี, 2543) ยาเสพติดทำให้สมองส่วนนอกที่ทำหน้าที่ในการคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดที่มีเหตุผลจะเสียไป ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาไม่เหมาะสมหรือพบว่า มีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมตนเองได้ยิ่งส่งผลทำให้เสพยาเสพติดบ่อยขึ้นและเมื่อใช้บ่อยจนติดทำให้ไม่สามารถเลิกเสพยาได้ (วารสารต่อต้านยาเสพติด, 2546) โดยเฉพาะ ยาเสพติดมีผลต่อสมองที่เกี่ยวข้องกับความทรงจำทำให้ผู้เสพยาเสพติดลืมไม่ลง (วาสนา, 2541; Giuffra, 1993) อีกทั้งเมื่อหยุดยาเสพติดระยะแรก จะพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ มีอาการทางร่างกาย ซึ่งขึ้นกับชนิด ขนาด และวิธีการเสพยาของยาเสพติดแต่ละชนิด ทำให้ผู้หยุดยาเสพติดเกิดความทุกข์ทรมาน จากอาการแสดงจนไม่สามารถทนได้ (วิโรจน์, 2544; Giuffra, 1993) ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นคุณสมบัติของตัวยาเสพติดที่มีผลต่อผู้เสพยาทำให้พบลักษณะอาการของการติดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ที่สำคัญและเป็นปัญหาสำคัญต่อการบำบัดรักษาคือลักษณะการติดทางด้านจิตใจ (มาโนช และ ปราโมทย์, 2542; นันธนา และ เขียวเรศ, 2546) ดังการศึกษา ประสิทธิภาพการให้การปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ พบว่า หลังจากได้รับคำปรึกษา ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้าระดับหนึ่ง แต่เพราะฤทธิ์ของยาเสพติด ทำให้ร่างกายมีอาการขาดยาและมีความต้องการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา (สุภากรณ์, 2546) นอกจากนี้ ยังพบว่ายาเสพติดบางชนิดผู้เสพยาใช้ฤทธิ์ของยาเสพติดในการรักษาโรค เมื่อหยุดจะทำให้มีอาการเจ็บป่วย เช่นการดัดการศึกษาศาเหตุการติดยาของผู้ติดยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาครอบกำหนด 21 วัน ที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าร้อยละ 70 กลับไปเสพยาเพราะมีอาการทางร่างกาย กลุ่มผู้เสพยาเหล่านั้นมีโรคประจำตัว จำเป็นต้องพึ่งพิงในการบำบัด (กาญจนา, 2543)

1.2. ตัวผู้เสพยา (Host) การที่ผู้หยุดยาเสพติดหันไปเสพยาเสพติด อีกหากพิจารณาตามระยะของการเลิกยาพบว่า

1.2.1 ระยะถอนยา (withdrawal stage) อยู่ในช่วงสัปดาห์แรก เมื่อหยุดเสพยาเสพติดระยะแรก จะพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือมีอาการทางร่างกาย ซึ่งขึ้นกับชนิด ขนาด และวิธีการเสพยาของยาเสพติดแต่ละชนิดด้วย ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น (วิโรจน์, 2544)

1.2.2 ระยะหยุดยาช่วงแรก (early abstinence / honeymoon stage) ระยะนี้ใช้เวลา 2-6 สัปดาห์ ในระยะแรกนี้ผู้เลิกยาเสพติดกลับรู้สึกที่ไม่อยากเสพยาอีก เกิดความมั่นใจมากเกินไป อารมณ์ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น รู้สึกมีพลังมากขึ้น อาการอยากยาลดลง และจะรู้สึกเหมือนว่าตนเองสามารถเอาชนะยาเสพติดได้แล้ว จากความมั่นใจที่มีมากเกินไปนี้เองทำให้หวนกลับไปเสพยาอีก

1.2.3 ระยะเลิกยาต่อเนื่องหรือระยะฝ่าอุปสรรค (protracted abstinence / the wall stage) ใช้เวลา 6-20 สัปดาห์ เป็นระยะที่มีความสำคัญที่สุดในการรักษาการติดยา เนื่องจากเป็นระยะที่เลิกยากมากที่สุด เสมือนเป็นการข้ามกำแพง หรือข้ามสิทันคร ผู้เลิกยาระยะนี้จะรู้สึกซึมเศร้า อยู่ไม่สุข ไม่มีสมาธิ ไม่มีพลัง และไม่มีความต้องการใดๆ ระยะนี้ ความรู้สึกมั่นใจลดลงจนต่ำกว่าปกติ กลายเป็นเกิด

ความไม่มั่นใจ ผู้เลิกยาจะรู้สึกหดรัดหลัง อารมณ์จะแปรปรวน จากเฉยชาไปถึงซึมเศร้าและอาจแยกตัว อาจมีอาการเบื่อหน่าย หลายๆ รายมีอาการอยากยากลับเพิ่มขึ้นมา ระยะนี้หากผู้ป่วยอยู่ในสถานบำบัด ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำได้

1.2.4 ระยะเวลาปรับตัว (adjustment / reduction stage) การเลิกยาเสพติดระยะสุดท้ายนี้ แม้ว่าอาการทางร่างกายและจิตใจจะลดลงกว่าระยะฝึอุปสรรค แต่ระยะนี้จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในระยะนี้คือ ผู้เลิกยาเสพติดคิดว่าตนเลิกยาได้แล้ว จึงใช้ชีวิตอย่างประมาท กลับเสพยาฯ ไปคบเพื่อนที่คิดยาส่งผลให้กลับไปติดซ้ำได้อีก (วิโรจน์, 2544)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยา (ชนวรรณ, 2538; สำนักงาน ป.ป.ส., 2546) และมีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (วาสนา, 2541; Giuffra, 1993) ดังการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐธัญรักษ์ พบว่าสาเหตุที่หันกลับไปเสพยาซ้ำส่วนใหญ่เนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็งพอ (นันทา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาผลการประยุกต์ Matrix Program บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาเสพติด พบว่าปัจจัยที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำคือการที่ผู้บำบัดไม่สามารถควบคุมอารมณ์และไม่สามารถหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้ (มาเรียม, 2546) ใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลรัฐธัญรักษ์ พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่เป็นตัวกำหนดการกลับไปติดซ้ำ ด้านตัวผู้ป่วยพบว่าผู้ติดยาเสพติดไม่มีความพร้อมด้านจิตใจ (สุพจน์, 2544) และจากการศึกษา ประสิทธิภาพการให้การปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมลดตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก สถาบันธัญรักษ์ พบว่า หลังจากได้รับคำปรึกษาผู้ป่วยสามารถลดตนเองในการเลิกเสพยาบ้าระดับหนึ่ง แต่เมื่อเจอตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการอยากยา ไม่สามารถยับยั้งความอยากได้ ทำให้มีการเสพยาซ้ำ เพราะฤทธิ์ของยาเสพติด ทำให้ร่างกายมีอาการขาดยาและมีความต้องการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น (สุภาภรณ์, 2546)

1.3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) จากการศึกษพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ เพื่อน การมีแหล่งยาเสพติดอยู่ในชุมชน ครอบครัว ดังนี้

1.3.1 เพื่อน ผู้ติดยาเสพติดมักคบกับเพื่อนที่ติดยาเสพติดเพราะทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่เข้าใจกัน มีพฤติกรรมเหมือนกัน การแยกตัวออกจากกลุ่มเดียวกันจึงทำได้ยาก (ประภาเพ็ญ และ สวิง, 2536) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐธัญรักษ์ พบว่านักเรียนที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีเพื่อนทั้งในและนอกโรงเรียนเสพยาบ้า (นันทา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำของผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐธัญรักษ์ จังหวัดปทุมธานี พบว่าสาเหตุการกลับไปติดซ้ำร้อยละ 54 เกิดจากเพื่อนชักจูง (ธชกานต์, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐธัญรักษ์ พบว่า

สาเหตุที่หันกลับไปเสพซ้ำส่วนหนึ่งยังมีเพื่อนหรือผู้ที่ใกล้ชิดที่ยังคงเสพยาบ้าอยู่ (นันทา, 2541)

1.3.2 การมีแหล่งยาในชุมชน เงื่อนไขทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีส่วนผลักดันให้บุคคลที่หยุดยาเสพติดแล้วหันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก (ชนวรรณ, 2538; สุพจน์, 2544; วาสนา, 2541) ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วหากกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้อาจเนื่องจากมีแหล่งขายยาเสพติดในชุมชน (นัทธี และ สุนนทิพย์, 2544; สำนักงาน ป.ป.ส., 2545) จากการศึกษาปัจจัยหายขาดและการติดซ้ำของผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ พบว่าผู้เสพยาเสพติดสามารถหาซื้อยาบ้าได้สะดวกโดยซื้อในชุมชน (กัลยา และ ปราณี, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาบ้าเสพติดประเภทเฮโรอีนของผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดจังหวัดปัตตานี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาบ้า ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การที่ผู้ติดยาเสพติดอาศัยอยู่ในแหล่งที่มีการจำหน่ายยาเสพติด (ผ่องพรรณ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาการตัดสินใจและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดซ้ำหลังเลิกพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดศึกษาเฉพาะกรณียาบ้าในเขตพื้นที่ 3 จังหวัด (ขอนแก่น ชัยภูมิ และเลย) พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวเร่งและเสริมแรงให้ตัดสินใจเสพยาบ้าซ้ำอีก คือสภาพแวดล้อมไม่ดีรอบตัวของผู้เสพยาบ้า ได้แก่ แหล่งผลิตผู้ขาย ผู้ซื้อ ผู้เสพอยู่ในชุมชน (สมนึก, 2541)

1.3.3 ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นทั้งแรงผลักดันที่ส่งผลให้บุคคลไปเสพยาเสพติดและเป็นแรงสำคัญในการช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก (นิภา, 2544; บุญเรือง, 2544; ปัญจรัตน์, 2546; วิทยเพ็ญ, 2547; สถาบันรัชญาญารักษ์, 2547; อุมพร, 2544; Walitzer, 1999) ถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการติดยาเสพติด คือสาเหตุเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรักความอบอุ่นในครอบครัว และปัญหาครอบครัวแตกแยก (สุจิต, 2544) หากครอบครัวไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุการติดยาเสพติดดังกล่าวและไม่ได้เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวทำให้ปัญหาการติดยาเสพติดยังคงอยู่ ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วก็จะกลับไปเสพยาซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการให้การปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ป่วยวัยรุ่น เสพติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก สถาบันรัชญาญารักษ์ พบว่าผู้ป่วยมีการกลับไปเสพยาซ้ำจากการได้รับแรงกระตุ้น หรือแรงสนับสนุนทางลบจากครอบครัว เช่น คำพูดด้านลบ การไม่ไว้วางใจจากครอบครัว (สุภาภรณ์, 2546) และสอดคล้องกับการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดให้โทษประเภทสารระเหย ศึกษากรณีชาวมุสลิมที่ถูกจับกุมในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีพ่อแม่แยกทาง พ่อแม่ทะเลาะกันบ่อยและพ่อแม่เลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ปัญหาอุปสรรคในการสร้างเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งระดับครอบครัวและเครือข่ายของผู้ให้ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่สภาพ ครอบครัวมีปัญหาจึงไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัว ทำให้ระบบครอบครัวมีส่วนผลักดันให้ต้องแสวงหาความอบอุ่นจากภายนอก และยังพบว่าระบบเศรษฐกิจ การดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ จากภาวะเศรษฐกิจของประเทศกำลังถดถอย ทำให้เครือข่ายทางสังคมไม่มีเวลา โดยเฉพาะพ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพโดยไม่ได้คำนึงถึงระบบ

ครอบครัวซึ่งจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด (อับดุลกอเดร์, 2541) ใกล้เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่เป็นเป็นองค์ประกอบผลักดันการกลับไปติดซ้ำคือปัจจัยด้านครอบครัว (สุพจน์, 2544)

ดังนั้นพอสรุปได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำมีหลายปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติด ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้เสพเอง และปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีการติดต่อสัมพันธ์กันตลอดเวลา อาจส่งเสริมการเสพยาเสพติดซ้ำได้โดยไม่รู้ตัวซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข หลังจากที่ผู้ป่วยผ่านการบำบัดแล้วกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว หากครอบครัวปฏิบัติตัวเช่นเดิมจะส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดกลับไปเสพยาซ้ำได้สูง

2. การป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

การเลิกยาเสพติดเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนดังกล่าว ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาองค์ความรู้อีกมาก รูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้ผลต้องผ่านขบวนการดำเนินการกับผู้ป่วยคนแล้วคนเล่า กลุ่มแล้วกลุ่มเล่า จนได้ข้อสรุปและบทเรียนว่าการบำบัดรักษาการติดยาที่แท้จริงที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่และคงพฤติกรรมไว้ให้นานที่สุดนั้นเป็นอย่างไร

จากที่ทราบกันดีว่าสาเหตุการเสพยาเสพติดเกิดจากปัจจัยหลายอย่างดังนั้นการบำบัดรักษาเสพติดจึงเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน (National Institute on Drug Abuse, 2001; Gorski, 2004) และเนื่องจากยาเสพติดมีฤทธิ์ต่อร่างกายคือระบบกล้ามเนื้อต่างๆ ระบบประสาทและสมอง ซึ่งควบคุมความรู้สึก ความคิดและการตัดสินใจ และมีฤทธิ์ต่อจิตใจ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษจึงต้องดำเนินการทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการบำบัดทางจิตใจเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2545) ดังนั้นประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาต้องมีการผสมผสานกันทั้งด้านการบำบัดด้วยยา ด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และด้านกฎหมาย (National Institute on Drug Abuse, 2003) ดังการศึกษาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 พบว่า การบังคับให้ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถเลิกยาเสพติดได้โดยเค็ดขาดหรือหยุดเสพยาเสพติดได้เป็นเวลานาน ไม่ต้องมีประวัติการต้องโทษ และไม่ต้องถูกควบคุมตัวร่วมกับอาชญากร ผลดีต่อสังคมและประเทศชาติ จากปริมาณผู้ติดยาที่ลดลงทำให้ลดปัญหาอาชญากรรม ลดจำนวนปริมาณคดีเกี่ยวกับความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ลดปริมาณผู้ต้องขังคดีเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ อีกทั้งเป็นการสนับสนุนนโยบายรัฐบาลด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดและลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและการแพร่กระจายโรคเอดส์ (ชัช, 2541)

การศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถหยุดยาเสพติดได้ นอกจากตัวผู้ติดยาเสพติดแล้ว ต้องอาศัยปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น วิธีการและรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ที่สำคัญคือปัจจัยด้านครอบครัวผู้ติดยาเสพติดและการให้โอกาสจากสังคม ที่ผ่านมามี

โครงการบำบัดฟื้นฟูจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ ยังมีให้เห็นอยู่เสมอ ครอบครัวควรกระตุ้นผลักดันให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (หนังสือพิมพ์ ไทยรัฐ, 2547) เนื่องจากพบว่าถ้าผู้ป่วยหยุดเสพยาเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนการติดซ้ำจะน้อยลง แต่ถ้าหยุดมากกว่า 1 ปี ผลการรักษาที่ดีขึ้น (สุทธิพันธ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาผลการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัดของศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด เชียงใหม่ปี พ.ศ. 2537-2545 พบว่า ผู้ที่อยู่รักษาครบขั้นตอนมีอัตราการหยุดเสพยาเสพติดได้ถึง 93.8 % ส่วนผู้ที่ไม่ครบขั้นตอนการ พบว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนบำบัดนาน 9 เดือนขึ้นไปมีอัตราการหยุดเสพยาเสพติดสูงกว่าผู้ที่อยู่น้อยกว่า 9 เดือน จากการศึกษาพบว่าหลังการรักษาแล้วผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสาม สามารถเลิกยาเสพติดได้ อีกหนึ่งในสามจะกลับใช้ยาเสพติดซ้ำในช่วงสั้นๆ และรักษาหายในที่สุด และอีกหนึ่งในสามจะกลับใช้ยาเสพติดอย่างเรื้อรัง (สำนักงาน ป.ป.ส., 2545) สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการมารับการบำบัดรักษาและปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดตามการรับรู้ของผู้ติดยาเสพติดที่มารับการบำบัดรักษา ในสถานบำบัดรักษาเสพยาเสพติดภาคใต้ พบว่า ผู้ที่ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้มีถึงร้อยละ 63.30 มีเพียงร้อยละ 36.20 เท่านั้นที่หยุดการใช้ยาเสพติดได้ช่วงเวลาหนึ่ง (บุญวดี, ประณีต, ขวัญตา และ เขาวรัตน์, 2545) จะเห็นว่าประสิทธิภาพ ของการรักษาคือการที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดให้นานที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะต่างๆ จนสามารถหยุดยาเสพติดได้ระดับหนึ่ง

แต่จากการศึกษาพบว่ายังมีปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการเลิกยาเสพติด เช่นการศึกษาประสบการณ์การเสพยาเสพติดและการกลับมาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดที่มารับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาเสพยาเสพติดภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.60 มีความคิดเห็นว่าการเลิกเสพยาเสพติดได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายปัจจัยส่งเสริมกันและสังคมต้องให้โอกาส (ประณีต, บุญวดี, ขวัญตา และเขาวรัตน์ 2545) และเช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการหยุดใช้ยาเสพติด ขณะและภายหลังการบำบัดของผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดในสถานบำบัดภาคใต้ พบว่าพฤติกรรมบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดว่า ส่งเสริมการหยุดเสพยาเสพติดขณะบำบัด คือ กำลังใจจากครอบครัว ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุดว่าส่งเสริมการหยุดใช้ยาเสพติดภายหลังการบำบัด ได้แก่ (บุญวดี, ประณีต, ขวัญตา และ เขาวรัตน์, 2545) แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว ถึงแม้ว่าได้รับการเตรียมพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันก็จริงอยู่แต่หากสมาชิกครอบครัวไม่มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาด้วย อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2545) ซึ่งครอบครัว เป็นหน่วยงานพื้นฐานทางสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น ครอบครัวจึงเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ไม่ว่าเป็นการฟื้นฟูทางสังคมหรือทางการแพทย์ (อุมาพร, 2544) ดังการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเลิกหรือกลับมาเสพยาของผู้ติดยาเสพติด พบว่าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามที่ต้องการก็ช่วยให้บุคคลเกิดกำลังใจและมีความรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแรงผลักดัน

ให้เกิดความพยายามที่จะปรับปรุงตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (ขวัญหทัย, 2544) แสดงว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของสมาชิก ซึ่งพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้สมาชิกของครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง (รุจา, 2541)

ในด้านบทบาทของครอบครัวและการป้องกันยาเสพติดพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเสพติดต่างๆ กล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่งในการป้องกันยาเสพติด (พรเพ็ญ, 2540) ดังการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์ แผนการสอนครอบครัว 6 เรื่อง คือ โทษพิษภัยของยาเสพติดและตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา การสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัว การแก้ปัญหาและความขัดแย้ง บทบาทและการมอบหมายหน้าที่ การตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ทำให้ครอบครัวได้รับความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างถูกต้องขึ้น เห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าหลังการทดลองครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน จากการติดตามผลหลังการทดลองผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำแค่ ร้อยละ 11.1 ต่ำกว่าการกลับไปติดยาซ้ำของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์ที่ครอบครัวไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดมีการติดยาสูงถึง ร้อยละ 20.9 (ปัญจรัตน์, 2546) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวสามารถป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้ดีขึ้น เพราะชีวิตครอบครัวจะดำเนินไปอย่างมีความสุขหรือไม่ขึ้นขึ้นกับการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ ทั้ง 6 ด้านดังกล่าว (อุมาพร, 2544) สำหรับการแก้ไขปัญหายาเสพติดหากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ทีมบำบัดให้การช่วยเหลือครอบครัว โดยเปลี่ยนความคิดครอบครัวให้เข้าใจเสียใหม่ว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาของทั้ง ครอบครัวไม่ใช่ปัญหาของคนใดคนหนึ่งทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ดังนั้นทุกคนในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เพื่อให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น เพราะการที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้ พ่อ แม่และสมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วย (นิภา, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาผลการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลิกยาเสพติด: กรณีศึกษาผลการศึกษาพบว่าการบำบัดผู้รับการบำบัดเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกกิจกรรมจนครบโปรแกรม โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งพบว่าตลอดการบำบัดมีครอบครัวช่วยเหลือประคับประคองและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม (อำพร, 2546)

สรุปได้ว่าการป้องกันการเสพยาเสพติดจำเป็นต้องกระทำเป็นกระบวนการ รูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในการฝึกทักษะต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีตัวกระตุ้นทำให้เกิดการอยากยาเสพติด รวมทั้งครอบครัวเองต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาตั้งแต่ขณะบำบัดและหลังการบำบัด เนื่องจากหากผู้ติดยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลง แต่ครอบครัวยังคงมีพฤติกรรมเช่นเดิมการเลิกยาเสพติดอาจได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผลเลย

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

การให้คำจำกัดความหรือความหมายของคำว่าครอบครัวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์นั้นทำได้ยากเพราะครอบครัวมีความหมายสำหรับแต่ละบุคคลแตกต่างกันและยังเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสถานภาพของบุคคล รวมทั้งเปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ (สถาบันธัญญารักษ์, 2547) มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ใกล้เคียงกัน เช่น “บุคคล 2 คนหรือมากกว่า 2 คน ที่มีความสัมพันธ์กันโดยการเกิด อาศัยอยู่ร่วมกันและมีความรู้สึกผูกพันและผู้ที่มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว” (Friedman, 1998: 9) หรือครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไปมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย มีความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตนตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา (รุจา, 2541) สำหรับประเทศไทย ให้คำนิยามของครอบครัวว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการนอกเหนือจากที่กล่าวมา (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537 อ้างตาม อุมาพร, 2544)

ดังนั้นครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คน มีความผูกพันกันทางสายเลือดและจากการสมรสอาศัยอยู่ร่วมไม้สาาคาเดียวกัน สำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติด หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันกับผู้ติดยาเสพติดโดยทางสายเลือดหรือโดยการสมรส อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ติดยาเสพติดตั้งแต่ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาและหลังการบำบัดรักษา

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

กระบวนการทางจิตของคนเราที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประกอบด้วย 2 ชั้น ได้แก่ กระบวนการรับรู้ ตีความและการตอบสนอง โดยมีศูนย์รวมการทำงานอยู่ที่สมองและไขสันหลัง (กนกรัตน์, 2540) การรับรู้เป็นกระบวนการขั้นสูง (รัจรี, 2542) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับง่ายที่สุด ถึงซับซ้อน ที่สุดจนยากที่จะเข้าใจ (สุชา, 2541) ซึ่งการรับรู้เป็นการรับสัมผัสที่มีความหมาย ที่มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อกระบวนการทางความคิดของบุคคลส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมต่างๆ (กัลยาณี, 2543) โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะแทรกกระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (สุชา, 2541) เนื่องจากกระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ ความคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแสดงพฤติกรรม (กันยา, 2542) ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์ ความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่นๆ

(สุชา, 2541) ดังนั้นมีผู้ที่ให้ความหมายไว้มากมายเกี่ยวกับอะไรที่จะสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึงการที่บุคคลแปลความหรือตีความหมายจากสิ่งที่ได้รับเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ส่งผ่านเส้นประสาทขึ้นสู่สมอง สมองจะแปลความออกมาเป็นความรู้สึกต่างๆ เช่นการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น ส่งผลต่อการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่มีความหมาย (กันยา, 2542; กัลยาณี, 2543; รัชนี, 2542; วิภาพร, 2540; สันติชัย, 2547; สุภัททา, ม.ป.ป.; อริยา, 2547) การรับรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใด ๆ จะขึ้นอยู่กับความรู้จากสภาพแวดล้อมของตนและความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้น ๆ ดังนั้นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับความรู้และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ การรับรู้ทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกอันมีผลต่อจิตใจชั่วคราวและถาวร การรับรู้ทำให้บุคคลมองเห็นคุณค่าของสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดแนวทางพัฒนาปรับเปลี่ยน เลือกรส และแยกแยะสิ่งเร้ารอบๆ ตัว (อริยา, 2547) หากบุคคลสามารถที่จะรับสัมผัสและแปลความหมายของสิ่งต่างๆ รอบตัวถูกต้องจะสามารถเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสามารถนำสิ่งแวดล้อมนั้นมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ (กานดา, 2543)

ดังนั้นการรับรู้ของครอบครัวหมายถึง การที่ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถตีความหรือแปลความหมายในสิ่งที่ ได้ยิน ได้เห็นและได้เข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ขณะที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษา

3. ปัจจัยที่ผลต่อการรับรู้

สิ่งเร้าเดียวกันอาจส่งผลให้แต่ละบุคคลรับรู้แตกต่างกัน (กันยา, 2544) การที่บุคคลสามารถตีความสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นได้ว่าเป็นอะไรและควรปฏิบัติกรตอบสนองอย่างไร ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล (กันยา, 2544; วิภาพร, ม.ป.ป.) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ลักษณะของผู้รับรู้ หมายถึง การที่บุคคลแต่ละคนเลือกที่จะรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งมากกว่าหรือรับรู้สิ่งใดก่อน-หลัง ย่อมแตกต่างกัน เนื่องมาจากปัจจัยทางสรีระ ทัศนคติ ความต้องการ ความตั้งใจ ประสบการณ์เดิม ฯลฯ เป็นต้น ลักษณะของผู้รับรู้ เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่เป็นเหตุให้การรับรู้ของบุคคลมีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1.1 ความพร้อมทางด้านร่างกาย หมายถึง อวัยวะสัมผัส ต่างๆ มีความรู้สึกรับสัมผัสสมบูรณ์ (กันยา, 2544) เช่น บุคคลมีสายตาดีย่อมจะรับรู้ได้ดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาทางสายตาซึ่งทำให้สามารถรับรู้และเรียนรู้ได้ดีกว่า การมีระบบการฟังที่ดีย่อมได้เปรียบ เป็นต้น (วิภาพร, ม.ป.ป.)

1.2 ประสบการณ์เดิม (past experience) เป็นความรู้เดิมที่เก็บอยู่ในระบบความจำในสมอง เมื่อพบสิ่งเร้าใหม่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้เดิม บุคคลจะใช้ความรู้เดิมมาช่วยในการแปลความหมายสิ่งเหล่านั้น สำหรับในมนุษย์ประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่าง ตามระดับการเรียนรู้

ฝ่ายหอสมุด
คุณหญิงหลง อรรถโกวิทวิบูลย์

วัย อาชีพฐานะ การอบรมเลี้ยงดู ถิ่นที่อยู่ ความแตกต่างกันนี้ย่อมมีผลทำให้การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกันด้วย (วิภาพร, ม.ป.ป.) ฉะนั้นหากไม่มีความรู้เดิมในเรื่องนั้นๆ มาก่อนอาจทำให้บุคคลรับรู้สิ่งเร้าผิดได้ (กันยา, 2544)

1.3 ความตั้งใจ (attention) ที่จะรับรู้ และความสนใจ (interest) ความตั้งใจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่กระตุ้นมากเกินไป ความสนใจและความตั้งใจของบุคคลย่อมเป็นตัวกำหนดสิ่งที่คุณคนจะรับรู้ ไม่ว่าจะเป็นความสนใจที่เป็นนิสัยหรือเป็นไปตามสัญชาตญาณ หรือเป็นการสนใจครั้งชั่วคราวก็ตาม (วิภาพร, ม.ป.ป.) ในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวเรามีสิ่งเร้าผ่านเข้ามามากมายที่อาจก่อให้เกิดการรับรู้ได้ แต่บุคคลจะเลือกที่จะรับรู้บางสิ่งบางอย่างตามที่ตนเองสนใจเท่านั้น (กันยา, 2544)

1.4 ความต้องการ และ ความปรารถนา (need and desiration) เป็นความรู้สึกที่แอบแฝงอยู่ในใจ เมื่อบุคคลกำลังรับรู้สิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง เขาจะแปลความหมายของสิ่งเร้า นั้นสอดคล้องกับความต้องการของเขา ความต้องการย่อมก่อให้เกิดความสนใจต่อการรับรู้สิ่งเร้า นั้นเฉพาะ (วิภาพร, ม.ป.ป.) จึงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า แรงขับ (กันยา, 2544)

1.5 สภาวะอารมณ์ในขณะที่รับรู้ (emotion) สภาวะอารมณ์ของคนที่มีความคุ้นชินกับที่มีอารมณ์แจ่มใสต่อการรับรู้สิ่งเร้าเกี่ยวกับย่อมแปลความหมายสิ่งเร้า นั้นต่างกันออกไป (วิภาพร, ม.ป.ป.) หากบุคคลอารมณ์ดีมักมองไม่เห็นข้อบกพร่องของสิ่งเร้า ต่างกับบุคคลที่มีอารมณ์ไม่แจ่มใสเช่น เครียด กังวล ทุกข์ ฯ มักมองสิ่งเร้ารอบตัวไม่ดี ยิ่งถ้าหากว่าบุคคลมีอารมณ์เสียมาก จะยิ่งทำให้ไม่สามารถรับรู้สิ่งเร้ารอบตัว ได้เลย (กันยา, 2544)

1.6 การคาดหวัง (expectancy) การคาดหวังสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าทำให้บุคคลเตรียมพร้อมที่จะรับรู้สิ่งใหม่ (กันยา, 2544; วิภาพร, ม.ป.ป.)

1.7 สติปัญญา (intelligence) การรับรู้ของบุคคลที่เฉลียวฉลาดย่อมที่จะเข้าใจสิ่งเร้าต่างๆ ได้เร็วกว่าคนที่ไม่ฉลาด (วิภาพร, ม.ป.ป.)

1.8 การคล้อยตามผู้อื่น (conformity) การคล้อยตามผู้อื่นช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและแน่ใจว่าสิ่งที่รับรู้ นั้นถูกต้อง (วิภาพร, ม.ป.ป.) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าความดึงดูดในสังคม (กันยา, 2544)

1.9 การให้คุณค่า (value) การให้คุณค่าต่อสิ่งที่รับรู้มีผลให้เกิดความแตกต่างในการรับรู้ เพราะการที่คุณคนเห็นคุณค่าจะเพิ่มความสนใจ และความใส่ใจต่อการรับรู้ ซึ่งแต่ละคนจะให้คุณค่าของสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป นอกจากนี้การให้คุณค่ายังเป็นตัวกำหนดทัศนคติ ของบุคคลอีกด้วย (กันยา, 2544; วิภาพร, ม.ป.ป.)

2. ลักษณะของสิ่งเร้า หมายถึง สิ่งของต่างๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคล ได้แก่ ภาพโฆษณา เสียงเพลง ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ อาคาร โรงเรียน การจัดระเบียบในการรับรู้ การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ความคงที่ของวัตถุ เป็นต้น ลักษณะสิ่งเร้า เป็นลักษณะของความแตกต่างของสิ่งเร้าที่ส่งผลให้คุณคนเลือกที่จะรับรู้ การที่คุณคนจะรับรู้มากน้อยเพียงใดหรือรับรู้ได้ดีนั้นขึ้นกับว่าสิ่งเร้า นั้นสามารถดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยแค่ไหนเช่นกัน (กันยา, 2544; วิภาพร, ม.ป.ป.)

4. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำไม่มีการเขียนรวบรวมไว้ชัดเจน ผู้วิจัยรวบรวมจากหลายๆ แนวคิดพอสรุปได้ว่าพยาบาลต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยกระตุ้นให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมขณะที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา (นิภา, 2544; บุญเรือง, 2544; วันเพ็ญ, 2547; วจนินทร์, ศิริรัตน์ และ สมร, 2542; สถาบันธัญญารักษ์, 2547; อุมาพร, 2544) และส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว (นิภา, 2544; สถาบันธัญญารักษ์, 2547; อุมาพร, 2544) แต่พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัวมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากันการให้ความช่วยเหลือจึงต้องมีลำดับขั้นตอน คือ การให้ความรู้ครอบครัว (family education) การให้การปรึกษาครอบครัว (Family counselling) และครอบครัวบำบัด (Family Therapy) แต่เนื่องจากครอบครัวบำบัดพยาบาลกระทำเพียงบางครอบครัวที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคด้วย 2 วิธีการแรกได้เท่านั้น (นิภา, 2544) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาเพียง 2 ด้าน คือ ด้านการให้ความรู้และด้านการให้การปรึกษา

4.1 การให้ความรู้ครอบครัว

การให้ความรู้แก่ครอบครัว คือการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาและผลกระทบของการใช้ยา การทำความเข้าใจกับเป้าหมายและวิธีการบำบัดรักษา รวมทั้งทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ ความผูกพันทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม และฝึกทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัว (นิภา, 2544) กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในการให้ความรู้คือ การสอน ซึ่งหมายถึง กิจกรรม ที่ผู้สอนช่วยเหลือให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการจากการได้รับความรู้และทักษะใหม่ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และทักษะจนสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (นที, 2541; สมจิตต์, 2544) เนื่องจากความรู้ทำให้นักคิดเกิดความคิด ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้นักคิดปฏิบัติพฤติกรรม ก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ทิพย์ธาดพร, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ แสดงให้เห็นว่าการสอนและการให้ความรู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือให้นักคิดเกิดการพัฒนาความรู้ เกิดทักษะหรือความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

ดูแลตนเองยิ่งขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้สูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (จันทนา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงานต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของอาสาสมัครกู้ภัย จังหวัดสระแก้ว พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการทำงาน สามารถเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครกู้ภัย มีผลทำให้อาสาสมัครกู้ภัยมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องมากขึ้น (ทิพวิไล, 2544) สำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติด พยายามติดต่อประสานครอบครัว เพื่อจะวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้แก่ครอบครัวและแนะนำให้เข้าใจกระบวนการต่างๆ จะทำให้เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย และการทำความเข้าใจกับการทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัว และฝึกทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวที่จำเป็น ตลอดจนการนัดหมายครั้งต่อไปกรณีที่ยังต้องให้บริการครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (นิภา, 2544; วันเพ็ญ, 2547) ดั่งการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐยวราชบุรี ได้กำหนดแผนการสอนครอบครัว 6 เรื่อง คือ โทษพิษภัยของยาเสพติดและตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา การสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัว การแก้ปัญหาและความขัดแย้ง บทบาทและการมอบหมายหน้าที่ การตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจ จนผู้ป่วยสามารถเลิกได้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีก (ปัญจรัตน์, 2546) และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายไหมพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงขึ้นเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าจากการสอนครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ครอบครัวทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนัก สามารถนำไปปฏิบัติได้ (สำเนา และ สุกมา, 2546)

ดังนั้นพยาบาลสามารถดำเนินการให้ความรู้แก่ครอบครัวและเลือกวิธีการให้เหมาะสมแก่กลุ่ม โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อสังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยเหลือ ครอบครัวที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องทำให้ครอบครัวทราบข้อเท็จจริงต่างๆ ในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ส่งเสริมให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง

4.2 การให้การปรึกษาครอบครัว (family counseling)

ปัจจุบันนี้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ให้ความสำคัญกับการให้การปรึกษาผู้รับ บริการมากขึ้น โคนเฉพะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดได้เล็งเห็นความจำเป็นในการให้การปรึกษาครอบครัวเกี่ยวกับ การเตรียมครอบครัว ขณะอยู่โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านและ ขณะอยู่เมื่อกลับบ้านหลังการบำบัดรักษา เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางแล้วว่าการให้การปรึกษา

ครอบครัวเป็นส่วนที่มีความสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานแรกของการเรียนรู้ทางสังคมเมื่อมีผู้ติดยาเสพติดในครอบครัว สมาชิกใน ครอบครัวนั้นมักมีความรู้ลึกกว่าติดยาไปด้วยนั่นคือครอบครัวจะมีความรู้ลึกและพฤติกรรมของการโทษ ความอาย ความกลัวและมีทัศนคติทางลบ ดังนั้นจำเป็นที่ครอบครัวต้องได้รับการให้คำแนะนำด้วย อีกทั้งจากสภาพครอบครัวอาจมีส่วนส่งเสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดครอบครัวควรมีการพูดคุยให้บริการปรึกษาครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ของครอบครัวใหม่ให้มองผู้ติดยาเสพติดว่าเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ (วันเพ็ญ, 2547) การให้การปรึกษาสามารถช่วยเหลือบุคคลได้ระดับหนึ่ง สำหรับประเทศไทยมีวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง หากนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาโดยการให้การปรึกษาครอบครัว จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบำบัดรักษามีประสิทธิผลมากขึ้น จากการได้รับความร่วมมือและให้การช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวจนผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้ (ทิพาวดี, 2545) ระหว่างการให้การปรึกษาพยาบาลคอยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจและมีหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัวเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย โดยจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใดซึ่งจะได้รับการประเมินครอบครัวและเสริมสร้างสายสัมพันธ์ของครอบครัวและผู้ติดยาเสพติดพร้อมให้กำลังใจตลอดการบำบัดรักษาต้องมีการตกลงกันกับครอบครัวตั้งแต่เริ่มต้นว่าจะจัดการกับการใช้ยาเสพติดอย่างไรเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและจะต้องมีรายละเอียดแต่ละระยะของการบำบัดครอบครัวว่าจะปฏิบัติอย่างไร (นิภา, 2544) ตลอดจนวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ติดยาและครอบครัวในการจำหน่าย เพื่อให้ครอบครัวเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านออกไปอยู่ในสังคมภายนอก (นิภา, 2544; วันเพ็ญ, 2547)

หลักการให้การปรึกษาครอบครัวสามารถกระทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับลักษณะของโปรแกรมนั้นๆ ความต้องการของครอบครัวและผู้ติดยาที่ต้องการจะพบกันในบรรยากาศการให้การปรึกษาครอบครัวผู้ติดยาเสพติด สามารถแบ่งตามพัฒนาการและความก้าวหน้าดังต่อไปนี้คือ (นิภา, 2544)

ระยะที่ 1. เป็นระยะที่ครอบครัวยังสับสนกับปัญหาที่เกิดขึ้นและยังมีความคิดว่าปัญหาหลักอยู่ที่ตัวผู้ติดยาเสพติดแต่เพียงผู้เดียว เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาควรทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความร่วมแรงร่วมใจกันในการแก้ปัญหาโดยชี้ประเด็นให้เห็นว่าทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ดังนั้นในครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ครอบครัวมักจะปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สถานบำบัด

ระยะที่ 2 ความหวาดกลัวต่อภาวะการฉกฉวยกลับติดยาเสพติด ครอบครัวส่วนใหญ่จะไม่ต้องต้องการให้ผู้ติดยาเสพติดกลับบ้าน ครอบครัวมีความรู้สึกกังวลหวาดหวั่นว่าสมาชิกเมื่อออกจากสถานบำบัดอาจไปเสพติด แต่ไม่มีวิธีสื่อสารต่อกัน อาจเกิดความรู้สึกไม่พอใจ ไม่มีควมไว้วางใจต่อสมาชิกสำหรับในระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญที่จะต้องทำให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจประทับใจประทับใจไม่ให้เกิดกลับไปใช้ยาเสพติดอีก และที่สำคัญเมื่อผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดจะมีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมและความคิด จะเกิดความรู้สึกภูมิใจกับผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและต้องการ การสนับสนุนจากครอบครัว

การให้การปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ ของบุคคล โดยเฉพาะการให้การปรึกษาทางด้านสุขภาพมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการให้การปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก สถาบันรัชฎญารักษ์ พบว่า หลังจากได้รับคำปรึกษาผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้าระดับหนึ่ง (สุภาภรณ์, 2546) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าในการติดตามผล 2 เดือนหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความขัดแย้งในครอบครัวและคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้การใช้กลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญา ร่วมกับการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดขั้นถอนพิษยา (ปราณีพร, จินตนา, และ ปิญาภรณ์, 2546) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญยิ่งต่อผู้ติดยาเสพติดเนื่องจากบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันจะมีอิทธิพลต่อกันและกัน จากความสำคัญดังกล่าวการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด จึงจำเป็นต้องเน้นการให้บริการปรึกษารอบคลุมถึงครอบครัวผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดให้มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนให้สำรวจตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่ส่งเสริมการเสพยาโดยไม่รู้ตัวและให้ตระหนักถึงปัญหาของผู้ติดยาเสพติด จนเกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการชี้แนะประคับประคอง ช่วยส่งเสริมกำลังใจและร่วมมือกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกันกับผู้ติดยาเสพติดและผู้ให้บริการปรึกษานำสู่การดูแลที่ถูกต้อง (วันเพ็ญ, 2547)

ดังนั้นการพยาบาลควรนำแนวคิดเกี่ยวกับการให้การปรึกษารอบครัวมาใช้ร่วมกับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบริบทของครอบครัว เป็นสำคัญ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการยาเสพติดซ้ำ

จากการบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว จากฐานข้อมูลทั้งของ Cinahl และ Medline พบการศึกษางานวิจัยเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในการเข้ามามีส่วนในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับทีมบำบัดในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่พบว่าเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ดังนั้น ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงใช้แนวคิดของสถาบันรัชฎญารักษ์ หมายถึง การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษา คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น และการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูลในการตัดสินใจ ทิศคั้นปัญหา วางแผนดำเนินการและติดตามประเมินผลเพื่อหวังให้

ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาหูดยาเสพติดได้อย่างถาวรไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการพัฒนามนุษย์ ให้เป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม พฤติกรรมดีและเหมาะสม (คุชฎี, งามตา, ชัยวัฒน์ และ ทศนา, 2545) ครอบครัวยังเป็นสถาบันที่จะทำให้สังคมอยู่กันอย่างสงบสุข หรืออุ่นวย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นรากฐานของการพัฒนา ครอบครัวให้เป็นครอบครัวที่ดีมีความอบอุ่น (วรลักษณ์, 2547) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้พัฒนารูปแบบมา โดยตลอด ทำให้พบว่าครอบครัว คือ ปัจจัยสำคัญที่เป็นทั้งแรงผลักดันให้วัยรุ่นไปเสพยาเสพติดและเป็นแรงสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่เสพยาเสพติดไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก (ปัญญารัตน์, 2546)

เนื่องจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญเท่าเทียมกัน การนำสมาชิกครอบครัวมามีส่วนร่วมในการรักษา ทำให้ทราบมุมมองของปัญหาครอบครัวที่แตกต่างออกไป ทำให้สมาชิกได้รับรู้เข้าใจปัญหาในมุมที่กว้างขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้บำบัดร่วมมือกับสมาชิกครอบครัวแก้ไขปัญหาคือได้ตรงประเด็นและครอบคลุม (วจนินทร์, ศิริรัตน์ และ สมร, 2542) ดังการศึกษาผลการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลิกยาเสพติด: กรณีศึกษาพบว่าตลอดการบำบัดมีครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองและเข้าร่วมกิจกรรมตลอด โปรแกรม ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทุกกิจกรรมจนครบโปรแกรมโดยไม่มีกลับไปเสพยาซ้ำ (อำพร, 2546)

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งโดยหลักการแล้วการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญในกระบวนการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการยอมรับและการใช้ความคิดใหม่ๆ วิธีการใหม่ๆ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ครอบครัวสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่และช่วยให้ได้หนทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ติดยาเสพติดได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา ทำให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ (นวลปรารถ, 2546)

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

ผู้ติดยาเสพติดมักมีพื้นฐานครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ การศึกษาวิจัยหลายๆ เรื่องพบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่ทำให้เยาวชนเสพยาเสพติด หรือกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (นิภา, 2544; บุญเรือง, 2544; ปัญญารัตน์, 2546; วันเพ็ญ, 2547; สถาบันธัญญารักษ์, 2547; อภิรดี และ วิไลรัตน์, 2543; อุมาพร, 2544) การพยาบาลครอบครัวผู้ติดยาเสพติดเพื่อช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการช่วยเหลือ การประเมินและหาข้อปรับปรุงแนวทางการช่วยเหลือที่มีต่อผู้ติดยาเสพติด และเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดและส่งเสริมการบำบัดผู้ติดยาเสพติดให้ประสบผลสำเร็จ (วันเพ็ญ, 2547) จากลักษณะของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ส่งผลให้การอบรมเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัวไม่เต็มที่ได้พบปัญหาเด็กเกรง ติดยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมรุนแรงทางสังคม (สถาบันธัญญารักษ์, 2547) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเป็นปัญหาครอบครัวทั้งสิ้น โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการติดยาเสพติด หากทุกคนในครอบครัวไม่เข้าใจและไม่ให้อภัยทำให้ผู้ติดยา

เสพติดไม่สามารถเลิกเสพติดได้ สถาบันธัญญารักษ์ได้คิดหารูปแบบที่เหมาะสมในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เน้นการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งมีแนวคิดทฤษฎีอยู่มากมาย แต่ละแนวคิดอธิบายครอบครัวในแง่มุมต่างกัน สถาบันธัญญารักษ์ เลือกลงใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวรูปแบบแมคมาสเตอร์ มาใช้ในการบำบัดรักษา เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ใกล้เคียงกับสังคมไทย (สถาบันธัญญารักษ์, 2547) เนื่องจากองค์ความรู้ด้านครอบครัวที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ในประเทศไทยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดมีจำนวนจำกัดมาก จากที่มีอยู่พบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม การดำเนินงานที่สำคัญคือการให้ความรู้ครอบครัว ในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยพยาบาลจะส่งเสริมให้ครอบครัวเรียนรู้ทักษะต่างๆ เกี่ยวกับ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ ความผูกพันทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม (สถาบันธัญญารักษ์, 2547) ในการบำบัดรักษายาเสพติด จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดอย่างจริงจัง ดังนั้นการนำครอบครัวเข้าร่วมในการบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (อุมาพร, 2544)

จากความสำคัญดังกล่าวจากการบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทำให้สามารถสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ดังนี้

1.1 การเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา

การเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญของการรักษาเพื่อจะทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจผู้ติดยาเสพติดมากขึ้นจะทำให้มีความพร้อมในการดูแลขณะบำบัด และหลังการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเลิกหรือกลับมาเสพยาของผู้ติดยาเสพติด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็น การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ วัฒนธรรมหรือด้านข้อมูลข่าวสาร จะช่วยป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ และยังเป็น การช่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น แต่ละบุคคลจะต้องการ การสนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะและความต้องการของแต่ละบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันออกไป หากบุคคลใดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามที่ตนต้องการก็จะช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ เกิดกำลังใจ และมีความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีแรงผลักดันให้เกิดความพยายามที่จะปรับปรุงตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความท้อแท้ หดกำลังใจและแสดงพฤติกรรมในทางลบออกมาและมีโอกาสที่จะหวนกลับไปเสพยาเสพติดอีกครั้งหนึ่งแม้ว่าจะผ่านการบำบัดรักษาจนหายมาแล้วก็ตาม (ขวัญหทัย, 2544) และสอดคล้องกับการศึกษา แรงสนับสนุนของญาติของผู้ป่วยเสพยาติสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ครบกำหนด พบว่าผลของแรงสนับสนุนของญาติในด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ มีผลต่อการอยู่ครบกำหนดของผู้ป่วยเสพยาติสารแอมเฟตามีน (อภิรดี และ วิไลรัตน์, 2543)

1.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพทั้ง 6 ด้าน เพราะหากด้านใดด้านหนึ่งไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านอื่นด้วย มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในมุมมองที่แตกต่างกัน องค์กรความรู้ด้านครอบครัวกับการแก้ปัญหาสุขภาพเสพติดและการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้ความสำคัญกับการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาหรือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษานั้นมีจำกัดมาก สถาบันธัญญารักษ์ ได้เลือกใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว รูปแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับครอบครัวไทย (สถาบันธัญญารักษ์, 2547) แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster model of family functioning [MMFF]) เน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นผลมาจากกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัว บทบาทของสมาชิก การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม เน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในปัจจุบันซึ่งประกอบด้วยการทำหน้าที่ 6 ด้านคือ การแก้ไข้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทในครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหากด้านใดด้านหนึ่งบกพร่องจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวด้านอื่น (Epstien, Bishop & Baldwin, 1984) โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

1.2.1 การแก้ไข้ปัญหา

การแก้ไข้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับที่ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาในครอบครัวแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ

1. ปัญหาด้านวัตถุ (instrumental) ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาการจัดการเกี่ยวกับการเงิน

2. ปัญหาด้านอารมณ์ (affective) ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความขมขื่น หรือความไม่ไว้วางใจกันและกันระหว่างสามีภรรยา บางครอบครัว อาจมีเพียงเฉพาะปัญหาด้านอารมณ์เท่านั้น โดยไม่มีปัญหาด้านวัตถุเลย ปกติครอบครัวใดที่มีปัญหาด้านวัตถุเกิดขึ้น ก็มักจะมีปัญหาด้านอารมณ์ตามมาเสมอ มีผู้ตั้งสมมติฐานว่า ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีปัญหามากกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี แต่จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวทั้งสองแบบต่างก็ประสบปัญหาความยุ่งยากพอๆ กัน ความแตกต่างอยู่ที่วิธีการแก้ปัญหา ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี จะมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ในขณะที่ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีนั้น ปัญหา มักจะได้รับการแก้ไขอย่างไม่เหมาะสมหรือไม่มีการแก้ไขเลย ครอบครัวที่มีความแตกต่างกันในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ได้อย่างรวดเร็ว ไม่ยากลำบาก

ปัญหาที่มีจึงมักเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรังที่แก้ไม่ได้และเมื่อประสบปัญหาครอบครัวก็จะมีวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ปัญหา ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสมนั้นมักแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นระบบและปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเสร็จสิ้นจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง การแก้ไขปัญหาในครอบครัวมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ (Rick Peterson and Stephen Green, 1999 อ้างตาม สถาบันชัยคุณรักษ์, 2547)

1. แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาขึ้น สมาชิกในครอบครัวควรช่วยกันพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาด้านไหนเป็นปัญหาด้านวัตถุหรือด้านอารมณ์ ต้องระบุให้ได้ว่าปัญหาคืออะไรและปัญหาที่แยกแยะออกมานั้นถูกต้องหรือไม่ บ่อยครั้งที่ครอบครัวจะหยิบยกเอาปัญหาอื่นๆ ที่ไม่สำคัญขึ้นมาแต่ปัญหาที่เป็นความขัดแย้งจริงๆ นั้นกลับถูกซ่อนเอาไว้

2. การสร้างทางเลือกและตัวเลือก คือ ครอบครัวจะต้องช่วยกันสร้างทางเลือกและตัวเลือก โดยการระดมสมองให้แต่ละคนช่วยกันคิดวิธีการแก้ปัญหาขึ้นมา แล้วทำรายการทางเลือกไว้ ซึ่งทางเลือกนี้ควรจะคำนึงถึงประเภทของปัญหาและสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่จะได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นด้วย

3. การประเมินทางเลือก ทางเลือกที่ครอบครัวช่วยกันคิดขึ้นมา นั้น โดยถามคนในครอบครัวว่าคิดอย่างไรเกี่ยวกับทางเลือกแต่ละทาง ให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และตัดทางเลือกที่ครอบครัวลงความเห็นว่าเป็นไม่ได้หรือไม่ได้ผลออกไป ซึ่งเป้าหมายของการประเมินทางเลือกนั้นก็เพื่อที่จะหาทางเลือกที่สมาชิกยอมรับร่วมกัน หลังจากนั้นก็นำมาร่วมกันพิจารณาว่า ครอบครัวจะต้องใช้ทรัพยากรใดในการแก้ไขปัญหาหรือไม่

4. เลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ขั้นตอนนี้เป็นการทำแผนปฏิบัติการ โดยเมื่อเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้แล้วให้นำมาทำแผนปฏิบัติการว่ามีรายละเอียดอะไรบ้าง ใครจะเป็นคนทำ และทำเมื่อไร อาจเขียนเป็นสรุปย่อเพื่อช่วยให้ครอบครัวจำได้ว่าแผนนี้จะดำเนินการไปในรูปแบบใด ซึ่งการเขียนแผนปฏิบัติการนี้ จะช่วยให้ทุกคนเข้าใจและรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในการแก้ปัญหาและยังมีประโยชน์ต่อการตรวจสอบและติดตามแก้ไขปัญหของครอบครัว

5. การตรวจสอบและติดตามผลการแก้ไขปัญห ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ครอบครัวติดตามผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติได้และช่วยย้ำเตือนว่าครอบครัวได้ตัดสินใจทำอะไรไปใครเป็นคนทำและทำเมื่อไร

6. การประเมินความสำเร็จของการแก้ปัญหา เป็นขั้นตอนสุดท้ายเป็นการประเมินว่าวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกนั้นประสบความสำเร็จได้ผลมากน้อยเพียงไร เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญห เพื่อให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวทุกครอบครัวมักเกิดปัญหาวิกฤติตามพัฒนาการของครอบครัวเช่นเดียวกัน แต่แตกต่างกันตรงที่การแก้ไขปัญหามองครอบครัวแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมต่างกับบางครอบครัวที่แก้ปัญหาไม่ได้หรือแก้ได้ไม่เหมาะสมทำให้เป็นสาเหตุของปัญหาอื่นตามมาอีก

มาก (นิภา, 2544) แต่การศึกษาบทบาทของครอบครัวต่อปัญหาการเสพสารระเหยของบุตรหลานใน วิทยาลัย-เยาวชน เขตจังหวัดมุกดาหาร ปี 2539 พบว่า ด้านการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการให้ลูกเลิกเสพ สารระเหย ครอบครัวร้อยละ 43 คิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจมีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่คิดว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวในการให้การช่วยเหลือไม่ให้บุตรไปเสพสารระเหยอีก แสดงให้เห็นว่าครอบครัวไม่มีความรู้ความเข้าใจในการแก้ปัญหาเสพติดไม่ตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง (สัจชัย, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ พบว่าก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การทำหน้าที่ของครอบครัวการแก้ปัญหาในครอบครัวไม่มีความแตกต่างกัน อาจเกิดจากการที่ขณะที่ มารดาเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้ แต่เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัวผู้ที่ มีสิทธิ์ ตัดสินใจมักเป็นบิดา แต่จากการสัมภาษณ์เรื่องการแก้ปัญหาในครอบครัวเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดย เปิดโอกาสให้คนในครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นมากขึ้นแสดงให้เห็นว่าการที่พยาบาลให้ความรู้ ครอบครัวเกี่ยวกับการแก้ปัญหานั้น สามารถช่วยให้ครอบครัวมีแนวทางในการปฏิบัติต่อสมาชิกใน ครอบครัวได้ระดับหนึ่ง (สำเนา และ สุกมา, 2546) ดังนั้นบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาเสพติด ควรเน้นให้ความสำคัญของสถาบันครอบครัวให้ตระหนักถึง บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวกับการแก้ปัญหา

1.2.2 การสื่อสาร

การสื่อสารในครอบครัว หมายถึง วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยนสารต่อกัน ซึ่ง การสื่อสารมี 2 แบบคือ การสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดกับการสื่อสารโดยใช้ภาษากาย การสื่อสารภายใน ครอบครัวนั้นมีความสำคัญมากเพราะจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการ ออกได้ และสนใจ ถ้าในครอบครัวมีการสื่อสารที่เปิดเผยและตรงตามความเป็นจริง ก็จะเกิดบรรยากาศที่ดี รวมทั้งการแสดงความรักและความชื่นชมต่อกัน อีกทั้งการสื่อสารนั่นเองที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การสื่อสารแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การสื่อสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันหรือวัตถุ
2. การสื่อสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือความรู้สึก

การสื่อสารที่ดีนั้นเนื้อหาต้องมีลักษณะชัดเจนซึ่ง หมายถึงข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันนั้น มีความชัดเจน ไม่ใช่เลื่อนลอย จับใจความอะไรไม่ได้ หรือคลุมเครือ นอกจากนี้จุดหมายปลายทางของ การสื่อสารจะต้องชัดเจนด้วยนั่นคือ เนื้อหาที่ต้องการสื่อมันจะต้องตรงไปสู่ผู้ที่ต้องการสื่อ ไม่ใช่ยอม ผ่านผู้อื่น ดังนั้นถ้าแบ่งการสื่อสารตามความชัดเจนและความตรงนั้น จะสามารถแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

2.1. การสื่อสารที่เนื้อหาชัดเจนและตรงกับผู้ต้องการสื่อ การสื่อสารแบบนี้ เป็นรูปแบบ ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น ในกรณีภรรยาผู้รักไม่พอใจสามีที่ทิ้งของเกลือกกลาดและกล่าว ตรงๆ ว่า “ฉันไม่ชอบที่เธอทิ้งของไว้เกลือกกลาด เพราะมันทำให้ฉันเหนื่อยเพิ่มขึ้น”

2.2 การสื่อสารที่มีเนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงกับผู้ต้องการที่จะสื่อสารด้วย การสื่อสารแบบนี้

สารที่ส่งนั้นชัดเจน แต่ไม่พูดกับผู้ที่รับสารโดยตรง เช่น ภรรยากล่าวลอยๆ ว่า “คนที่ทิ้งของเกลื่อนกลาดนั้นน่าจะสร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น” ซึ่งคำพูดนี้ไม่ได้บ่งชี้ชัดเจนว่าพูดกับใคร

2.3. การสื่อสารที่เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงกับผู้ต้องการสื่อ เป็นการสื่อสารที่เนื้อหาไม่ชัดเจน แต่พูดกับบุคคลที่รับสาร โดยตรง เช่น ภรรยาพูดว่า “เธอนี้อ่านไม่คิดถึงคนอื่นเลย” เนื้อหาดังกล่าวเป็นคำรวมๆ ในทำนองต่อว่าสามี แต่ไม่ได้บ่งบอกว่าสามีทำอะไรและเรารู้สึกอย่างไร

2.4. การสื่อสารที่เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงกับผู้ต้องการสื่อ เป็นการสื่อสารที่ทั้งเนื้อหาและผู้รับสารไม่ชัดเจน เช่น ภรรยาพูดว่า “คนบ้านนี้ช่างไม่นึกถึงคนอื่นเลย” คำพูดดังกล่าวไม่มีความชัดเจนว่าปัญหาคืออะไร และพูดกับใคร ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีนั้น จะมีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงกับบุคคลที่ต้องการสื่อ ถ้าการสื่อสารเป็นไปในลักษณะที่คลุมเครือและอ้อมค้อมมากเท่าไร ก็จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อม จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อสารกลับมาด้วยวิธีคลุมเครือและอ้อมค้อมเช่นเดียวกัน ความสามารถในการสื่อสารของครอบครัวปกติก็มีความแตกต่างกันบางครอบครัว การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องที่มีความขัดแย้งนั้น อาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงไปสู่ผู้ที่ต้องการสื่อ แต่ก็จะเป็นอยู่ช่วงสั้นๆ ไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวแต่อย่างใด

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นแนวทางที่ดีแนวทางหนึ่งในการนำความสุขมาสู่ครอบครัว (จิราภรณ์, 2543) เนื่องจากเป็นตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่ดี สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้การทำหน้าที่ครอบครัวด้านอื่นๆ ดีตามมาด้วย สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจกัน ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์และตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสม (ปัญจรัตน์, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าผลดีของการสื่อสารภายในครอบครัวที่เหมาะสม ทำให้เป็นแนวทางให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวเข้าสังคม เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งต่างกับครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมหรือมีการสื่อสารในทางลบ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ และไม่ให้ความร่วมมือไม่เชื่อฟังในการตัดสินใจบางครั้งเกิดการต่อต้าน และมีการเรียกร้องความสนใจจากภายนอกครอบครัว จึงทำให้มีปัญหาอื่นๆ ตามมาเช่นการคบเพื่อนที่มีการมั่วสุม การติดยาเสพติด เข้ากลุ่มเพื่อนอันตราย (นิภา, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการให้การปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก สถาบันรัชฎายุทธกิจ พบว่า พ่อแม่ที่มีการสื่อสารทางลบกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับไปเสพยาซ้ำอีก (สุภาภรณ์, 2546) แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารที่ดีมีคุณภาพเป็นที่ต้องการของบุคคลและนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ ดังการศึกษาบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ในโรงพยาบาลรัชฎายุทธกิจ พบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยในด้านการสื่อสารภายในครอบครัว ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวมีการพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทาง เนื้อหาชัดเจนตรงเป้าหมาย ให้ความสำคัญฟังปัญหาและรู้จักระงับอารมณ์โกรธ ไม่อยากให้ครอบครัวมีการประชดประชัน และคว่นสรุปการกระทำของผู้คิดว่าไม่ดี เพราะจะทำให้เกิด

การต่อต้าน แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารที่เหมาะสมก่อให้เกิดสายสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันหลังจากที่ครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องการสื่อสารทางบวกทำให้ครอบครัวหันมาปฏิบัติต่อผู้ติดยาโดยรับฟังปัญหา ไม่พูดจาตำหนิ มีการให้กำลังใจ ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ติดยาปฏิบัติได้ดี ทำให้เกิดกำลังใจสามารถป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ (ลัดดา และ ระเบียบ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ด้านการสื่อสารคะแนนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตว่าครอบครัวส่วนหนึ่งที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการสื่อสารที่ดีขึ้น บิคาพูดคุยกับผู้ติดยาเสพติด รับฟังเหตุผลและให้กำลังใจกับลูกมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ที่เห็นเด่นชัดคือบุตรเข้า มากอดมารดา (สำเนา และ สุกมา, 2546)

1.2.3 บทบาทในครอบครัว (family roles)

บทบาทในครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกแต่ละคนประพฤติปฏิบัติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ที่แน่นอน เช่น เป็นลูก เป็นพี่น้อง เป็นหลาน เป็นต้น แต่สิ่งที่คู่กับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวก็คือ ความคาดหวังของสังคมและครอบครัวว่าบทบาทเหล่านั้นควรจะทำอย่างไรให้สำเร็จ ล่วง เช่น พ่อแม่ก็ถูกคาดหวังว่าจะเป็นผู้อบรมสั่งสอนและเลี้ยงดูลูกของตนเอง ส่วนลูกก็就会被คาดหวังว่าจะเคารพเชื่อฟังและให้ความร่วมมือกับพ่อแม่ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีอายุมากขึ้น พวกเขาจะมีหน้าที่มากขึ้น เช่น เป็นสามี ภรรยา พ่อแม่ หรือปู่ย่า ตายาย บทบาทในครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. บทบาทหน้าที่ด้านวัตถุ จะเป็นเรื่องของการจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย

2. บทบาทหน้าที่ด้านอารมณ์ เป็นบทบาทด้านการดูแลกันทางความรู้สึกเพื่อให้เกิดความอบอุ่นและส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัว บทบาททั้งสองด้านนี้จำเป็นต้องมีเพื่อให้ครอบครัวนั้นมีความเข้มแข็งและดำเนินต่อไปได้ ซึ่งครอบครัวจะต้องจัดสรรบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนให้เหมาะสมและยุติธรรม ไม่มีใครต้องรับผิดชอบมากเกินไป ในครอบครัวนั้นมีบทบาทหน้าที่อยู่มากมาย แต่นักวิจัยได้ทำการศึกษา พบว่ามีบทบาทหน้าที่ที่จำเป็น ที่ช่วยให้ ครอบครัวสมบูรณ์ คือ การจัดเตรียมด้านทรัพย์สิน ได้แก่ การจัดหาข้าวของเครื่องใช้หรือปัจจัย 4 ให้แก่สมาชิก เช่น เงิน อาหาร เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่เป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญที่สุด

3. การอบรมเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก คือ การเอาใจใส่ดูแลสมาชิกอื่นในบ้าน เป็นบทบาทหน้าที่ทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสบายใจ ความอบอุ่น การบรรเทาความกังวลใจแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวปลอบโยนซึ่งกันและกัน หลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพัฒนาทักษะต่างๆ ให้แก่สมาชิก เป็นการพัฒนาทั้งทางกาย อารมณ์ สังคมและการศึกษา เช่น การช่วยเหลือให้ลูกมีทักษะการเข้ากับเพื่อนฝูง สามารถเรียนหนังสือ

หรือเริ่มงานอาชีพได้เป็นปีกแผ่น เป็นต้น

4. การบริการจัดการภายในครอบครัว บทบาทหน้าที่ด้านนี้เกี่ยวข้องกับภารกิจหลายอย่าง ได้แก่ การเป็นผู้นำ การตัดสินใจในปัญหาต่างๆ การคงไว้ซึ่งมาตรฐานของครอบครัว การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในครอบครัว

5. การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการทางกามารมณ์ในลักษณะที่ทั้งสามีและภรรยาต่างได้รับความพึงพอใจ

ความสำคัญของบทบาทบุคคลในครอบครัว คือการจัดสภาพแวดล้อมภายในครอบครัวให้น่าอยู่ สร้างความอบอุ่น มีความรัก ความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กหรือเยาวชนกล้าแสดงออกด้านความคิด พฤติกรรมการคบเพื่อนที่เหมาะสม และที่สำคัญบุคคลภายในครอบครัวควรลดปริมาณการใช้ยาเสพติดลง เพื่อการเป็นแบบอย่างที่ดี (ดุขฎิ, ลัดดาวัลย์ และ ชัยวัฒน์, 2540) แม้ว่าบทบาทครอบครัวมีความสำคัญดังกล่าว แต่จากการศึกษาศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดยาเสพติดให้โทษ: ศึกษากรณีผู้มีประวัติถูกจับกุมในเขตพื้นที่อำเภอเมืองปทุมธานี พบว่าครอบครัวไม่รู้บทบาทของครอบครัวว่าเป็นอย่างไรในการดูแล้วยุ่ไม่ให้พลอยจากยาเสพติดจากการขาดความรู้ด้านยาเสพติดของครอบครัวทำให้ครอบครัวไม่รู้เท่าทันเล่ห์เหลี่ยมของผู้ใช้ยาเสพติดในการปกปิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ครอบครัวรู้ความจริงขณะติดยาเสพติดถึงขั้นวิกฤติ จนไม่อาจแก้ไขได้ (วสันต์, 2540) จากประเด็นนี้ทำให้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทตนเองเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งมีหลักฐานยืนยันจากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจใน บทบาทของตนเองมากขึ้น ครอบครัวมีการแบ่งปันหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยตามความสนใจ ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบหน้าที่ของตนเองและช่วยเหลือหน้าที่ของมารดามากขึ้น (สำเนา และ สุกมา, 2546)

1.2.4 การตอบสนองทางอารมณ์

การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่ของคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้น อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. อารมณ์ในภาวะปกติ ได้แก่ อารมณ์ที่เป็นสุขหรือเป็นไปในทางบวก เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี

2. อารมณ์ในภาวะวิกฤติ ได้แก่ อารมณ์ที่เป็นไปในทางลบ เช่น ความกลัว โกรธ เสร้า เสียใจ ผิดหวัง

ในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล ความต้องการการตอบสนองทางอารมณ์จากครอบครัวจะแตกต่างกันไป เช่น ในวัยเด็กเด็กต้องการตอบสนองทางอารมณ์จากพ่อแม่เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับลูก แต่เมื่อเข้าวัยรุ่น การตอบสนองทางอารมณ์ส่วนหนึ่งจะได้มาจากบุคคลนอกครอบครัว เช่น กลุ่มเพื่อนฝูง

ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นจะต้องมีการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของสมาชิกให้เหมาะสมตามพัฒนาการ ในการช่วยเหลือครอบครัวต้องมีการประเมินความเหมาะสม คุณภาพและปริมาณของอารมณ์ที่แสดงออก บางครอบครัวอาจแสดงออกได้เฉพาะอารมณ์ที่ดีเช่น รัก สนุก ใจดี แต่ไม่สามารถแสดงออกซึ่งอารมณ์อีกด้านหนึ่งได้ เช่น ไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อกันและกันได้ ลักษณะดังกล่าวถือว่าเป็นสิ่งไม่เหมาะสมและอาจนำมาซึ่งปัญหา เด็กที่เติบโตมาในครอบครัวดังกล่าว อาจมีความจำเป็นในการแสดงออกทางอารมณ์ และทำให้เกิดปัญหาบุคลิกภาพตามมา ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะสามารถแสดงอารมณ์ได้หลายอย่างที่เหมาะสมทั้งคุณภาพและปริมาณ ทำให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวได้ (นิภา, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเสตติคยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าผู้ป่วยคาดหวังว่าครอบครัวสนองตอบทางอารมณ์โดยการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยในทุกๆ เรื่อง ใช้เวลาอยู่ร่วมกันอย่างเข้าอกเข้าใจ มีการให้กำลังใจทั้งด้านพฤติกรรมและคำพูด รู้จักนิยัยใจของผู้ป่วย (ลัดดา และ ระเบียบ, 2546) แต่จากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ครอบครัว ของครอบครัวผู้ป่วยยาเสตติคที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ พบว่าทั้งครอบครัวและผู้ป่วยยังคงปฏิบัติเช่นเดิม ไม่ได้แสดงลักษณะที่แสดงความรักการเอาใจใส่โดยการโอบกอด แต่แสดงโดยการใช้คำพูดที่ลอบโยนมากกว่า อาจเป็นเพราะว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นมารดาถึงร้อยละ 46.67 ความสนิทสนมระหว่างบุตรชายกับมารดา ไม่เท่ากับระหว่างบุตรชายกับบิดา ประกอบกับวัฒนธรรมไทยไม่เอื้อต่อการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบโดยเฉพาะเวลาโกรธ บุตรถูกสอนไม่ให้ใส่อารมณ์กับผู้ใหญ่ (สำเนา และ สุกมา, 2546)

1. 2.5 ความผูกพันทางอารมณ์

ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าในสิ่งต่างๆ ที่สมาชิกแต่ละคนทำ รวมทั้งระดับความรู้สึกผูกพันห่วงใยที่แต่ละบุคคลมีต่อกัน ความผูกพันทางอารมณ์นี้มีหลายระดับ ได้แก่

1. ปราศจากความผูกพัน สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันและกันเลย เพียงแต่อยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น
2. ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก มีความสนใจต่อกันบ้าง แต่ความรู้สึกซึ่งทางอารมณ์ต่อกันและความห่วงใยในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น หรือแทบไม่มีเลย และเป็นไปตามหน้าที่ เช่น เมื่อถูกเรียกร้องให้แสดงออกมาหรือเมื่อเกิดภาวะความจำเป็นหรือเป็นไปเพื่อความอยากรู้อยากเห็น อยากรจะควบคุมอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น
3. ผูกพันเพื่อตนเอง ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งนั้นเป็นไปเพื่อตนเองเพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง
4. ผูกพันอย่างมีความเข้าอกเข้าใจ ความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดย

มีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ฉะนั้นความสนใจผูกพันแบบนี้จะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

5. ผูกพันมากเกินไป ลักษณะของความสนใจเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านจ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

6. ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกันเป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนกระทั่งเหมือนกับเป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตของความเป็นบุคคลของแต่ละคนนั้นไม่ชัดเจนหรือไม่มีเลย

ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมักพบว่าเป็นลักษณะที่มีความผูกพันแบบใกล้ชิดมากเกินไป (enmeshed) จนสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองได้หรือมีความผูกพันแบบห่างเหินกันเกินไป (disengaged) จนทำให้สมาชิกต่างคนต่างอยู่ไม่มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Louie, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวและการปฏิบัติของครอบครัวกับลักษณะการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐวอริกซ์ ที่พบว่า เมื่อบุตรกระทำผิด ครอบครัวส่วนใหญ่มักจะว่ากล่าว ดุด่าหรือมีการลงโทษที่รุนแรง ตลอดจนจนถึงการนำพฤติกรรมของบุตรตนเองไปเปรียบเทียบกับบุตรผู้อื่นหรือเปรียบเทียบระหว่างญาติพี่น้อง (สำเนา, 2542) ดังคำกล่าวที่ว่า ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่มีการชมเชยหรือการให้กำลังใจ แต่มีท่าทีคอยจับผิด ต่ำหนิ ดุด่าหรือโทษกันไปมา (ทิพาวดี, 2545) ความผูกพันทางอารมณ์เปรียบเสมือนสายใยรักในครอบครัวที่เป็นพื้นฐานก่อให้เกิดความรักความเข้าใจ ความห่วงใย การเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (นิภา, 2544) ครอบครัวปกติพบว่าความผูกพันจะเป็นแบบที่มีความเข้าใจกัน จากการศึกษาพบว่าบุคคลต้องการความรักความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าความผูกพันด้านอื่น ดังการศึกษาบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่รักษาไม่ครบกำหนดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในโรงพยาบาลรัฐวอริกซ์ พบว่าผู้ป่วยคาดหวังด้านความผูกพันทางอารมณ์จากครอบครัวคือต้องการให้ครอบครัวแสดงออกถึงความผูกพันด้วยการสัมผัสที่นุ่มนวล จริงใจและไม่แสดงออกถึงความผูกพันที่มากเกินไปหรือผูกพันจนเหมือนว่าเป็นคนๆ เดียว จนดูเหมือนเข้าไปก้าวล้ำความเป็นส่วนตัวจนผู้ติดยาไม่มีความเป็นตัวของตัวเองและผู้ป่วยยังคาดหวังจะให้ครอบครัวให้อภัยเปิดโอกาสให้ได้แก้ตัวใหม่ ตลอดจนอยากได้กำลังใจจากครอบครัวเมื่อตนเองได้ทำในสิ่งที่ถูกต้องและทำสำเร็จ (ลัดดา และ ระเบียบ, 2546) สอดคล้องกับ การศึกษาการใช้ยานเสพยาของนักเรียนปรับสภาพปีการศึกษา 2540 โรงเรียนสุโขทัยวิทยาคม การศึกษาพบว่าในด้านความต้องการของนักเรียนที่จะได้รับจากครอบครัว ครู อาจารย์ และสังคม นักเรียนมีความต้องการความเข้าใจมากที่สุด (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย, 2540) และ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ พบว่าหลังใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ครอบครัวได้มีการปรับปรุงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันมากขึ้น (สำเนา และ สุกมา, 2546)

1.2.6 การควบคุมพฤติกรรม

การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง แบบแผนที่ครอบครัวยุติปฏิบัติในการควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในสถานการณ์ต่างๆ การควบคุมพฤติกรรมไม่ใช่เป็นเพียงการฝึกฝนระเบียบวินัยในครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นการจัดการกับพฤติกรรมหลากหลายที่เกิดขึ้น ลักษณะการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด ได้แก่ การควบคุมพฤติกรรมตามกฎต่างๆ ของครอบครัวในลักษณะเข้มงวด มีการกำหนดหน้าที่ที่แน่นอน ครอบครัวลักษณะนี้จะกระทำการกิจประจำวันได้ค่อนข้างดี สมาชิกจะรู้ว่าแต่ละคนจะต้องทำอะไร แต่จะมีการปรับตัวลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสสำหรับการต่อรองหรือการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสภาพการณ์ การควบคุมพฤติกรรมที่เข้มงวดเกินไป อาจนำมาซึ่งการต่อสู้ช่วงชิงอำนาจในครอบครัว การมีพฤติกรรมแบบคือเจ็บหรือความโกรธที่พุ่งไปสู่บุคคลภายนอกครอบครัวได้

2. การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น ภายในครอบครัวมีมาตรฐานหรือกฎสำหรับพฤติกรรม แต่มีความยืดหยุ่นพอประมาณ โดยมีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและการปรับเปลี่ยนกฎได้ตามความเหมาะสม การควบคุมพฤติกรรมแบบนี้เป็นแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุดเพราะเป็นไปในลักษณะที่เข้าอกเข้าใจ ให้การสนับสนุนและอบรม ไม่ใช่เผด็จการ ทำให้สมาชิกรู้สึกอยากร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

3. การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ หมายถึง ไม่มีทิศทางที่แน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีการชี้แนะ การตัดสินใจหรือการแทรกแซงจากสมาชิกคนอื่นเพื่อให้พฤติกรรมมีความเหมาะสม ลักษณะแบบนี้ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ครอบครัวแบบนี้จะรู้สึกไม่มั่นคง การควบคุมตนเองไม่ดีและอาจมีลักษณะเรียกร้องความสนใจมาก

4. การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง หมายถึง ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมในรูปแบบที่ไม่แน่นอน บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น บางครั้งเป็นแบบใครจะทำอะไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับความพอใจหรืออารมณ์ของบุคคล แทนที่จะปฏิบัติตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวสับสน ว่าควรประพฤติอย่างไรในสถานการณ์นั้นๆ การควบคุมพฤติกรรมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุดใน 4 แบบที่กล่าวมา เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่เสมอต้นเสมอปลายหรือความแน่นอนในการปฏิบัติหน้าที่ (อุมพร, 2544)

ครอบครัวที่มีสมาชิกติดยาเสพติดจะมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือประการที่หนึ่งเป็นครอบครัวที่มีความโหดร้ายทารุณ (inhumer) มักใช้กำลังในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ประการที่สองเป็นครอบครัวที่เข้มงวด (rigid) ยึดถือระเบียบกฎเกณฑ์ไม่มีความยืดหยุ่นและประการสุดท้ายมักเป็นครอบครัวที่ปิดกั้น (closed) ไม่ให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น (Wegscheider cited by Louie, 1990) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการอบรมเลี้ยงดูโดยเฉพาอย่างยิ่งการเลี้ยงดูแบบปกป้องหรือควบคุมมากเกินไป อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งของพฤติกรรมด้านยาเสพติด (สุจิต, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาโครงการ

การศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพยาบ้าของวัยรุ่น:แนวทาง ป้องกันแก้ไข พบว่าการควบคุมดูแลของบิดามารดาและการมีส่วนร่วมในครอบครัวส่งผลทางลบต่อ พฤติกรรมการเสพยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่น (นันทา, 2546) และสอดคล้องกับการศึกษาบาทของครอบครัวต่อ ปัญหาการเสพยาบ้าของบุตรหลานในวัยเด็ก-เยาวชน เขตจังหวัดมุกดาหาร ปี 2539 พบว่าครอบครัว ส่วนใหญ่มีการเลี้ยงดูบุตรแบบตามใจ ครอบครัวให้เวลากับบุตรที่เสพยาบ้าลดลงกว่าเดิมและ ครอบครัวไม่ได้ดูแลและควบคุมการเที่ยวเตร่ของบุตร (สัญญาชัย, 2540) และยังพบการศึกษา ศึกษาวิทยานิพนธ์นักเรียนติดยาเสพติดในสถานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระ นเรศวรมหาราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สาเหตุของการติดยาเสพติดเกิดจากการเลี้ยงดูของครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูแบบตามใจมากเกินไป (สุภาณัฐ, 2541) สิ่งต่างๆ เหล่านี้นี้อาจเกิดขึ้นได้จากการที่พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมพฤติกรรมสมาชิกสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยบ่งชี้สาเหตุ การใช้และติดยาเสพติดของเด็กและเยาวชนในกรุงเทพมหานครและจังหวัดยโสธร ผลการสัมภาษณ์ พ่อแม่ของผู้ใช้สารเสพติด พบว่าพ่อแม่ของเด็กและเยาวชนที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีการที่เหมาะสม ในการให้รางวัล ลงโทษ และควบคุมพฤติกรรมของลูก เมื่อลูกมีพฤติกรรมที่ไม่ดีจะปล่อยละเลยและเมื่อ ลูกทำความดีจะให้รางวัลโดยเน้นเรื่อง เงินและสิ่งของ (คุณฎี, ตัดดาวัลย์ และ ชัยวัฒน์, 2540) ซึ่งที่กล่าวมา ข้างต้นเกิดจากการที่ครอบครัวขาดความรู้ในการควบคุมพฤติกรรม หากครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ จะ ทำให้ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น ดังการศึกษาการพัฒนาโปรแกรม การทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟู สมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ พบว่าก่อนทดลองครอบครัวส่วนใหญ่มีการควบคุมแบบไม่มี กฎเกณฑ์หรือแบบเข้มงวดหลังทดลองเปลี่ยนแปลงการควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น การกำหนด กฎเกณฑ์ในบ้าน ผู้ป่วยและพ่อแม่ร่วมกันกำหนด (สำเนา และ สุกมา, 2546)

2. ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยกำหนดพฤติกรรมมีหลายปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้เลือกปัจจัยการ รับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้วิจัยคาดว่าส่งเสริมให้การรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มี ผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง ศาสตร์ต่างๆ ข้อมูล กฎเกณฑ์ หรือสิ่ง ที่เกิดขึ้นจากค้นคว้า การเรียนรู้ การสังเกต การสืบสวน หรือประสบการณ์ของบุคคล การรับรู้ข้อเท็จจริง เหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา พจนานุกรมเมอร์เรียมเว็บสเตอร์ คอลเลจिएท (Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 1996) อ้างตาม ทิพย์ธาดพร, 2546) ซึ่งความรู้ก่อให้เกิดการจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม ก่อให้เกิดความคิด ให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ และมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเกิดขึ้น (ทิพย์ธาดพร, 2546) ซึ่งความรู้ความเข้าใจ ที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีพฤติกรรมบุคคล

แตกต่างกัน ดังการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าสมาชิกกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการ วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านต่างกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านแตกต่างกัน โดยสมาชิกที่ได้คะแนนความรู้ความเข้าใจสูงกว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมมากกว่า (ทิพวรรณ, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำหนดปรัชญาการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ของผู้บริหารการพยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับปรัชญาการพยาบาล มีความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้บริหารที่เคยผ่านการอบรมมีความรู้และการปฏิบัติสูงกว่าผู้บริหารที่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับปรัชญาการพยาบาล (รัชตวรรณ, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับข่าวสารมีผลให้บุคคลเกิดความรู้ซึ่งผลต่อพฤติกรรมบุคคลเช่นกัน ดังการศึกษาการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสงขลาเมืองน่าอยู่ของเทศบาลนครสงขลา จังหวัดสงขลา ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร ผู้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมากจะมีส่วนร่วมในโครงการสงขลาเมืองน่าอยู่มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อย (จุฑารัตน์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษามีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง พบว่าการอบรมความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง (จันทิมา, 2543) เช่นเดียวกับศึกษามีส่วนร่วมของนักเรียนมัธยมศึกษาในกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พบว่า การได้รับข่าวสารการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษา (เครือวัลย์, 2545) และการศึกษาปัจจัยในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินโครงการ ของผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากจะเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโครงการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้ามากกว่าผู้ที่ได้รับข่าวสารน้อย (วิไลวรรณ, 2542)

2. ทักษะ หมายถึง ความรู้ลึกของคนที่เมื่อต้องสิ่งของคนหรือเหตุการณ์ที่แสดงออกถึงความชอบและไม่ชอบ (พิทยา, 2541) เป็นตัวการสำคัญที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ (วิภาพร, ม.ป.ป.) ดังการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าทักษะที่มีต่อสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจ (ชัมย์พร, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตัดสินใจเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทยพบว่า ทักษะ เป็นปัจจัยนำที่มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมป้องกันการตัดสินใจเสพติดได้ดีที่สุดเป็นอันดับแรก (สำนักพัฒนาการพลศึกษาสุขภาพและนันทนาการ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2541) ซึ่งทักษะของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการเรียนรู้ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมถาวร ดังการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมป้องกันการตัดสินใจเสพติดให้โทษของนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษา พบว่า

นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันยาเสพติดได้ดีด้วย ผู้ศึกษาเสนอแนะให้ส่งเสริมและปลูกฝังทัศนคติให้ดียิ่งขึ้นและกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันยาเสพติด (ดวงสิทธิ์, 2541) ดังการศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมกำหนัดรักษาของผู้เสพติดเฮโรอีน โรงพยาบาล รัชฎาจารย์ จังหวัดปทุมธานี พบว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับเฮโรอีนทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ที่มีต่อเฮโรอีนสูงกว่าก่อนทดลอง (คุณฉิม, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าทัศนคติที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมต่างกันเช่นกัน ดังการศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดสงขลา พบว่าทัศนคติที่มีต่อการปกครองท้องถิ่นแบบ อบต. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล (ดุสิตา, 2545)

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self - efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ (Bandura, 1976) แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเองซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามลักษณะของงาน หรือกิจกรรมที่กำหนด และสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์อย่างยิ่ง การมีความรู้และความสามารถนั้น แบนดูราอธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) หมายถึง ความคาดหมายของบุคคล เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ มาปฏิบัติ (Bandura, 1976) โดยทั่วไปแล้วคนเราจะตัดสินใจกระทำสิ่งใดย่อมต้องคิดก่อนว่าทำไปแล้วว่าจะได้ประโยชน์อะไรบ้าง ถ้าหากทำแล้วเกิดประโยชน์ที่ตนเองปรารถนา ก็ย่อมเกิดความสนใจที่จะประกอบกิจกรรมนั้นและความเชื่อในความสามารถ (efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ ปัจจัยประการหลังนี้ แบนดูราเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ดังการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเลิกเสพยาเสพติด ตามทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติด ความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาเสพติดของผู้เลิกเสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัชฎาจารย์พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดสูง และมีความคาดหวังในผลของการเลิกเสพยาเสพติดสูง มีแนวโน้มในการเลิกเสพยาเสพติดมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดต่ำ (ศศิธร, 2541)

การรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยความพึงพอใจและปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ แม้บางครั้งผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ก็มีความพยายามและตั้งใจจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป ในตรงกันข้ามหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวัง

ผลลัพธ์จะสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และไม่สนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป โดยแหล่งสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถพัฒนาขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง คือ

3.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ การได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองที่ปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และความคาดหวังว่าตนจะกระทำสำเร็จ แม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นๆ จะเกิดความล้มเหลวบ้าง แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก เพราะบุคคลยังเชื่อว่าตนมีความสามารถอยู่ แต่ถ้าบุคคลความล้มเหลวอยู่บ่อยๆ ทำให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง

3.2 การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ บุคคลจะประเมินความสามารถของตนเองจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนสามารถกระทำกิจกรรมแล้วประสบความสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลผู้สังเกตมีแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าตนก็มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกัน (Bandura, 1997)

3.3 การใช้คำพูดชักจูง โดยบุคคลอื่นบอกว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ โดยบุคคลอื่นที่สามารถใช้คำพูดชักจูงได้ต้องเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือและมีความสำคัญต่อผู้ได้รับการจูงใจ คอยให้คำแนะนำ กำลังใจ กล่าวชมเชยจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามและเกิดความมั่นใจมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเพื่อให้ได้ผลดี

3.4 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายที่แสดงออกเมื่อถูกคุกคามและการเผชิญกับความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี และอารมณ์ปกติ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

4. แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วยในด้านต่างๆ เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการของและมีผลดีต่อพฤติกรรมของบุคคล (คาริกา, 2540) โดยทั่วไปครอบครัวแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน (Brown, 1986 อ้างตาม คาริกา, 2540)

สำหรับชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมีผู้สนใจศึกษาและได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป เช่น คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support) เฮาส์ (House, 1981) แบ่งแรงสนับสนุนทาง

สังคมออกเป็น 4 ชนิด คือแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสื่อ (instrumental support) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตัดสิน (appraisal support) การศึกษาค้นคว้าวิจัยสนใจนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่ออธิบายการเกิดพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลด้วยการให้การดูแลเอาใจใส่ จนเกิดความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การยอมรับนับถือ จากการได้เป็นที่รักหรือการทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าทำให้เกิดกำลังใจในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ขวัญหทัย, 2544; Cobb, 1976; House, 1981) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากสังคมรอบๆ ตัวเพื่อให้เกิดความรู้สึที่ดีและมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น จากการได้รับการแนะนำในการแก้ปัญหา การเสนอแนะแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (ขวัญหทัย, 2544; House, 1981)

จากการศึกษาพบว่าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารตามที่บุคคลต้องการ จะช่วยให้บุคคลเกิดความภูมิใจ เกิดกำลังใจและมีความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะเป็แรงผลักดันให้บุคคลพยายามปรับปรุงตัวเองหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี (ขวัญหทัย, 2544) ดังการศึกษาผลของตัวบ่งชี้ทางจิตสังคมและปริมาณการทํานายพฤติกรรมใฝ่รู้ของนักศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมใฝ่รู้ของนักศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมใฝ่รู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (พรพรรณ, นีออน และ พรณทิวา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่ดีด้วยและเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลน้อย (เขาวภา, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์วัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันแสดงว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการได้รับความรัก การช่วยเหลือเอาใจใส่และให้กำลังใจจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่ามีคุณค่า (ดาริกา, 2540) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าทัศนคติของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าถ้าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการควบคุมการพยาบาลดี จะมีแนวโน้มว่าในการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลมากเช่นกัน (สุรีย์, 2542)

3. ขั้นตอนในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

เนื่องจากการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษายาเสพติดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบเพียงแนวคิดของนิภา (2544) กล่าวถึงขั้นตอนการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดดังนี้

1. การประเมินครอบครัว เป็นการรวบรวมข้อมูล ซึ่งกระทำได้หลายวิธีการ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามหรือเพิ่มประวัติ ในที่นี้จะขอกล่าวเน้นไปที่ปัญหาของครอบครัว และการกระทำหน้าที่ของครอบครัว โดย

1.1 การประเมินระดับปัญหาของครอบครัวที่เกิดจากยาเสพติด

1.2 การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว การประเมินระดับปัญหาของครอบครัวที่เกิดจากยาเสพติด ในการติดต่อกับครอบครัวของผู้ใช้ยาเสพติด ในช่วงแรกครอบครัวอาจจะไม่ตระหนักถึงปัญหาเสพติดว่าปัญหาจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวมากน้อยเพียงไร ดังนั้นแบบประเมินเช่นนี้จะช่วยให้ผู้บำบัดทราบถึงระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด

2. การวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการประเมินครอบครัวและให้การวินิจฉัย จากการรวบรวมข้อมูลต่างๆ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ผู้ประเมินจะได้คำตอบว่าปัญหาคืออะไร อยู่ในระดับไหน และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร

3. การวางแผนการดำเนินการแก้ไข การแก้ไขจะได้ผลครอบครัวจะต้องมีความเข้าใจในปัญหาของตัวเองและของครอบครัวด้วยและที่สำคัญครอบครัวจะต้องยอมรับแผนการดำเนินการแก้ไข ตามขั้นตอนของการดำเนินการติดตามผลการดำเนินการ อย่างที่กล่าวแล้วว่า ปัญหาของแต่ละครอบครัวจะไม่เท่ากัน ในขณะที่บางครอบครัวสามารถดำเนินการแก้ไขให้ถูกลงไปได้โดยใช้แนวทางของการให้การปรึกษาครอบครัว แต่บางครอบครัวอาจต้องใช้วิธีการของครอบครัวบำบัด ซึ่งบางครอบครัวเองอาจต้องใช้ระยะเวลาอันซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละครอบครัว (ทิพาวดี, 2545)

จากการศึกษาพบปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลพยาบาลโดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่อาจเป็นปัญหาของผู้ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือครอบครัวและปัญหาอุปสรรคเมื่อจะต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานครอบครัว ไม่มีเวลาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เกิดความเบื่อหน่ายจากการที่นัดครอบครัวครั้งแล้วครั้งเล่าครอบครัวไม่มาตามนัด บางคนขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รวมถึงไม่เข้าใจวิธีการให้การช่วยเหลือครอบครัว หรือเกิดความไม่แน่ใจว่าทำแล้วจะเกิดประโยชน์จริง ผู้ปฏิบัติงานบางคนคิดว่าการเลิกยาเสพติดเป็นเรื่องที่เกิดจากตัวผู้เสพยาเองต้องมีจิตใจที่เข้มแข็งอดทน ไม่คิดว่าครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลิกยาเสพติด และปัญหาที่เกิดจาก ครอบครัว โดยครอบครัวเข้าใจว่าการเลิกยาเสพติดเป็นหน้าที่ของสถานบำบัดที่จะให้ยารักษาอาการจนสามารถช่วยเหลือผู้ติดยาให้เลิกยาเสพติดได้ จึงมอบความไว้วางใจทีมบำบัด ซึ่งคาดหวังว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการบำบัดแล้วสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้โดยเป็นผลจากการ

ปฏิบัติงานของทีมบำบัด ครอบครัวมักไม่มีเวลาหรือติดงาน และยังพบว่าผู้ติดยาเสพติดถูกตัดขาดจากครอบครัว ครอบครัวไม่ให้ความสนใจ (ทิพาวดี, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยติดยาเสพติดมีอาการทางจิต ที่เข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่าญาติมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ติดยาเสพติดหรือดูแลไม่ดีเท่าที่ควรทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำอีก (นันทมา และ เขาวเรศ, 2546)

จะเห็นว่าปัญหาที่พบเกิดจากทั้งครอบครัวและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับครอบครัวเอง โดยเฉพาะด้านครอบครัวที่ไม่ตระหนักว่าการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดเป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัว ทำให้ครอบครัวไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมขณะที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ครอบครัวจึงไม่มีโอกาสได้รับรู้ว่าครอบครัวควรมีพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมอย่างไรบ้างในการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุความล้มเหลวในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความล้มเหลวในการบำบัดรักษามีทั้งสิ้น 12 ปัจจัย ในที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว คือความเข้าใจผิดเรื่องยาเสพติดของครอบครัว ความไม่เข้าใจของครอบครัว ทำให้ผู้ติดยาเสพติดขาดที่พึ่ง (รัตนา และ นิวัตติ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของครอบครัวต่อปัญหาการเสพยาเสพติดของบุตรหลานในวัยเด็กและเยาวชน เขตจังหวัดมุกดาหาร ปี 2539 พบว่า ด้านความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 34 คิดว่าครอบครัวไม่มีส่วนป้องกันแก้ไขปัญหาการเสพยาเสพติดหรือมีน้อย (สัญชัย, 2540) และสอดคล้องกับการศึกษาและพัฒนามาตรฐานพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน พบว่ากิจกรรมพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือของญาติและครอบครัว ไม่ประสบความสำเร็จเพราะไม่ได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ทั้งที่การดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือครอบครัวเป็นสำคัญ (สมจิตต์, นันทา และ วชิร, 2546)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง ปฏิบัติงานด้านครอบครัวต้องมีความมุ่งมั่นอดทนและกล้าที่จะทำเพื่อให้ครอบครัวได้รับรู้หน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหากทั้ง 2 ฝ่ายผลึกกำลังทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจ จะสามารถช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดจนสามารถป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับพฤติกรรมความร่วมมือของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

การรับรู้ของครอบครัวต่อการปฏิบัติของพยาบาลที่ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งที่มีสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือของครอบครัว เพราะหากครอบครัวรับทราบและมีความตระหนักในสิ่งที่พยาบาลส่งเสริมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครอบครัวจนครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้ จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ ของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย จะทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดความรัก ความผูกพัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำหลังจากผ่านการบำบัดรักษาแล้ว และยังส่งผลให้ครอบครัวสามารถแก้ไขความขัดแย้งในครอบครัวที่เป็นปัจจัยในการเสพยาเสพติดซ้ำ (Walitzer, 1999)

พยาบาลสามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้มาใช้กับครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาได้ โดยส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงความจำเป็นที่ครอบครัวต้องเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้และการให้การปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวเกิดการตื่นตัวตระหนักถึงภาระหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติร่วมกันระหว่างครอบครัว พยาบาลและผู้ป่วย เป็นการเตรียมพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้ชีวิตขณะผู้ป่วย เข้ารับการบำบัด ขณะลากลับเยี่ยมบ้านและหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะสถาบันครอบครัวมีความสำคัญในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมครอบครัวศึกษาต่อพฤติกรรมครอบครัวในการป้องกันการเสพยาติดยาบ้าซ้ำ ของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชารักษ์ พบว่าความคาดหวังสูงสุดของครอบครัว คือการที่ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ทำให้ครอบครัวเกิดแรงขับหรือแรงจูงใจในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ (ปัญญารัตน์, 2546)

บริบทของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานีและศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา และรูปแบบการบำบัดรักษา

การศึกษาครั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานีและศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เนื่องจากเป็นศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดส่วนภูมิภาคที่เน้นการบำบัดรักษาผู้รับบริการในพื้นที่ภาคใต้ การเก็บข้อมูลจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดของทั้ง 2 แห่ง เพื่อคุณภาพรวมของปัญหาเสพติดภาคใต้

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา ตั้งอยู่ ณ หมู่บ้านบ่ออิฐ ต.เกาะเด่ว อ.เมือง จ.หาดสงขลา มีเนื้อที่ทั้งหมด 207 ไร่ 1 งาน 50 ตารางวา จัดตั้งขึ้นตามประกาศของกรมการแพทย์เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2533 เปิดบริการผู้ป่วยนอกครั้งแรกเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2534 ต่อมาเปิดรับบริการผู้ป่วยในเมื่อ วันที่ 9 มีนาคม 2533 และเปิดศูนย์อย่างเป็นทางการเมื่อ 26 มีนาคม 2536 และเปิดดำเนินการขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด (therapeutic community) ในวันที่ 23 มกราคม 2538 เดิมเป็นหน่วยงานในสังกัดกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ต่อมามีการปรับปรุงส่วนราชการใหม่ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดในส่วนภูมิภาคจึงมาสังกัดโรงพยาบาลจิตเวชารักษ์ ตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน 2538 โดยเน้นรับบริการ การบำบัดรักษายาเสพติดผู้ที่มีภูมิลำเนาในภาคใต้

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี ตั้งอยู่บ้านปากน้ำ ตำบลรูสะมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ในเนื้อที่ 24 ไร่ 1 งาน 26.8 ตารางวา ในส่วนของการแพร่ระบาดนั้น พื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส มีปัญหาเสพติดอยู่ในเกณฑ์รุนแรง มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี ซึ่งมีสภาพภูมิศาสตร์เหมาะแก่ การใช้เป็นทางลัดลอบลำเลียงยา

เสพติดทางทะเล มีขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม และประชากรนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ การดำรงชีวิตและความเป็นอยู่เป็นลักษณะเฉพาะ ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาที่เป็นชาวมุสลิม จึงมีลักษณะการดำเนินการที่แตกต่างออกไปบางสถานการณ์ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักในปัญหาดังกล่าว จึงจัดตั้งสถานบำบัดรักษาเสพติดขึ้น เพื่อสนองนโยบายของรัฐบาลด้านการบำบัดรักษา โดยวันที่ 9 มกราคม 2537 ได้เปิดรับผู้ป่วยติดยาเสพติดประเภทผู้ป่วยนอก ต่อมา 29 เมษายน 2540 เปิดรับบริการผู้ป่วยใน และ 22 พฤษภาคม 2540 เปิดรับบริการผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบชุมชนบำบัด (สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, 2546)

จากสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านระบาคติวิทยา ลักษณะของสารเสพติดที่ใช้จำนวนและกลุ่มผู้เสพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยต่อยอดการบำบัดจากรูปแบบชุมชนบำบัดเดิมเป็นรูปแบบใหม่ใช้ชื่อว่า การบำบัดฟื้นฟูเข้มข้นทางสายใหม่(FAST Model) โดยมีองค์ประกอบหลัก คือ ครอบครัวยมีส่วนร่วมขณะเข้ารับการบำบัดรักษา ใช้กิจกรรมทางเลือกในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้เหมาะสม กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตัวเอง และแนวทางการดำเนินชีวิตโดยกระบวนการบำบัดแบบชุมชน (สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, 2546) โดยลักษณะการบำบัดจะแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การบำบัดรักษาระยะสั้น (short term treatment plan) ระยะเวลา 4-6 เดือน
 เกณฑ์การรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยไม่มีอาการทางยาเสพติดและสมัครใจ ครอบครัวยให้ความร่วมมือ ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ และศาลสั่งให้รับการบำบัดฟื้นฟู กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการทางยาเสพติด แต่ไม่พร้อมที่จะเข้า FAST MODEL (ต้องการกลับบ้าน)ให้เข้าจิตสังคมบำบัด (Matrix Model) กรณีผู้ป่วยไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์บำบัดฟื้นฟู shot term สามารถเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูต่อไปได้

2. medium term treatment plan การบำบัดระยะกลาง ระยะเวลา 6-8 เดือน
 เกณฑ์การรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการทางยาเสพติดแต่ไม่จำเป็นต้องพึ่งยา (drug abuse) และสมัครใจ ครอบครัวยให้ความร่วมมือ ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิต ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ไม่ผ่านเกณฑ์บำบัดฟื้นฟูแบบ short term

3. long term treatment plan การบำบัดระยะยาว ระยะเวลา 8-12 เดือน
 เกณฑ์การรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการทางยาเสพติด จำเป็นต้องถอนพิษยา ครอบครัวยหรือผู้ป่วยยังไม่พร้อม มีโรคแทรกซ้อนทางกาย หรือจิต ต้องได้รับการรักษาก่อน แพทย์ตรวจวินิจฉัยแล้วเห็นว่าไม่สามารถเข้า short term หรือ medium term ได้ กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์บำบัดฟื้นฟูแบบ medium term

การที่รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเสพติด จึงมีนโยบายให้หน่วยงานต่างทั้ง

ภาครัฐและเอกชนร่วมกันแก้ปัญหาเสพติด อีกทั้งเมื่อมีการศึกษาพบว่าผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา จึงได้จึงมอบหมายให้กระทรวงยุติธรรมตามกฎหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2545 ขึ้น บังคับใช้ตั้งแต่ 28 กันยายน 2545 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัตินี้ เรียกว่า เข้ารับการรักษาก่อนการบำบัดรักษา ซึ่งสาระสำคัญโดยสรุปของพระราชบัญญัตินี้ คือ “เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้คือ โดยที่ปัญหาการเกี่ยวกับการเสพยาให้โทษในปัจจุบันมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่งมิใช่ อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงสมควรกระทำให้กว้างขวาง และโดยผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่งถูกบังคับให้เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดเพื่อแลกกับการได้ยาเสพติด ไปเสพด้วย สมควรขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพและจำหน่ายยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยด้วย นอกจากนี้เนื่องจากบุคคลซึ่งคิดหรือเสพยาเสพติดมีจำนวนมากและเป็นปัญหาของประเทศ สมควรขยายสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์การเสพหรือติดยาเสพติด และสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพราะนอกจากมีหน่วยงานกระทรวงยุติธรรมแล้วยังมีหน่วยงานอื่นของรัฐ และหน่วยงานเอกชนที่มีขีดความสามารถเข้าร่วมในการตรวจพิสูจน์การเสพหรือติดยาเสพติดและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลดังกล่าว อาทิเช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการทหาร เขตอำเภอและกิ่งอำเภอ สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลของเอกชนหรือหน่วยงานอื่น ซึ่งสมควรรวมทรัพยากรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้” (ธนัชชัย, 2545; สำนักงานป.ป.ส., 2545; กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานอาหารและยา, 2547)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโดยตนเองหรือครอบครัว เรียกว่าการเข้ารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจ การรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้ 2 แบบ คือ แบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ที่สมัครใจรักษาจะเลือกรูปแบบไหน ขึ้นกับการตัดสินใจของครอบครัวและผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาโดยการบังคับรักษา การเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในหรือนอกขึ้นอยู่กับความเห็นของคณะกรรมการที่ทำงานร่วมกันพิจารณาเห็นชอบ และส่งเข้ารับการบำบัดรักษาโดย กรมควบคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมเป็นผู้นำส่ง ผู้ป่วยทั้ง 2 ระบบเมื่อเข้าสถานบำบัดรักษาของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในจะเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ทุกราย โดยเข้าสู่กระบวนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 ขั้นตอน ซึ่งการบำบัดรักษารูปแบบผู้ป่วยในมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนรับรักษา (pre-admission period) เพื่อเตรียมตัวผู้ติดยาเสพติดให้พร้อมและเต็มใจรับการรักษาก่อนเริ่มรับการรักษา ครอบครัวต้องเข้าใจวิธีการบำบัดและรับผิดชอบต่อผู้รับการรักษา ในขั้นตอนนี้การสัมภาษณ์ บันทึก ประวัติ วิเคราะห์ปัญหา แนะนำและจูงใจให้เข้าใจโปรแกรมบำบัดแก่ผู้รับการรักษาและครอบครัว (นิภา, 2545) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความตั้งใจจริงที่จะเลิกยาเสพติด ขอมรับการรักษาดำเนินการตามวิธีและระยะเวลาที่กำหนด (บุญญวิจิตร, 2545)

2. ขั้นตอนถอนพิษยา (withdrawal treatment or detoxification) เป็นการบำบัดอาการทางร่างกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด (บุญญวิจิตร, 2545) ผู้รับการบำบัดต้องรับการบำบัดเพื่อให้สามารถหยุดยาเสพติดได้ โดยได้รับการดูแลอย่างจริงจังจากแพทย์ แต่ละสถานบำบัดมีเทคนิคของตนและวิธีที่จะถอนพิษยาแตกต่างกัน (นิภา, 2545) แพทย์อาจใช้สิ่งใดสิ่งหนึ่งไปบรรเทาความอยากเสพยาของผู้ติดยาเสพติด ก็ได้ สำหรับผู้ที่หยุดการเสพยาเสพติดโดยทันทีจะเกิดอาการอยากยาเสพติด เมื่อให้ยาบรรเทาแล้วอาการอยากยาก็จะหมดไป (บุญญวิจิตร, 2545) การถอนพิษยา ใช้เวลาดำเนินการน้อย แต่เห็นผลได้รวดเร็วและชัดเจนจากการตรวจพิสูจน์ในห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีประโยชน์เพราะอย่างน้อยที่สุดในระหว่างที่เข้ารับการถอนพิษยา ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะไม่ไปสร้างปัญหาให้กับสังคมส่วนรวม ซึ่งเป็นผลสำเร็จระยะสั้น อาจพบว่าผู้ติดยาเสพติดบางคนไม่กลับไปใช้ยาเสพติดอีกเมื่อได้รับการถอนพิษยาแล้ว แต่คนกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดยาทั้งหมด (สำนักงาน ป.ป.ส., 2545) ส่วนใหญ่ระยะนี้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายแล้วจากที่อาการทางกายหรืออาการขาดยาหายไป ทำให้ตัดสินใจกลับบ้าน แต่กลับพบว่าอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำมากกว่า ร้อยละ 60 (ปัญจรัตน์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาระดับถอนพิษยาของผู้เสพติดเฮโรอีนในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการรักษาโดยการถอนพิษยาไม่สามารถช่วยให้เลิกเสพยาเฮโรอีนได้นานมากกว่า 30 วัน (กาญจนา, 2541)

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ขั้นตอนนี้มุ่งให้ผู้ติดยาหลุดพ้นจากการติดยาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่มีค่าในสังคม ใช้เวลาอย่างน้อย 180 วัน โดยการฟื้นฟูผู้ติดยาจะต้องดำเนินการทั้งสี่ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม การทำงานและอาชีพ (นิภา, 2545) เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม เป้าหมายสำคัญ คือการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (บุญญวิจิตร, 2545) ข้อสำคัญของกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติดให้กลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจสามารถกลับไปสู่ครอบครัวอย่างปกติสุข มีประสิทธิภาพที่เหมาะสม ซึ่งหากผู้ป่วยติดยาเสพติดสามารถบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องเป็นเวลา 4-8 เดือน จะพบว่าอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำแค่ร้อยละ 30 เท่านั้น (ปัญจรัตน์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2534 พบว่า ผลดีต่อผู้ติดยาเสพติด สามารถเลิกเสพยาเสพติดได้โดยเด็ดขาดหรือหยุดยาเสพติดได้เป็นเวลานาน (จช, 2541)

4. ขั้นติดตามหลังรักษา (aftercare) เป็นกระบวนการติดตามและช่วยเหลือผู้เลิกยาเสพติดที่ผ่านขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว เพื่อช่วยไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีกในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยต้องรับการติดตามการบำบัด ส่งเสริมกำลังใจ ช่วยแก้ปัญหาและคำแนะนำต่างๆ ขั้นตอนนี้กินเวลา 1 ปี (นิภา, 2545) ซึ่งการติดตามผลอาจทำได้โดยการนัดพบ เยี่ยมบ้าน การมีจดหมายติดตามและโทรศัพท์ (บุญญวิจิตร, 2545) หากการติดตามผลหลังการรักษามีความเหมาะสม ช่วยให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ลดการกลับไปเสพยาเสพติดได้ (ดวงพร, 2541).

จากการติดตามผลการดำเนินงาน พบว่าร้อยละ 90.99 ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแบบเข้มข้นทางสายใหม่ไม่กลับไปเสพยา (สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์, 2546) และพบว่า การฟื้นฟูโดยใช้องค์ประกอบ 4 ด้านคือ ครอบครัวมีส่วนร่วมขณะเข้ารับการบำบัดรักษา ใช้กิจกรรมทางเลือกในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้เหมาะสม กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตัวเอง และแนวทางการดำเนินชีวิตโดยกระบวนการบำบัดแบบชุมชน พบว่าครอบครัวและผู้ป่วยมีความพอใจและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมทางเลือกสามารถเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน เกิดการเรียนรู้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีความอดทน อดกลั้น รับผิดชอบ (กัญญา, ศิริรัตน์, เพลินตา, สุชาติ, รัตรี และประกายรัตน์, 2546) ต่อมาได้สำรวจความคิดเห็นโดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นครอบครัวของสมาชิกที่เข้ารับการบำบัด พบว่า ร้อยละ 95.6 มีความเห็นว่าสมาชิกที่ผ่านการฟื้นฟูมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 95.5 บอกว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับสมาชิกดีขึ้น ร้อยละ 61.9 บอกว่าภาพรวมของการฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ดีมาก (วิมล และ คณะ, 2546)

จากความสำคัญดังกล่าวสถาบันธัญญารักษ์จึงได้ถ่ายทอดรูปแบบการบำบัดรักษาแบบเข้มข้นทางสายใหม่ให้แก่ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดส่วนภูมิภาค โดยศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดปัตตานีเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดจากชุมชนบำบัดเป็นรูปแบบเข้มข้นทางสายใหม่ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2544 ต่อมาศูนย์บำบัดเสพยาเสพติดสงขลาได้ปรับปรุงรูปแบบการบำบัดรักษาเช่นกัน ตั้งแต่ 2545 เป็นต้นมา

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหลังการบำบัดรักษา เนื่องจากรูปแบบการบำบัดรักษาที่ยังไม่มีหลักฐานยืนยันแน่ชัดว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลพร้อมทั้งปัจจุบันนี้โรงพยาบาลต้องเข้าสู่ระบบการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดต้องพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย จึงเห็นรูปแบบการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษามากขึ้น เพื่อเน้นย้ำการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเองรับรู้บทบาทตนเองมากขึ้นมีขอบเขตในการให้การดูแลช่วยเหลือไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำอีกดังนั้นการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยผ่านกระบวนการให้ความรู้และการให้การปรึกษาครอบครัวผู้ติดยาเสพติดจะต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการเข้าร่วมกิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม จากการที่ได้รู้ว่าครอบครัวต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ผ่านการปฏิบัติของพยาบาลจะทำให้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กัน โดยครอบครัวน่าจะรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับดีและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน