

การพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน
โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Outpatient Family Psychoeducation Group Activities for the Treatment
of Methamphetamine Users at Nakhu Hospital, Kalasin Province.

(Received: May 26,2026 ; Revised: June 1,2026 ; Accepted: June 8,2026)

อังครศ บุตศรีรักษ์¹
Angkares Bootsirak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา (2) พัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอก และ (3) ประเมินผลการพัฒนากิจกรรมดังกล่าวสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมสมาชิกครอบครัว จำนวนรอบละ 15 คู่ ดำเนินการทั้งหมด 2 รอบ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทฤษฎีภูมิ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความเข้าใจ แบบบันทึกการดำเนินกิจกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรม และแบบบันทึกการสะท้อนผลหลังกิจกรรม (AAR) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 กลไกการเสพติดและผลของเมทแอมเฟตามีนต่อสมอง ครั้งที่ 2 ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ครั้งที่ 3 เส้นทางทางพันธุกรรมและการจัดการภาวะกลับสู่การเสพติด ครั้งที่ 4 ทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ และครั้งที่ 5 การวางแผนการดูแลครอบครัว การใช้ชีวิตร่วมกัน และการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ทุกครั้งมีสื่อประกอบที่หลากหลาย ได้แก่ สไลด์ ประกอบการบรรยาย ใบงาน ใบกรณีศึกษา บัตรสถานการณ์ และใบสรุปความรู้ประจำครั้ง ด้านผลการประเมิน ผู้เข้ารับการบำบัดในรอบที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพติดเมทแอมเฟตามีนหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าผู้เข้ารับการบำบัดในรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และและอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมครบโปรแกรมของผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวในรอบที่ 2 สูงกว่ารอบที่ 1

คำสำคัญ: กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เมทแอมเฟตามีน

Abstract

This study was an action research aimed at (1) examining the situational problems of existing family psychoeducation group activities, (2) developing outpatient family psychoeducation group activities, and (3) evaluating the outcomes of the developed activities for the treatment of methamphetamine users. The research participants consisted of treatment recipients and their family members, with 15 pairs per cycle across two implementation cycles. The research process was conducted in three phases. Data were collected using a secondary data recording form, in-depth interview guides, a knowledge comprehension questionnaire, an activity participation and implementation record form, and an After Action Review (AAR) reflection record. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the family psych education group related content into 5 consolidated sessions, comprising: Session 1, mechanisms of addiction and the effects of methamphetamine on the brain; Session 2, the physical, psychological, and familial impacts of methamphetamine use; Session 3, pathways to recovery and relapse management strategies; Session 4, constructive communication skills; and Session

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

5, family care planning, harmonious cohabitation, and the promotion of family members' well-being. Each session incorporated diverse instructional media, including presentation slides, worksheets, case study sheets, situation cards, and session summary handouts. Regarding the evaluation outcomes, treatment recipients in the second cycle demonstrated significantly higher mean comprehension scores concerning addiction mechanisms and methamphetamine cessation following program participation than those in the first cycle at a statistical significance level of .05, and the program completion rate among participants in the second cycle was higher than that of the first cycle.

Keywords: Family Psychoeducation Group Activities, Outpatient Treatment, Methamphetamine

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้ามีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ใช้สารกลุ่มเมทแอมเฟตามีนทั่วโลกประมาณ 30 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรอายุ 15-64 ปี¹ สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดรายงานว่ายาบ้าเป็นยาเสพติดที่พบมากที่สุดใ้ในคดียาเสพติดถึงร้อยละ 75² ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือราคายาบ้าในชุมชนลดลงเหลือเพียงเม็ดละ 30-100 บาท ทำให้การเข้าถึงง่ายขึ้นและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ปัญหายาขยายวงกว้างมากขึ้น การใช้เมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ใช้มีอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว³ และถ้ามีการใช้ระยะยาวจะทำให้สมองปรับตัวลดความไวต่อสาร ผู้ใช้จึงต้องเพิ่มขนาดการใช้เพื่อให้ได้ผลเช่นเดิม ซึ่งนำไปสู่การเสพติด⁴ นอกจากนี้ยังเกิดความเสื่อมของระบบประสาทและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท ความวิตกกังวล รวมทั้งปัญหาด้านความจำ สมาธิ และการตัดสินใจที่อาจคงอยู่แม้หลังหยุดใช้แล้ว⁵ ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังกระทบครอบครัวในด้านความสัมพันธ์ การดูแล และความเครียดของสมาชิกในครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรกเป็นระยะบำบัดแบบเข้มข้น 16 สัปดาห์ และช่วงที่ 2 เป็นระยะติดตามการบำบัด 12 เดือน กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาถือเป็นส่วนสำคัญของระยะบำบัดแบบเข้มข้นที่มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการบำบัดและครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของยาเสพติด กลไกการเสพติดและเลิกเสพ รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยใช้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยเสริม โดยมีเนื้อหา 12 หัวข้อ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-1.5 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีเป้าหมายสี่ประการ คือนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติดและฟื้นฟูช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวเข้าใจผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งเสริมดูแลตนเองของสมาชิก และสร้างบรรยากาศเป็นมืออาชีพที่ให้เกียรติและศักดิ์ศรีแก่ผู้เข้ารับบำบัด⁶

การศึกษาของ กฤต กุลบุตรดี และคณะ⁷ พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีครอบครัวและชุมชนเข้าร่วมในโปรแกรมการบำบัดมีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาและสารเสพติด ความมุ่งมั่นในการหยุดใช้ยา และความตั้งใจในการมารับบริการบำบัดรักษา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครวัฒน์ เพียวพวงกวัด⁸ ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกเสพเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การปรับประยุกต์โปรแกรมให้เหมาะสม

กับบริบทสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดได้ การศึกษาของ วิภากรณ์ ปัญญาดี⁹ พบว่า การประยุกต์โปรแกรม Matrix โดยเพิ่มกิจกรรม One Day Camp, Family Camp และกิจกรรมจิตอาสา ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แม้จะมีหลักฐานวิจัยสนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการปรับประยุกต์โปรแกรมช่วยเพิ่มประสิทธิผลการบำบัด แต่ในทางปฏิบัติยังพบอุปสรรคสำคัญในการนำไปใช้ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ได้เปิดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกภายใต้ชื่อ "คลินิกฟ้าใส" จากข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเข้ารับการบำบัดจำนวน 60, 86 และ 126 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากกว่าหนึ่งเท่าตัว จากการทบทวนงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้ารับบำบัดและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาครบทั้ง 12 ครั้งเพียงร้อยละ 28 ส่วนใหญ่เข้าร่วม 4-6 ครั้ง หรือคิดเป็นเพียงครึ่งหนึ่งของโปรแกรมสาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดด้านเวลา การเดินทางภาระงาน และไม่เข้าใจถึงความสำคัญของกิจกรรมผลที่ตามมาคือผู้เข้ารับบำบัดและครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและเลิกเสพติดและขาดทักษะในการจัดการปัญหาที่ต้องเจอ เมื่อติดตามผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือนสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วมครบถึง 2.3 เท่า แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมเดิมยังไม่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาคู และขาดความยืดหยุ่นในการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้เข้ารับการบำบัดและครอบครัว

จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้เกิดรูปแบบกิจกรรมที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้คาดหวังว่าจะช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพติดเมทแอมเฟตามีนแก่ผู้เข้ารับการบำบัด รวมถึงเสริมสร้างความเข้าใจในกลไกการเสพติดและบทบาทของสมาชิกครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนมุ่งเพิ่มอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรมที่กำหนด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์เป็นรูปแบบต้นแบบสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา และประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

วิธีการวิจัย

รูปแบบและระยะเวลาการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 รวม 8 เดือน โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนากิจกรรมตามวงจร PAOR จำนวน 2 วงรอบ และระยะที่ 3 การประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้ลงทะเบียน

เข้ารับการบำบัดในโปรแกรม Matrix Program ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ให้ข้อมูลในระยะศึกษาสถานการณ์ คือ ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมสมาชิกครอบครัวที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบเกณฑ์ จำนวน 5 คู่ รวม 10 ราย (2) ผู้เข้าร่วมวิจัยวงรอบที่ 1 จำนวน 15 คู่ รวม 30 ราย และ (3) ผู้เข้าร่วมวิจัยวงรอบที่ 2 จำนวน 15 คู่ รวม 30 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มวงรอบที่ 1

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย กำหนดให้ผู้เข้ารับการบำบัดต้องเป็นผู้ใช้เมทาเมเฟตามีนเป็นหลัก มีสถานะจิตคงที่ สื่อสารได้ปกติ และมีสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนร่วมด้วย ส่วนสมาชิกครอบครัวต้องเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดอย่างแท้จริง ทั้งสองฝ่ายต้องยินยอมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย คัดออกผู้ที่มีอาการทางจิตเวชเฉียบพลัน พฤติกรรมก้าวร้าว หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรม การเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยตาม Bloom's Taxonomy ฉบับปรับปรุง (Anderson et al., 2001) ร่วมกับแนวทางของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช., 2568) และ (2) สื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม ได้แก่ สไลด์นำเสนอ ใบความรู้ ใบงาน และสื่อวีดิทัศน์

ประเภทที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชนิด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ มีโครงสร้างตาราง 26 ตัวแปร จัดเป็น 7 หมวด ใช้เก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) (2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง แบ่งเป็น 2 ฉบับตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ครอบคลุม 4 หัวข้อหลัก (3) แบบสอบถามสำหรับผู้เข้ารับการบำบัด เป็นมาตรวัดความเข้าใจแบบ Likert 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้านเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพติด (4) แบบสอบถามสำหรับสมาชิกครอบครัว มีโครงสร้างคู่ขนานกับชุดที่ 3 จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้านเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและบทบาทครอบครัว และ (5) แบบบันทึกการดำเนินกิจกรรมและแบบบันทึก AAR สะท้อนผลกิจกรรม โดยใช้กระบวนการ After Action Review มีคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ความคาดหวัง สิ่งที่เกิดขึ้นจริง สาเหตุของความแตกต่าง และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุง

เครื่องมือทุกชนิดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าระหว่าง 0.67–1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.50) ทุกรายการ ส่วนแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดได้รับการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าชุดผู้เข้ารับการบำบัดมีค่า $\alpha = 0.92$ และชุดสมาชิกครอบครัวมีค่า $\alpha = 0.91$ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.70) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba (1985) ใน 4 มิติ ได้แก่ Credibility, Transferability, Dependability และ Confirmability

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ (กุมภาพันธ์ 2568) ผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีจากเวชระเบียนคลินิกฟ้าใส เพื่อศึกษาแนวโน้มและอัตราการเข้าร่วมกิจกรรม ควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อค้นหาอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วม นำข้อมูลทั้งหมดใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรม

ระยะที่ 2 การพัฒนากิจกรรม (กุมภาพันธ์–กันยายน 2568) ดำเนินการตามวงจร PAOR 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

คือ (1) Plan: ออกแบบหรือปรับปรุงกิจกรรมและสื่อโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (2) Action: ดำเนินกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษากับกลุ่มเป้าหมาย (3) Observation: ประเมินความเข้าใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และ (4) Reflection: จัดสนทนากลุ่มด้วยกระบวนการ AAR เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะนำไปปรับปรุงในวงรอบถัดไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลจากทั้งสองวงรอบเป็นรูปแบบกิจกรรมฉบับสมบูรณ์ เปรียบเทียบผลต่างคะแนนความเข้าใจและอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างสองกลุ่มเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบความเข้าใจก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมภายในกลุ่ม และ Independent Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles and Huberman (1994) ผ่าน 3 ขั้นตอน ได้แก่ การลดทอนข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการสรุปและยืนยันข้อสรุป โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของผล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 316/2567 ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด และข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวมเพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัว

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2565–2567) ของผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 272 ราย ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลนาคู พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 93.40) วัยแรงงานที่มีอายุเฉลี่ย 36.87 ปี (S.D. = 11.02) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.80) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป และมีสถานภาพสมรส โดยลักษณะประชากรดังกล่าวมีความคงที่สม่ำเสมอตลอดทั้งสามปีงบประมาณ ผู้เข้ารับการบำบัดทุกรายมีเมแทบอลิซึมเป็นสารเสพติดหลัก มีค่ามัธยฐานระยะเวลาการใช้สารเสพติดรวมเท่ากับ 6 ปี 6 เดือน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในแต่ละปี (จาก 4 ปี 11 เดือน ในปี 2565 เป็น 7 ปี 6 เดือน ในปี 2567) และพบการใช้สุราและกัญชาร่วมในสัดส่วนสูง (ร้อยละ 60.30 และร้อยละ 39.70 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ผ่านการบำบัดมาแล้ว 1–2 ครั้ง (ร้อยละ 58.10) เข้าสู่ระบบโดยความสมัครใจ (ร้อยละ 65.10) และได้รับการส่งต่อโดยตนเองหรือครอบครัวเป็นหลัก (ร้อยละ 39.70) ทั้งนี้ แม้อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาในภาพรวมจะอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.40 เข้าร่วม 9–12 ครั้ง) แต่ยังคงพบอัตราการเสพยาในระยะเวลา 6 เดือนหลังการบำบัดร้อยละ 33.50

การสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัว 5 คู่พบอุปสรรคสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ด้านรูปแบบกิจกรรม คือการบรรยายเชิงวิชาการเป็นหลัก ภาษาเฉพาะทางที่เข้าใจยาก และโอกาสมีส่วนร่วมน้อย ทำให้รับรู้เป็นการเรียนในชั้นเรียนมากกว่าการบำบัดรักษา (2) ด้านโลจิสติกส์ คือระยะทาง ค่าใช้จ่าย และวันเวลาที่ขัดกับการประกอบอาชีพ และ (3) ด้านสังคม คือการถูกตีตราทั้งในระดับชุมชนและครัวเรือน รวมถึงภาระการดูแลสมาชิกในบ้าน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายระบุ

ว่าได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะความเข้าใจว่าการติดยาเป็นโรค และ 6 ใน 10 รายรายงานว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีทิศทางดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของเกษตรกรและแรงงานในชนบท เพิ่มพื้นที่สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีบุคลากรเป็นสื่อกลาง และปรับความยืดหยุ่นด้านวันเวลา ข้อค้นพบเหล่านี้นำมาเป็นฐานในการกำหนดหลักการออกแบบกิจกรรมในระยะที่ 2

2. ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

2.1 การปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ตามแนวคิดวงจรพัฒนา (PAOR) วงรอบที่ 1

ผู้เข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 1 ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้รับการบำบัดจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.70) มีอายุเฉลี่ย 33.60 ปี ($S.D. = 9.53$) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 40.00) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.30) ภาพรวมมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีนเท่ากับ 3 ปี 7 เดือน โดยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมานานน้อยกว่า 4 ปี (ร้อยละ 60.00) มีความถี่ในการใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือ 2-3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 46.70) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม (ร้อยละ 53.30) และไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อน (ร้อยละ 46.70) และ (2) กลุ่มสมาชิกครอบครัวจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) มีอายุเฉลี่ย 36.27 ปี ($S.D. = 9.05$) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 33.30) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 46.70) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.00) และมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสของผู้เข้ารับการบำบัด

(ร้อยละ 53.30) โดยมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดเท่ากับ 3 ปี 7 เดือน ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษามาก่อน (ร้อยละ 60.00) และพบปัญหาสุขภาพจิตหรือความเครียดจากการดูแลเป็นครั้งคราวมากที่สุด (ร้อยละ 40.00)

ขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดหลักการออกแบบกิจกรรม 4 ด้านจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 ได้แก่ การปรับเปลี่ยนภาษาและการสื่อสารโดยใช้ภาษาถิ่นแทนศัพท์วิชาการ, การเพิ่มกิจกรรมเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของเวลาในแต่ละครั้ง, การลดจำนวนครั้งของกิจกรรมจาก 12 ครั้ง เหลือ 8 ครั้ง และการสร้างบรรยากาศกลุ่มที่ปลอดภัยโดยไม่ตัดสิน จากนั้นนำมาพัฒนาเป็นแผนกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยคัดสรรและปรับปรุงเนื้อหาจากคู่มือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 โดยทำการตัดเนื้อหาที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนออก เช่น เนื้อหาเรื่องสุราและร่างกาย, กลุ่มช่วยเหลือกันเองตามหลัก 12 ขั้นตอน, โรคพิษสุราเรื้อรัง และกัญชากับกระบวนการฟื้นคืนสภาพ และรวบรวมเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ส่งผลให้กิจกรรมครั้งที่ 1-7 มีสัดส่วนกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมร้อยละ 44-56 และครั้งที่ 8 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 78 เนื่องจากเน้นการจัดทำแผนดูแลครอบครัวและนำเสนอผลงานร่วมกัน ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รายด้านอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่า IOC รวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($IOC \geq .50$)

ขั้นปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 15 คู่ (รวม 30 ราย) ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยจัดกิจกรรมทุกวันพุธอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ณ ห้องกลุ่มบำบัดคลินิกฟ้าใส ภาพรวมสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามโครงสร้างและกรอบเวลาที่

กำหนด ทว่ามีการปรับเปลี่ยนเชิงกระบวนการระหว่างดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปรับกิจกรรมกลุ่มเล่าเรื่องชีวิตเป็นการใช้เทคนิคซักถาม-ตอบแทน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยยังอยู่ในระยะสร้างความคุ้นเคยและไม่พร้อมเปิดเผยประสบการณ์ส่วนตัว และครั้งที่ 5 ปรับเพิ่มเวลาช่วงบรรยายจาก 25 นาที เป็น 35 นาที และลดเวลากิจกรรมบทบาทสมมติลงเหลือ 35 นาที เนื่องจากเนื้อหาปริมาณมากและผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามต่อเนื่อง ทั้งนี้ การปรับเปลี่ยนทั้งสองครั้งสามารถบริหารจัดการได้ภายในกรอบเวลา 90 นาที โดยไม่กระทบต่อเนื้อหาหลักของโปรแกรม

ขั้นสังเกต (Observing) ผลการสังเกตการณ์พบข้อเท็จจริงใน 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติที่ 1 รูปแบบการจัดที่นั่ง มีการพัฒนาการจากการนั่งแยกกันในครั้งที่ 1 เริ่มขยับมานั่งผสมผสานในครั้งที่ 3-4 และเปลี่ยนเป็นการนั่งร่วมกันเป็นคู่ทุกคู่ตั้งแต่ครั้งที่ 7 เป็นต้นไป มิติที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วม สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระดับน้อยในครั้งที่ 1-2 สู่ระดับปานกลางในครั้งที่ 3-5 และพัฒนาสู่ระดับมากถึงมากที่สุดในครั้งที่ 6-8 ขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดมีระดับการมีส่วนร่วมคงที่อยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดตลอดทั้ง 8 ครั้ง มิติที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พบพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกอย่างชัดเจนรวม 2 ครั้งในสมาชิกครอบครัวรายเดียวกัน (ในกิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 8) และ มิติที่ 4 การพิทักษ์สิทธิ์พบเหตุการณ์ที่ต้องดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการวิจัย (Protocol) จำนวน 1 ครั้งในครั้งที่ 6 ซึ่งผู้วิจัยสามารถจัดการได้ตามแนวทางที่กำหนดสำหรับอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยของผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวอยู่ที่ร้อยละ 95.00 และร้อยละ 91.70 ตามลำดับ โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าเกณฑ์การจำหน่ายออก (Discharge) จำนวน 2 คู่ ส่งผลให้มีผู้ผ่านครบกระบวนการวิจัยจำนวน 13 คู่ (ร้อยละ 86.67) เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์หลังสิ้นสุดวงจรพบ ว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด ($n =$

13) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.87$, $S.D. = 0.25$) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($M = 3.56$, $S.D. = 0.26$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -62.03$, $df = 12$, $p < .001$) โดยคะแนนรายด้านสูงขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.17$, $S.D. = 0.28$) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มสมาชิกครอบครัว ($n = 13$) มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.95$, $S.D. = 0.20$) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($M = 3.57$, $S.D. = 0.15$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -43.78$, $df = 12$, $p < .001$) โดยพบว่าด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($M = 2.86$, $S.D. = 0.19$)

ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) ผลการสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดกิจกรรม (After Action Review: AAR) ร่วมกับผู้ผ่านกระบวนการครบทั้ง 26 รายพบว่า กิจกรรมครั้งที่ 4 (หัวข้อพฤติกรรมเอื้อต่อการติดยา) และครั้งที่ 7 (หัวข้อทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์) เป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมได้รับประโยชน์สูงสุด โดยมีปัจจัยความสำเร็จหลักประกอบด้วย การใช้ภาษาถิ่น, การกำหนดกฎกติกากลุ่มที่ไม่ตัดสิน และการฝึกทักษะผ่านบทบาทสมมติ (Role-play) สำหรับจุดที่ต้องปรับปรุงแบ่งตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ (1) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญสูง (High Priority) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การเพิ่มกิจกรรมละลายพฤติกรรมในครั้งที่ 1 เนื่องจากระบบเดิมขาดช่วงเวลาสร้างความคุ้นเคย, การปรับปรุงสื่อการสอนเรื่องกลไกสารโดปามีนในครั้งที่ 2 เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น และการปรับโครงสร้างเวลาในครั้งที่ 5 เพื่อไม่ให้เวลากิจกรรมบทบาทสมมติลดลง และ (2) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญปานกลาง (Medium Priority) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การเพิ่มใบสรุปความรู้ประจำครั้ง, การพัฒนาระบบติดตามสมาชิกครอบครัวที่ขาดกิจกรรม, การเพิ่มตัวอย่างสถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่ในกิจกรรม

บทบาทสมมติ และการเพิ่มเนื้อหาการดูแลสุขภาพทางจิตของสมาชิกครอบครัว ซึ่งข้อค้นพบและการสะท้อนผลทั้งหมดในวงรอบที่ 1 นี้ ผู้วิจัยจะนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนขับเคลื่อนการวิจัยปฏิบัติการในวงรอบที่ 2 ต่อไป

2.2 การปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับการบำบัดผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ตามแนวคิดวงจรพัฒนา (PAOR) วงรอบที่ 2

ผู้เข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 2 ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.00) มีอายุเฉลี่ย 33.67 ปี (S.D. = 7.835) พบกลุ่มอายุ 35-39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 26.67) มีสัดส่วนระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 26.67) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 46.67) และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.67) มีค่ามัธยฐานระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีนเท่ากับ 6 ปี 4 เดือน โดยพบช่วงเวลาย้าย 4 ปี 1 เดือนถึง 8 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) มีความถี่ในการใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือ 2-3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 46.70) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม (ร้อยละ 60.00) และไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อน (ร้อยละ 60.00) และ (2) กลุ่มสมาชิกครอบครัวจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) มีอายุเฉลี่ย 36.27 ปี (S.D. = 9.05) พบกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 53.33) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 80.00) และมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาหรือพี่น้องของผู้เข้ารับการบำบัดในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 33.33) มีค่ามัธยฐานระยะเวลาการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดเท่ากับ 3 ปี 7 เดือน โดยพบช่วงระยะเวลาการดูแล 4 ปี 1 เดือนถึง 8 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ครอบครัวศึกษามาก่อน (ร้อยละ 66.67) และพบปัญหาสุขภาพจิตหรือความเครียดจากการดูแลเป็นครั้งคราวมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) ทั้งนี้ กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองวงรอบมีลักษณะทางประชากรและการใช้สารเสพติดที่ใกล้เคียงกัน ทว่าในวงรอบที่ 2 ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานระยะเวลาใช้ยานานกว่า และสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่หลากหลายกว่าวงรอบที่ 1

ขั้นวางแผน ผู้วิจัยได้กำหนดหลักการออกแบบกิจกรรมจำนวน 6 ด้าน จากข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในวงรอบที่ 1 โดยแบ่งเป็นหลักการที่ปรับปรุงต่อยอดจากวงรอบที่ 1 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ (1) การปรับเปลี่ยนภาษาและการสื่อสารพร้อมทั้งเพิ่มสถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่ลงในกิจกรรมบทบาทสมมติ (2) การเพิ่มกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและปรับโครงสร้างเวลาพร้อมเสริมใบความรู้สรุปเนื้อหาแบบย่อในทุกครั้ง (3) การลดจำนวนครั้งของกิจกรรมจาก 8 ครั้ง เหลือ 5 ครั้งพร้อมจัดทำระบบติดตามผู้เข้าร่วมวิจัย และ (4) การสร้างบรรยากาศกลุ่มที่ปลอดภัยพร้อมเพิ่มกิจกรรมละลายพฤติกรรมเป็นเวลา 15 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 และ หลักการที่กำหนดขึ้นใหม่เพิ่มเติมจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ (5) การปรับปรุงสื่อวิดีโอโดปามีนโดยใช้เทคนิคภาพอุปมาอุปไมยและยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมจากบริบทวิถีชีวิตชนบทแทนการอธิบายเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์ล้วน พร้อมทั้งลดเวลาการรับชมจาก 20 นาที เหลือ 15 นาที และ (6) การเพิ่มเนื้อหาการดูแลสุขภาพทางจิตของสมาชิกครอบครัวพร้อมจัดสรรสื่อสนับสนุนการเรียนรู้จากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาแผนกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง โดยทำการรวบรวมเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงกันจากวงรอบที่ 1 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 (รวมเป็นครั้งที่ 1 ในรอบใหม่), ครั้งที่ 3 และ 4 (รวมเป็นครั้งที่ 2 ในรอบใหม่) และครั้งที่ 5 และ 6 (รวมเป็นครั้งที่ 3 ในรอบใหม่) สำหรับครั้งที่ 7 และ 8 ของรอบเดิม คงโครงสร้างไว้เป็นกิจกรรมครั้งที่ 4 และ 5 ตามลำดับ โดยกิจกรรมครั้งที่ 1

และครั้งที่ 3–5 ใช้เวลาจัดครั้งละ 90 นาที ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 2 มีการขยายกรอบเวลาเป็น 120 นาทีเพื่อรองรับเนื้อหาที่มีความหนาแน่นรวม 2 หัวข้อ ทั้งนี้ สัดส่วนกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในครั้งที่ 1–3 อยู่ระหว่างร้อยละ 56–71 และครั้งที่ 4–5 อยู่ที่ร้อยละ 78 ซึ่งทุกกิจกรรมสามารถบรรลุเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของเวลาทั้งหมด ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมจำนวน 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รายด้านอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่า IOC รวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($IOC \geq 0.50$) โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแผนกิจกรรมให้สมบูรณ์ก่อนนำไปลงมือปฏิบัติจริง

ขั้นปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 15 คู่ (รวม 30 ราย) ระหว่างเดือนกรกฎาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยนัดหมายทำกิจกรรมทุกวันพุธอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวมเวลาทำกิจกรรมทั้งสิ้น 480 นาที ซึ่งในวงรอบนี้ ผู้วิจัยสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้ตามโครงสร้างและกรอบเวลาที่วางแผนไว้ทุกประการ และไม่พบการปรับเปลี่ยนกระบวนการที่ไม่เป็นไปตามแผนตลอดการดำเนินงานทั้ง 5 ครั้ง

ขั้นสังเกต (Observing) ผลการสังเกตการณ์เชิงกระบวนการพบข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ใน 4 มิติหลัก ดังนี้ มิติที่ 1 รูปแบบการจัดที่นั่ง มีพัฒนาการและสร้างสัมพันธภาพได้เร็วกว่าวงรอบแรก โดยเปลี่ยนจากการนั่งแยกกันในครั้งที่ 1 ขยับมาเป็นการนั่งผสมผสานในครั้งที่ 2 เริ่มนั่งรวมกันเป็นคู่ส่วนใหญ่ในครั้งที่ 3 และสามารถนั่งร่วมกันเป็นคู่ทุกคู่ได้อย่างเป็นธรรมชาติรวดเร็วขึ้นตั้งแต่ครั้งที่ 4 เป็นต้นไป มิติที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วม สมาชิกกรอบครัวมีระดับความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระดับน้อยถึงปานกลางในครั้งที่ 1 ขยับขึ้นสู่ระดับปานกลางในครั้งที่ 2 ระดับมากในครั้งที่ 3 และก้าวสู่ระดับมากถึงมากที่สุดในการครั้งที่ 4–5 ขณะที่ผู้ได้รับการบำบัดมีระดับการมีส่วนร่วม

ร่วมที่ตื่นตัวขึ้น โดยเพิ่มจากระดับปานกลางในครั้งที่ 1 สู่ระดับมากในครั้งที่ 2–3 และอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในการครั้งที่ 4–5 มิติที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พบการแสดงออกถึงการเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญรวม 2 ครั้งในสมาชิกกรอบครัวรายเดียวกัน (เด่นชัดในกิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5) และ มิติที่ 4 การพิทักษ์สิทธิ์ ไม่พบเหตุการณ์หรืออุปสรรคใด ๆ ที่เข้าข่ายต้องดำเนินการตามโปรโตคอลจริยธรรมการวิจัยตลอดทั้ง 5 ครั้ง สำหรับอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ที่ร้อยละ 100.00 และกลุ่มสมาชิกกรอบครัวอยู่ที่ร้อยละ 97.30 โดยไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดเข้าเกณฑ์การจำหน่ายออกส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 15 คู่ สามารถผ่านครบถ้วนกระบวนการวิจัยได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.74$, $S.D. = 0.16$) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นก้าวกระโดดเป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.35$, $S.D. = 0.12$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -46.40$, $df = 14$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมทุกด้าน ยกเว้นด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงรวมถึงด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่ผลสัมฤทธิ์หลังเรียนปรับขึ้นมาอยู่ในระดับมาก ($M = 3.87$ เท่ากันทั้งสองด้าน) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มสมาชิกกรอบครัว ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.74$, $S.D. = 0.18$) และหลังเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.34$, $S.D. = 0.12$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -65.87$, $df = 14$, $p < .001$) โดยพบว่าด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงและด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองหลังเข้าร่วมขยับมาอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($M = 3.84$ เท่ากันทั้งสองด้าน)

ขั้นสะท้อนผล ขั้นสะท้อนผล (Reflecting): ผลการสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดกิจกรรม (After Action Review: AAR) ร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยครบ

ทั้ง 30 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มระบุตรงกันว่ากิจกรรมโดยรวมตลอดทั้ง 5 ครั้งมีประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้ โดยกิจกรรมครั้งที่ 4 (หัวข้อทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์) และครั้งที่ 5 (หัวข้อการวางแผนดูแลครอบครัวและการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว) ได้รับการประเมินว่าเป็นกิจกรรมที่เกิดประโยชน์สูงสุด โดยระบุปัจจัยความสำเร็จที่พัฒนาดีขึ้นกว่าวงรอบแรก ได้แก่ การจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรมที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นตั้งแต่เริ่มต้น, การเลือกใช้ภาษาถิ่นและดึงสถานการณ์จำลองจากบริบทพื้นที่จริงมาร่วมวิเคราะห์, การปรับลดจำนวนครั้งเหลือ 5 ครั้งซึ่งสอดคล้องกับภาระงานและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย, การเสริมเนื้อหาการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวและการแจกใบความรู้สรุปเนื้อหาประจำครั้งเพื่อทบทวน อย่างไรก็ตาม ประเด็นข้อจำกัดที่ควรนำไปปรับปรุงพบ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนว่ารู้สึกเหนื่อยล้าในช่วงท้ายเนื่องจากต้องใช้เวลายาวนานถึง 120 นาทีต่อเนื่อง และผลประเมินด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองแม้จะอยู่ระดับมากแต่ก็ยังมีความเฉื่อยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแต่งเชิงปฏิบัติการจำแนกตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ (1) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญปานกลาง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การเพิ่มการอธิบายสรุปย่อเนื้อเรื่องกลไกสมองด้วยภาษาพูดที่เรียบง่ายอีกครั้งหลังชมวิดีโอโดปามีนในครั้งที่ 1, การเพิ่มช่วงเวลาพักเบรก เป็นเวลา 10 นาทีในช่วงกึ่งกลางของกิจกรรมครั้งที่ 2 เพื่อลดความเหนื่อยล้า และการจัดสร้างแบบฟอร์มแผนการดูแลครอบครัวล่วงหน้าเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เตรียมข้อมูลตัวเลขหรือข้อเท็จจริงในบ้านก่อนเข้ากิจกรรมครั้งที่ 5 และ (2) ข้อเสนอแนะลำดับความสำคัญต่ำ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การจัดทำทำเนียบรายชื่อแหล่งทุนสนับสนุนทางสังคมหรือหน่วยงานช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งข้อเสนอแนะทั้ง 4

ข้อนี้ถือเป็นการปรับแต่งรายละเอียดเชิงเทคนิคชิ้นงานที่ไม่กระทบต่อโครงสร้างหลักหรือเนื้อหาแกนกลางของหลักสูตรกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแต่อย่างใด

2.3 สรุปภาพรวมการเปรียบเทียบการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

สรุปภาพรวมการเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการของกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอกที่ได้จากการวิจัยปฏิบัติการทั้งสองวงรอบ ผู้วิจัยได้นำโครงสร้าง เนื้อหา สื่อ กระบวนการ และระบบสนับสนุน มาเปรียบเทียบเชิงสังเคราะห์พร้อมระบุเหตุผลเชิงประจักษ์ในการปรับปรุง การสรุปบทเรียนจากวงรอบที่ 1 นำมาสู่การปรับปรุงโครงสร้างในวงรอบที่ 2 อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการรวบรวมเนื้อหาให้กระชับขึ้นจาก 8 ครั้ง เหลือ 5 ครั้ง การเพิ่มสัดส่วนกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมให้สูงขึ้นในทุกครั้ง การปรับปรุงสื่อและบทบาทสมมติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชนบทเพื่อแก้จุดเปราะบางเรื่องความเข้าใจกลไกสมองตลอดจนการเพิ่มเนื้อหาดูแลสุขภาพของครอบครัวและระบบติดตามเชิงรุก ซึ่งการปรับปรุงเหล่านี้นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์และพลวัตกลุ่มที่ดีขึ้นในวงรอบที่ 2 ตามที่ได้นำเสนอไปแล้วข้างต้น

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา
กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพติดแอมเฟตามีนของผู้เข้ารับการบำบัดหลังเข้าร่วมกิจกรรมวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

ผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 2 ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.125) ซึ่งสูงกว่าผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 1 ($n = 13$) ที่มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.95$, $df = 16.19$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในด้านที่ 2 ถึงด้านที่ 5 ของผู้เข้ารับการบำบัดในวงรอบที่ 2 สูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างของระดับความเข้าใจพัฒนาขึ้นมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านที่ 3 ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อผู้ติดยาและครอบครัว ซึ่งวงรอบที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างชัดเจน ($t = -10.17$, $df = 17.03$, $p < .001$) รองลงมาคือ ด้านที่ 4 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและบทบาทของครอบครัว ($t = -9.32$, $df = 26$, $p < .001$), ด้านที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกเสพยา ($t = -7.78$, $df = 20.36$, $p < .001$) และ ด้านที่ 2 กลไกการเกิดการติดยาในระดับสมอง ซึ่งมีระดับความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($t = -6.84$, $df = 26$, $p < .001$) ส่วนใน ด้านที่ 1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการใช้เมทแอมเฟตามีน ผลการวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการทำนันทนาการทั้งสองวงรอบ ($t = -1.62$, $df = 26$, $p = .118$)

กลุ่มสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 2 ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.34$, $S.D. = 0.12$) ซึ่งสูงกว่าสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 1 ($n = 13$) ที่มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, $S.D. = 0.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.31$, $df = 26$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวในวงรอบที่ 2 สูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (ด้านที่ 1 ถึงด้านที่ 5) โดยด้านที่มีความแตกต่างของระดับความเข้าใจพัฒนาขึ้นมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านที่ 3 ผลกระทบของเมทแอมเฟตามีนต่อผู้ติดยาและครอบครัว ซึ่งมีค่าสถิติต่างกันอย่างเด่นชัด ($t = -11.08$, $df = 15.90$, $p < .001$) รองลงมาคือ ด้านที่ 2 กลไกการเกิดการติดยาในระดับสมอง ($t = -9.64$, $df = 26$, $p < .001$), ด้านที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการ

เลิกเสพยา ($t = -8.41$, $df = 26$, $p < .001$), ด้านที่ 4 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและบทบาทของครอบครัว ($t = -8.29$, $df = 14.29$, $p < .001$) และ ด้านที่ 1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการใช้เมทแอมเฟตามีน ($t = -4.89$, $df = 26$, $p < .001$) ซึ่งข้อค้นพบในกลุ่มสมาชิกครอบครัวนี้มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ตรงที่มีมิติความเข้าใจด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มครอบครัวได้รับการพัฒนาให้สูงขึ้นกว่าวงรอบแรก

3.2 การเปรียบเทียบอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาครบตามโปรแกรมที่กำหนดระหว่างวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2

การดำเนินงานในวงรอบที่ 2 มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ที่ร้อยละ 100.00 และกลุ่มสมาชิกครอบครัวมีอัตราการเข้าร่วมเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 97.30 โดยไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยรายใดตกเกณฑ์มาตรฐานหรือเข้าสู่เกณฑ์การจำหน่ายออก ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 15 คู่ สามารถคงอยู่และผ่านเกณฑ์ครบถ้วนกระบวนการวิจัยปฏิบัติการได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความเข้าใจพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพยาเมทแอมเฟตามีนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.74$, $S.D. = 0.16$) และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.35$, $S.D. = 0.12$) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -46.40$, $df = 14$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในทุกมิติ ยกเว้นในส่วนของด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการใช้ยาเสพติดและด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองที่ผลสัมฤทธิ์หลังเข้าร่วมปรับตัวขึ้นมามีอยู่ในระดับมาก ($M = 3.87$ เท่ากันทั้งสองด้าน) ในทำนองเดียวกันกลุ่มสมาชิกครอบครัว ($n = 15$) มีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ใน

ระดับน้อยที่สุด ($\$M = 1.74$, $S.D. = 0.18\$$) และภายหลังสิ้นสุดกระบวนการคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\$M = 4.34$, $S.D. = 0.12\$$) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -65.87$, $df = 14$, $p < .001\$$) โดยมีประเด็นลักษณะร่วมคล้ายคลึงกันคือ ในมิติด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมอง ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความเข้าใจยับยั้งมาสะสมอยู่ในระดับมาก ($\$M = 3.84\$$ เท่ากันทั้งสองด้าน) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในทุกมิติของกลุ่มเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดรักษาในวงรอบที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และระยะของการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดการกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า รูปแบบเดิมที่ใช้การบรรยายทางวิชาการเป็นหลัก มีการใช้ภาษาและคำศัพท์เฉพาะทางที่เข้าใจยาก และมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมน้อย ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวรับรู้กิจกรรมนี้ว่าเป็นการเรียนในชั้นเรียนมากกว่าการบำบัดรักษา ประกอบกับข้อจำกัดในวิถีชีวิตของกลุ่มแรงงานชายในภาคเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดประสบอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากข้อจำกัดด้านระยะทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่ขัดกับการประกอบอาชีพ ตลอดจนการถูกตีตราทางสังคมจากชุมชนและสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health Service Accessibility) ของ Andersen¹⁰ ที่ระบุว่าอุปสรรคเชิงโครงสร้างและปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพและการคงอยู่ในระบบการรักษา สอดรับกับงานวิจัยของ ธัญญาพร สายโน และคณะ¹¹ ที่ชี้ว่า ข้อจำกัดและวิถีชีวิตที่ไม่

สอดคล้องกับโปรแกรมบำบัดเป็นปัจจัยวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยขาดนัดหรือหายไปจากระบบ จากปัญหาข้างต้นส่งผลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เพิ่มพื้นที่การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว และปรับเวลาให้ยืดหยุ่น ซึ่งถือเป็นช่องว่างสำคัญในการนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมในระยะปฏิบัติการถัดไป

2. ผลการปฏิบัติการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า รูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาที่พัฒนาขึ้นตามวงจรปฏิบัติการสามารถแก้ไขข้อจำกัดของรูปแบบเดิมได้ โดยในวงรอบที่ 1 ได้ปรับลดจำนวนครั้งจาก 12 ครั้งเหลือ 8 ครั้ง และพัฒนาต่อเนื่องในวงรอบที่ 2 โดยบูรณาการเนื้อหาที่มีความเชื่อมโยงกันเหลือเพียง 5 ครั้ง ส่งผลให้อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมครบโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.67 ในวงรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 100.00 ในวงรอบที่ 2 ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hogue et al.¹² และ Li et al.¹³ ที่ระบุว่า การบำบัดเชิงกลุ่มโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรมด้วยภาษาถิ่นเป็นปัจจัยที่ช่วยลดระยะห่างทางอำนาจระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอำเภอนาคู การใช้ภาษาถิ่นช่วยปรับเปลี่ยนบรรยากาศจากการสื่อสารเชิงวิชาชีพทางการแพทย์แบบทางการ ให้เป็นการสนทนาในบรรยากาศที่เป็นกันเองและเข้าถึงง่าย ลดอุปสรรคด้านความกลัวการถูกตราหน้า และเอื้อให้ผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวสามารถสะท้อนปัญหาที่แท้จริงได้อย่างเปิดเผย ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดกติกาของกลุ่มแบบไม่ตัดสิน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงเดือน ศรีวรสาร¹⁴ และ ศิริลักษณ์ แสงส่อง และคณะ¹⁵ ที่ยืนยันว่าการบำบัดที่เน้นการปรับทักษะการสื่อสาร การจัดการอารมณ์ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถลดพฤติกรรมและการเสพยาและ

สร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

การเพิ่มกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของเวลาในแต่ละครั้ง โดยเฉพาะการฝึกบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลองในบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และทฤษฎีการเรียนรู้ที่ระบุว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมได้ดีที่สุดเมื่อได้ลงมือปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ นอกจากนี้ การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องผ่านการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ยังช่วยลดการตีตราภายในครัวเรือนและบรรเทาความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment) รวมถึงงานวิจัยของ ปรารธนา คำมีสินนท์ และคณะ¹⁶ และ กฤศ กุลบุตรดี⁷ ที่ชี้ว่าการดึงครอบครัวเข้ามาร่วมวางแผนและกำกับติดตามสามารถเพิ่มความตั้งใจในการหยุดใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนากิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในวงรอบที่ 2 กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเสพติดและการเลิกเสพในภาพรวมสูงกว่าวงรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มสมาชิกครอบครัวมีคะแนนสูงขึ้นกว่าวงรอบแรกในทุกๆ ด้าน ส่วนกลุ่มผู้รับการบำบัดมีคะแนนสูงขึ้นในด้านที่ 2 ถึง 5 อย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองวงรอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อานนท์ ฤงแก้วหงส์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้เพิ่มขึ้นและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโปรแกรม และสอดคล้องกับ กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล¹⁸ ที่ระบุว่า

การบำบัดรูปแบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมกับบริบทเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในระบบ

อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมในวงรอบที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 100.00 สูงกว่าวงรอบที่ 1 ที่อยู่ที่ร้อยละ 86.67 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นาญา พิทักษ์ญาติ และคณะ จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส และคณะ (2559) ปาลิตา พลศักดิ์ และคณะ และ กิตต์กวี โพธิ์โน และคณะ¹⁹⁻²² ที่ยืนยันตรงกันว่าการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับการใช้ตัวแบบและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ และลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินความเข้าใจพบว่าด้านกลไกการเกิดการติดยาในระดับสมองมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นทั้งในสองวงรอบ สอดรับกับข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เน้นย้ำความจำเป็นในการอธิบายซ้ำด้วยภาษาพูดและการเพิ่มช่วงพักในกิจกรรมที่มีเวลาหนาแน่น นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดด้านการติดตามผลระยะยาว กล่าวคือ ยังไม่มีข้อมูลยืนยันว่าความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นจะมีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพียงใดเมื่อผู้รับการบำบัดกลับไปใช้ชีวิตตามปกติในชุมชน เช่น อัตราการเสพซ้ำที่ระยะ 6 เดือนหรือ 12 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลนาคูควรนำรูปแบบกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา 5 ครั้ง que พัฒนาขึ้นไปใช้แทนรูปแบบเดิม โดยดำเนินการปรับปรุง 3 ประการก่อนนำไปใช้จริง ได้แก่ การเพิ่มการอธิบายซ้ำเนื้อหาหลักสมองด้วยภาษาพูดในครั้งที่ 1 การเพิ่มช่วงพักในกลางกิจกรรมครั้งที่ 2 และการส่งแบบฟอร์มแผนดูแลครอบครัวให้ผู้เข้าร่วมล่วงหน้าก่อนครั้งที่ 5 ตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นสะท้อนผลของวงรอบที่ 2

1.2 บุคลากรคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลนาคู ครงการใช้ภาษาถิ่น การกำหนดกติกากลุ่มแบบไม่ ตัดสิน และการใช้สถานการณ์จำลองจากบริบท พื้นที่ในกิจกรรมบทบาทสมมติไว้ในการดำเนิน กิจกรรมทุกครั้ง เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ได้รับการ ระบุจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองวงรอบว่าเป็นเหตุผล หลักที่ทำให้กิจกรรมเข้าถึงได้และนำไปใช้ได้จริง

1.3 ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ควร พิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุนการเดินทาง สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวที่มี ข้อจำกัดด้านระยะทาง กำหนดวันและเวลาจัด กิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแรงงานภาค เกษตรกรรม และจัดระบบติดตามผู้เข้าร่วมที่ขาด กิจกรรมติดต่อกัน เนื่องจากผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าอุปสรรคด้านโครงสร้างเหล่านี้เป็นอุปสรรค หลักที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ครบ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบ กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษาที่พัฒนาขึ้น โดย ติดตามอัตราการเสพยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่ระยะ 6 เดือน และ 12 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เนื่องจากการ วิจัยครั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลยืนยันความต่อเนื่องและ ความยั่งยืนของผลการบำบัด

2.2 ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้เรื่องกลไกการ เกิดการติดยาในระดับสมองที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้มี ระดับการศึกษาต่ำ และทดสอบประสิทธิผลใน บริบทโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากด้านดังกล่าวมี

ค่าเฉลี่ยความเข้าใจต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้าน อื่นในทั้งสองวงรอบ และผู้เข้าร่วมวิจัยจากการ สันทนากลุ่ม AAR ทั้งสองวงรอบระบุตรงกันว่า เนื้อหาด้านนี้ยังเข้าใจยาก

2.3 ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำ รูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ใน โรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทประชากรใกล้เคียง กัน เพื่อทดสอบความสามารถในการถ่ายโอน รูปแบบ (Transferability) ก่อนพิจารณาขยายผล ในวงกว้าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการใน บริบทเฉพาะของโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่อาจ นามากล่าวได้ทั้งหมด ผู้มีพระคุณที่ผู้วิจัยใคร่ขอ กราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง คือ แพทย์หญิงณัฐวดี สุภิตาภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู ที่ได้ให้ ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา พร้อมทั้งให้ความ ช่วยเหลือด้านวิจัย ตลอดจนให้คำปรึกษาในแง่คิด ต่างๆ จากประสบการณ์ ในการทำงาน นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมด้วย สมาชิกครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่พึงมีจาก วิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้บูรพาจารย์ที่ได้ให้ การศึกษาและผู้มีพระคุณแก่ผู้วิจัย ตลอดจน นักวิชาการสาขาต่างๆที่ผู้วิจัยอ้างอิงดังปรากฏใน วิทยานิพนธ์นี้ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.United Nations Office on Drugs and Crime.(2024). World drug report 2024: drug market trends-cocaine, amphetamine-type stimulants [Internet]. 2024 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- 2.สำนักปราบปรามยาเสพติด.(2565). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ: รายงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2565 [สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/report-arrest/61>
- 3.กองควบคุมวัตถุเสพติด.(2567). ยาบ้า (Metamphetamine) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2568]. เข้าถึง ได้จาก: <https://narcotic.fda.moph.go.th/information-about-drugs/metamphetamine>

- 4.Zorick T, Nestor L, Miotto K, Sugar C, Hellemann G, Scanlon G, et al.(2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Addict Behav.* 2010;35(9):853-60.
- 5.Volkow ND, Chang L, Wang GJ, Fowler JS, Franceschi D.(2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. *J Neurosci.* 2001;21(23):9414-8.
- 6.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค.(2563). คู่มือสำหรับการทำกลุ่มครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- 7.กฤศ กุลบุตรดี, และคณะ.(2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วมในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี.* 2566;11(2):17-29.
- 8.อัศวรัตน์ เพ็ญพวงภักดิ์.(2563). ปัจจัยทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนกับการเลิกเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.* 2563;14(33):22-34.
- 9.วิภากรณ์ ปัญญาดี.(2563). ผลการปรับปรุงแบบการบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัดของผู้รับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน. *วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์.* 2563;3(3):107-19.
- 10.Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al.(2001). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Pearson, Allyn & Bacon; 2001.
- 11.ธัญญาพร สายโน, ปวีณา ลิ้มปิติปรากการ, อรุณ บุญสร้าง, ปันจิตา สุขุมาลัย, พลากร สืบสำราญ.(2564). ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.* 2564;4(2):78-88.
- 12.Hogue A, Henderson CE, Becker SJ, Knight DK.(2021). Family involvement in treatment and recovery for substance use disorders among transition-age youth: research bedrocks and opportunities. *J Subst Abuse Treat.* 2021;129:108370.
- 13.Li X, Wang Z, Zhang J.(2022). Effectiveness of family-centered intervention on relapse prevention among methamphetamine users: a quasi-experimental study. *Int J Ment Health Addict.* 2022;20(4):2145-58.
- 14.แสงเดือน ศรีวรสาร.(2567). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพธิ์สวรงค์ จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.* 2567;9(2):396-407.
- 15.ศิริลักษณ์ แสงส่อง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล.(2562). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2562;3(2):76-90.
- 16.ปรารธนา คำมีสินนท์, ไพรวลัย รมชัย, นุจรินทร์ บัวละคร.(2567). การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.* 2567;6(3):1-15.
- 17.อานนท์ ฤกษ์แก้วหงส์, จตุพร เหลืองอุบล, สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์.(2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.* 2567;10(4):19-32.
- 18.กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล.(2562). ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรงค์ประชารักษ์. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร.* 2562;16(1):23-33.
- 19.นาฎยา พิทักษ์ญาติ, ชนิดดา แนนเกสร, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส.(2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น.* 2563;17(1):163-74.

- 20.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส, นุชนาถ แก้วมาตร, ภาคินี เดชชัยยศ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ศรวิษฐ์ บุญประชุม, สุรชาติ นันตา.(2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 21.ปาลิดา พละศักดิ์, ขาลินี สุวรรณยศ, หรรษา เศรษฐบุปผา.(2567). ผลของการเสนอตัวแบบจริงต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(3):15-31.
- 22.กิตต์กวี โพธิ์โน, และคณะ.(2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(2):127-40.