

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผลโครงการการบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา ครั้งนี้ ผู้ประเมินได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยแบ่งเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. โครงการที่ประเมิน
2. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)
3. ทฤษฎีครอบครัว
4. การสนับสนุนทางสังคม
5. ทฤษฎี รูปแบบ และแนวคิดการประเมิน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการประเมิน

1. โครงการที่ประเมิน

(โครงการการบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา)

ปัญหาเสพติดเป็นภัยคุกคามสังคมไทย ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งต่อตัวบุคคลและสังคมโดยรวม ปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาเสพติดได้เปลี่ยนแปลงไป มีการระบาดของสารแอมเฟตามีน (Amphetamine) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกลุ่มผู้เสพซึ่งแต่เดิมเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน แต่ปัจจุบันยังนำวิตกกังวลมากยิ่งขึ้นไปอีก เพราะมีการระบาดมากขึ้นในสถานศึกษา และกลุ่มที่ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญยิ่ง เพราะจะเป็นกำลังของการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต การแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนนั้นเป็นเหตุที่ทำให้ประเทศไทยเสียทรัพยากรบุคคลไปเป็นอันมาก

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา เป็นหน่วยงานหนึ่งของกรมการแพทย์ มีหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการบำบัดรักษายาเสพติดโดยตรง และได้ตระหนักถึงคุณค่าของเยาวชน และประสงค์จะพัฒนาให้เยาวชนที่ใช้สารเสพติดละเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด จึงได้จัดทำโครงการการบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มเยาวชน

ก. วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยชาวชนผู้เสพยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมศึกษาโดยใช้รูปแบบจิตสังคมบำบัด
2. เพื่อพัฒนาเยาวชนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้รูปแบบจิตสังคมบำบัด
3. เพื่อให้เยาวชนเกิดความตระหนักรู้ และเลิกการใช้สารเสพติด
4. เพื่อให้เยาวชนมีทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลตัวเองให้ปลอดภัยจากสารเสพติด

ข. เป้าหมายของโครงการ

1. เยาวชนมีทักษะในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากสารเสพติดได้
2. เยาวชนมีความตระหนัก และเลิกการใช้สารเสพติด
3. เยาวชนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ค. กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเยาวชนที่เสพยาเสพติด
2. เยาวชนกลุ่มเสี่ยง
3. ครอบครัวของเยาวชนกลุ่มที่เสพยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยง

ง. วิธีดำเนินการ

1. โรงเรียนคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย
2. จัดแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่ม คือ
 - เยาวชนกลุ่มเสพ 2 กลุ่ม จำนวน 18 คน โดยใช้โปรแกรมรูปแบบ จิต – สังคมบำบัด
 - เยาวชนกลุ่มเสี่ยง 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน โดยใช้รูปแบบการให้คำแนะนำปรึกษา และใช้กิจกรรมจากรูปแบบ จิต – สังคมบำบัด บางกิจกรรม

การบำบัดรูปแบบ จิต – สังคมบำบัด มี 5 หัวข้อคือ

- การปรึกษารายบุคคล (Individual / Conjoint Session) จำนวน 10 ครั้ง
- กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) จำนวน 8 ครั้ง
- กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention Skills Group) จำนวน 32 ครั้ง
- กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education) จำนวน 8 ครั้ง
- กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

จ. ระยะเวลาดำเนินการ

กุมภาพันธ์ 2545 – มิถุนายน 2545

จ. การติดตามผล

การติดตามผลเยาวชน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลที่เกิดแก่เยาวชนที่ผ่านโครงการไปแล้วว่าได้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัตถุประสงค์อย่างมั่นคงต่อเนื่อง โดยติดตามผลหลังสิ้นสุดโครงการไปแล้วเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 1 ปี โดยใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคม โดยทีมจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดสงขลา

2. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่ประหยัด เนื่องจากใช้บุคลากร สถานที่ และงบประมาณน้อยกว่าแบบผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยสามารถเรียน ทำงานและใช้ชีวิตตามปกติในสิ่งแวดล้อมเดิม ผู้ป่วยที่สามารถเลิกได้ด้วยวิธีนี้ แสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้ ทั้งๆที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม โอกาสที่จะเลิกยาเสพติดได้ในระยะยาวก็มีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ

ได้มีแนวคิดในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกหลายรูปแบบ Matrix Program เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1984 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจากมหาวิทยาลัย UCLA ประกอบด้วย Dr. WALTER LING, Dr. RICHARD RAWSON และ JEANNE OBERT โดยในช่วงแรกได้มีการพัฒนารูปแบบนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาโคเคน และได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดประเภทต่างๆ เช่น เฮโรอีน แอลกอฮอล์ และแอมเฟตามีน สำหรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอกในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ก็รักษาตามอาการ (Supportive treatment) ยังไม่ได้มีการบำบัดรักษาการเสพติด

หลักการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program)

จิตสังคมบำบัด เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น (The Matrix Intensive Outpatient Program - IOP) ใช้เวลา 16 สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เข้าใจถูกต้อง โดยให้องค์ความรู้ต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังการเสพยา กระบวนการติดยาเสพติด และขั้นตอนต่างๆในการเลิกยาเสพติด นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรมดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล / ครอบครัวยุ (Individual / Conjoint Session)
2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group)
3. กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Group)
4. กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group)
5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group)
6. การตรวจปัสสาวะ (Urine Testing)

2.1. การให้คำปรึกษารายบุคคล / ครอบครัวยุ (Individual / Conjoint Session)

เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมปรึกษาวางแผนการบำบัดรักษา แนะนำโปรแกรมการบำบัดรักษา รวมทั้งเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยเรื่องวิกฤตการณ์ในชีวิต และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เพื่อช่วยการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆของการหยุดเสพยา

ก. ประเด็นการเรียนรู้ ประกอบด้วย 10 ประเด็น ดังนี้

1. ข้อตกลงและคำยินยอมในการรักษา (Service Agreement and Consent) และแนวทางการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว (Helping Checklist) ประเด็นนี้เป็นประเด็นแรกของการบำบัดรักษา ซึ่งทำเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา รวมทั้งเพื่อเป็นการศึกษาว่าสมาชิกครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในกระบวนการเลิกยาได้อย่างไร

2. สารกระตุ้นประสาทและเพศสัมพันธ์ (Stimulant and Sex) เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้พูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ในทางที่ถูกต้อง และทำให้ทราบถึงพฤติกรรมทางเพศและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา

3. แนวทางการเลิกยา (Recovery Checklist) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการรักษา และเป็นการทบทวนความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นว่าควรให้สนใจอะไรเป็นพิเศษ

4. ความฝันเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างเลิกยา (Drug Dreams During Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความฝันเรื่องยาในระยะเวลาเลิกยาว่าเป็นกระบวนการปกติในสมอง

5. การทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วย (Patient Status Review) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา ซึ่งความสำเร็จในการป้องกันการติดยาเสพติดขึ้นอยู่กับทบทวนสิ่งเหล่านี้ตลอดการบำบัดรักษา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปรับปรุงตนเอง

6. เรียนรู้วิธีปฏิบัติในระยะฝักอุปสรรค (The Wall Checklist) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความคิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะฝักอุปสรรค ยอมรับสภาวะฝักอุปสรรคว่าเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา และเป็นสัญญาณหนึ่งที่บอกความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา

7. การสนับสนุนจากครอบครัว (Helping Checklist in Middle Stage of Recovery) เป็นขั้นตอนที่มีการประเมินความช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย แล้วนำไปสู่การอภิปรายของสมาชิกครอบครัว และผู้ป่วย ผู้นำบัตให้กำลังใจและสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดรักษา

8. อารมณ์และการเลิกยาเสพติด (Emotion and Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจและตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีผลต่อการติดยาเสพติด ซึ่งจะช่วยให้สามารถจัดการกับอารมณ์และควบคุมพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นผลดีต่อกระบวนการเลิกยาเสพติด

9. การประเมินภายหลังการบำบัดรักษา (Post Treatment evaluation) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการบำบัดรักษา และวางแผนเป้าหมายในอนาคต วิธีการและวัน เวลา ที่ลงมือปฏิบัติ

10. ตารางวิเคราะห์การกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Analysis Chart) เพื่อให้ผู้นำบัตวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดยาซ้ำ วางแผนปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสมและให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 402-404)

ข. รูปแบบ

เป็นรูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล / ครอบครัวแก่ผู้ป่วย โดยจัดให้เยาวชน ครอบครัว ต้องเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งในระยะ 2 เดือนแรก และเดือนละ 1 ครั้ง ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 4 รวมทั้งหากพบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำ ก็จะทำเนิการให้คำปรึกษารายบุคคลในเรื่องการวิเคราะห์การกลับไปเสพยาซ้ำ (IC10) ทุกครั้ง นอกจากนี้หากพบว่าผู้ป่วยหรือครอบครัวมีปัญหา หรือต้องการคำปรึกษา ผู้นำบัตต้องดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคล / ครอบครัวในประเด็นปัญหานั้น ซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคล / ครอบครัวนี้จะใช้เวลาในการดำเนินการประมาณครั้งละ 40-50 นาที

การเริ่มการบำบัดที่มีความสำคัญมาก ผู้นำบัตไม่ควรให้ผู้รับการบำบัดรอนานเกินกว่า 5 นาที กิจกรรมควรเริ่มตรงเวลา และผู้รับการบำบัดต้องรู้ว่าการมาตามนัดของเขาสำคัญต่อการบำบัดเช่นกัน ผู้นำบัตควรจัดเวลานัดที่ยืดหยุ่นให้ผู้รับการบำบัดมาได้สะดวก

ผู้นำบัตควรต้อนรับทักทายผู้รับการบำบัดและพาเข้าไปในห้อง ถ้าหากผู้รับการบำบัดมีสมาชิกในครอบครัวมาด้วย ควรให้ผู้รับการบำบัดเข้าพบก่อน แล้วจึงค่อยเชิญครอบครัวเข้ามาร่วมคุยด้วย ผู้นำบัตควรทักทายผู้รับการบำบัดและครอบครัวก่อนเข้าร่วมประชุม แล้วจึงอธิบายกระบวนการทั้งหมดให้ทราบ ควรเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดและครอบครัวได้กล่าวถึงเรื่องเร่งด่วนและให้ระบายนเรื่องราวที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ถ้ามีเรื่องเร่งด่วน เช่น การเสพยาซ้ำ ต้องหยิบยกขึ้นมาพูดคุยทันที ถ้าทุกอย่างราบรื่นแล้วจึงค่อยเริ่มเรื่องตามที่กำหนดไว้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือทัศนคติทางบวกต้องได้รับแรงเสริม

อย่างเต็มที่ ผู้บำบัดต้องส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางบวก ตัวอย่างเช่น ผู้รับการบำบัดคนหนึ่งทำได้ดี โดยหยุดเสพยาและสุรา จัดตารางเวลาและมาตามนัดตลอด แต่ไม่ออกกำลังกาย ผู้บำบัดต้องเน้นย้ำในเรื่องเขาได้ทำสำเร็จ และควรโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย โดยจะต้องไม่เป็นการบังคับผู้รับการบำบัดมากเกินไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการบำบัด ผู้บำบัดต้องมีสามัญสำนึก ความสุภาพอ่อนโยน ความเมตตากรุณา และเคารพในความรู้สึกของผู้รับการบำบัด (กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544. : 12)

2.2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกเสพยาระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Groups)

เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัดจะต้องเข้าร่วมใน 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด โดยเข้าร่วมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดยกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะสำคัญที่นำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติด

ก. ประเด็นการเรียนรู้ ประกอบด้วย 8 ประเด็น ดังนี้

1. การหยุดวงจรการใช้ยา (Trigger-Thought-Craving-Use) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงตัวกระตุ้นซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการอยากยา แนวทางที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติเมื่อเจอตัวกระตุ้น วางแผนจัดตารางกิจกรรมล่วงหน้า ฝึกทักษะในการหยุดความคิดที่จะเสพยาหรือสุรา ซึ่งถ้าหยุดความคิดได้ อาการอยากยาก็จะไม่เกิด

2. ตัวกระตุ้นภายนอก (External Trigger) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานที่ บุคคล เวลา สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความคิด ความอยากยา มีตารางตัวกระตุ้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ปลอดภัยจากการเสพยาและสุรา และไม่ปลอดภัยจากการเสพยาและสุราของตนเอง

3. ตัวกระตุ้นภายใน (Internal Trigger) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ที่กระตุ้นให้เกิดอาการอยากเสพยาและสุรา สภาวะอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ หรือทั้งสองอย่าง ที่สามารถเป็นตัวกระตุ้นได้เช่นกัน

4. แนะนำกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 Step Introduction) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเองที่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มในวันที่ว่างจากการเข้าร่วมกลุ่มอื่นๆของกายจิตสังคมบำบัด

5. อารมณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะเลิกยา (Roadmap for Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงของการขาดยา เช่น ความซึมเศร้า อารมณ์นอนไม่หลับ อาการปวดศีรษะ และความวิตกกังวลเป็นครั้งคราว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะเลิกยา และมีความหวังว่าอาการจะดีขึ้น

6. ปัญหาต่างๆในการเลิการระยะเริ่มต้น (Common Problems in Early Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญกับปัญหา 5 ข้อที่พบบ่อยในระยะเลิการระยะเริ่มต้น และแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

7. ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Thought Emotion and Behavior) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมออกจากกัน และเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนวิธีคิดควบคุมอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกยาเสพติด

8. เคล็ดลับจากกลุ่ม 12 ขั้นตอน (12-Step Tip) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับข้อคิดบางประการที่เป็นประโยชน์จากหลักการ 12 ขั้นตอน เช่น การหยุดเสพยาวันต่อวัน อย่าติดอยู่กับปัญหาทำให้เป็นเรื่องง่ายในการเรียนรู้ที่จะไม่เสพยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำมาสร้างเป็นพลังใจในการเลิกยา (โรงพยาบาล วิทยาลัยการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 404-405)

ข. รูปแบบ

ผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมกลุ่มนี้ใน 4 สัปดาห์แรกของการบำบัด โดยเข้าร่วมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมเป็น 8 ครั้ง โดยกลุ่มนี้จะนำโดยผู้บำบัด ซึ่งอาจจะมีผู้ช่วยที่เคยเป็นผู้รับการบำบัดที่หยุดเสพยาและสุรามาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน มีความประพฤติดี และเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help Group) อย่างสม่ำเสมอ ผู้รับการบำบัดที่เป็นพวกต่อต้านกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help Group) จะมาเป็นผู้ช่วยไม่ได้ ผู้ช่วยเหล่านี้ อาจคัดเลือกมาจากผู้รับการบำบัดระยะป้องกันการติดซ้ำ และเลือกมาด้วยความสมัครใจ อาจมีการสับเปลี่ยนตัวผู้ช่วยทุก 1 ถึง 3 เดือน

กลุ่มนี้ควรมีขนาดเล็ก ประมาณ 6-8 คน และควรใช้เวลาไม่เกิน 50 นาที เนื่องจากผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่มีความอดทนน้อย การดำเนินกลุ่มจะต้องมีรูปแบบที่แน่นอน ผู้นำกลุ่มจะต้องเอาจริงเอาจัง มีจุดยืน และต้องไม่ใช้อารมณ์หรือเกิดอาการควบคุมตัวเองไม่ได้เหมือนผู้ป่วย

ผู้นำกลุ่มจะแนะนำว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ช่วยสอนทักษะในการเลิกยาเสพติด ผู้รับการบำบัดแต่ละรายจะถูกขอให้พูดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้รับการบำบัดใหม่ของกลุ่มควรจะได้เล่าประวัติสั้นๆ ของตน แต่ถ้าเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับการเสพยาและสุรามากเกินไป ผู้นำกลุ่มก็สามารถขัดจังหวะได้ด้วยท่าทีที่สุภาพ และเปลี่ยนมาพูดเรื่องการบำบัดรักษาแทน

หลังจากชี้แจงเบื้องต้นแล้ว ผู้นำกลุ่มจะบอกประเด็นที่จะพูดคุยกัน โดยการอ่านคำอธิบายในคู่มือผู้รับการบำบัด และอธิบายภาพรวมให้เข้าใจว่าประเด็นนั้นมีประโยชน์ต่อเขาอย่างไร ในช่วงเริ่มต้นหยุดยาเสพติด ผู้รับการบำบัดแต่ละคนจะถูกขอให้พูดว่าพวกเขาจะใช้ทักษะเหล่านั้นอย่างไร หากผู้รับการบำบัดรายใดมีปัญหา ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆช่วยกันให้ข้อแนะนำและข้อคิดต่างๆ แก่ผู้รับการบำบัดรายนั้น ทั้งหมดนี้ใช้เวลาประมาณ 35 นาที

ช่วงที่สองของการทำกลุ่ม จะเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการจัดตารางเวรประจำวันของผู้รับการบำบัด แต่ละรายว่าจะทำอะไรบ้างระหว่างที่เขากลับไป จนถึงวันที่กลับมาพบครั้งต่อไป ผู้รับการบำบัดแต่ละราย ควรจะกำหนดกิจกรรมด้วยตนเอง ไม่ควรวางแผนร่วมกับผู้รับการบำบัดรายอื่น อาจเสนอแนะการประชุมช่วยเหลือกันเอง เช่น กลุ่ม NA หรือ AA ก็ได้

ในช่วงปิดท้ายของกลุ่ม ควรเน้นถึงประโยชน์ที่ผู้รับการบำบัดแต่ละรายจะได้รับจากการเลิก ยาเสพติด สำหรับผู้รับการบำบัดที่จะจบจากการรักษาขั้นนี้ (Early Recovery Skills group) อาจได้รับโอกาสให้พูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์ที่เขาได้รับจากกลุ่มนี้ตลอดหนึ่งเดือนแรกที่ผ่านมาของการหยุดยา หลังจาก เลิกกลุ่มนี้แล้ว ผู้ป่วยที่มีปัญหาควรจะได้รับ การพูดคุยกับผู้บำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษาอื่นเป็นเวลาด้านๆ ผู้ป่วยควรจะได้เวลาพักสักครู่ก่อนที่เข้าร่วมกลุ่มป้องกันการติดยาซ้ำกลุ่มต่อไป (กรมการแพทย์และกรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 7-8)

2.3. กลุ่มป้องกันการติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Group)

เป็นหัวใจของการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด มีวัตถุประสงค์และรูปแบบกิจกรรมเฉพาะ เพื่อป้องกัน ผู้ป่วยเสพติดไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำอีก โดยมีการกำหนดประเด็นต่างๆที่นำไปสู่การกลับไปติดยาซ้ำมา พูดคุยในกลุ่ม เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปติดยาซ้ำ โดยใช้วิธีการสอนแบบต่างๆ นำไปสู่การอภิปรายในช่วงแรก ส่วนในช่วงหลังให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาที่เพิ่ง เกิดขึ้น หรือเรื่องอื่นที่อยากเสนอ มีทั้งหมด 32 ประเด็น จะทำตลอด 4 เดือน

ก. ประเด็นการเรียนรู้ ประกอบด้วย 32 ประเด็น ดังนี้

1. สุรา ยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย (Alcohol - the legal Drug-I) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ว่า สุราเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเสพยาเสพติดชนิดอื่นได้ เพื่อให้เข้าใจและวางแผนล่วงหน้าสำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการดื่มสุรา

2. ความเบื่อ (Boredom) ในช่วงติดยา กิจกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากปกติ ในช่วงเลิกยา จำเป็นต้องทบทวนและปรับกิจกรรมประจำวันและกิจกรมนันทนาการ ให้น่าสนใจเพื่อลดความเบื่อหน่าย แต่ถ้าความเบื่อไม่หายไป จำเป็นต้องค้นหาและเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

3. การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ / สิ่งยึดเหนี่ยว เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะทำพฤติกรรม ใหม่ๆที่เหมาะสม เพื่อที่จะหยุดเสพยา โดยการให้ทำแบบฝึกหัดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกำลังกระทำว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง และหยุดเสพยาได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต

4. งานและการเลิกยา (Work and Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเองเกี่ยวกับลักษณะของ งานที่มีผลต่อกระบวนการเลิกยา เน้นเกี่ยวกับชนิดของงานที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น การทำงานหนัก หรือการว่างงาน

5. ความรู้สึกผิดและความละอายใจ (Guilt and Shame) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่ไม่ดีกับการเป็นคนไม่ดี ให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดและเกิดความละอายใจในขณะเลิกยา ได้เปิดใจให้มาก เพื่อจะเกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะเปิดเผย

6. การทำตัวไม่ให่ว่าง (Staying Busy) เพื่อให้ผู้ป่วยแนะนำซึ่งกันและกันในการเลือกกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง เนื่องจากเวลาว่างเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้คิดถึงยาได้

7. แรงจูงใจในการเลิกยา (Motivation for Recovery) เพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจแรงจูงใจในการเลิกยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกยา

8. การพูดความจริง (Truthfulness) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดความจริง เพราะถือเป็นสิ่งสำคัญในการเลิกยา แสดงถึงความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น

9. การเลิกเสพยาเสพติดทุกชนิด (Total Abstinence) ช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการหยุดเสพยาเสพติดทุกชนิด รวมทั้งสุรา ซึ่งเป็นข้อตกลงในการเข้ารับการบำบัดรักษาว่าจะไม่ใช้ยาเสพติดทุกชนิด สำหรับผู้ป่วยบางคนทำไม่ได้ ก็ให้บอกเหตุผลของข้อตกลงนี้ด้วย

10. เพศสัมพันธ์และการเลิกยา (Sex and Recovery) มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความรัก และเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความใคร่ ซึ่งมักเกิดร่วมกับการเสพยา

11. การป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพฤติกรรมอารมณ์ ความคิด ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การกลับไปติดยาซ้ำได้ สิ่งสำคัญ คือการจัดการทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงสัญญาณอันตรายที่จะกลับไปใช้ยา

12. ความไว้วางใจ (Trust) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความไว้วางใจให้กลับคืนมา ด้วยคำพูดและการกระทำในการเลิกใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพราะการติดยาทำให้เสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และขาดความไว้วางใจแม้จะเลิกยาได้แล้ว

13. จงทำตนเป็นคนฉลาด : ไม่ต้องเข้มแข็ง (Be smart, not strong) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการทำตนให้ฉลาดในการหลีกเลี่ยงให้ห่างไกลจากตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยา ไม่ว่าจะมีความเข้มแข็งเพียงใด ก็ไม่เพียงพอที่จะเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้น

14. คำจำกัดความของจิตวิญญาณ (Defining Spirituality) (เป้าหมายและคุณภาพของชีวิต) ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างศาสนาและจิตวิญญาณที่กล่าวไว้ในกลุ่มหลักการ 12 ขั้นตอน ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่คิดถึงกลุ่มช่วยเหลือกันเองเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึง

เป้าหมายและคุณค่าของชีวิตที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเอง และพัฒนาตนเองในการเลิกยาเสพติด

15. ความรับผิดชอบเรื่องชีวิตประจำวันและการเงิน (Taking Care of Business / Managing Money) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวันและการเงินเมื่อเลิกยา เพราะความรับผิดชอบเริ่มกลับคืนมา ให้ผู้ป่วยอภิปรายงานอะไรที่ได้ละเลยและสิ่งใดที่ควรกระทำก่อน ขอให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีงานที่ต้องทำมากเกินไป เพราะอาจจะทำให้ท้อแท้ สิ่งสำคัญ 2 อย่างที่เกี่ยวข้องกับงาน คือ เงิน และเวลา เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องบริหารและจัดการให้ดี เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

16. การหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยา-ครั้งที่ 1 (Relapse Justification) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความคิด เหตุผลและข้ออ้างต่างๆของการกลับไปใช้ยาที่เกิดขึ้นในอดีต

17. การดูแลตนเอง (Taking Care of Yourself) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการดูแลเอาใจใส่ตนเองในสภาวะปกติเมื่อเลิกยา โดยประเมินจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากช่วงก่อนใช้ยา การดูแลเอาใจใส่ตนเองจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและคลายเครียดในช่วงเลิกยาได้

18. ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ (Dangerous Emotion) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปเสพยาซ้ำ ให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้คิดถึงยาเสพติดมากที่สุดและอภิปราย

19. ความเจ็บป่วย (Illness) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเจ็บป่วยและการมีร่างกายที่อ่อนแอเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปติดซ้ำได้ ดังนั้น จึงต้องมีการระมัดระวังภาวะดังกล่าว

20. การรับรู้ถึงความเครียด (Recognizing Stress) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตสภาวะตึงเครียดจากอารมณ์ของตนเอง โดยใช้แบบประเมินดูความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยระมัดระวังตนเองและเรียนรู้ที่จะจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

21. การหาเหตุผลในการไปใช้ยา – บทที่ 2 (Relapse Justification) บทนี้ต่อกจากบทที่ 16

22. การลดภาวะตึงเครียด (Reducing Stress) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการจัดการกับความเครียดหรือลดภาวะตึงเครียด เนื่องจากภาวะตึงเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับไปติดยาซ้ำได้

23. วิธีจัดการกับความโกรธ (Managing Anger) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอารมณ์โกรธว่ามีส่วนกระตุ้นให้วนกลับไปติดยาซ้ำ และตระหนักู้และหาวิธีจัดการกับอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสม

24. การยอมรับ (Acceptance) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับ"ภาวะการติดยา"ของตนเอง และเข้าใจคำว่า "ยอมแพ้" ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการปรับเปลี่ยนวิธีควบคุมชีวิตตนเอง

25. การสร้างเพื่อนใหม่ (Making New Friends) เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคบเพื่อนใหม่ที่ไม่เสพยา เพราะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาสามารถระบุความแตกต่างระหว่างเพื่อนและผู้คุ้นเคยได้

26. การฟื้นฟูสัมพันธภาพ (Repairing Relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงความผิดพลาดในอดีต รู้จักให้อภัยตนเอง มีแนวทางในการปรับปรุงสัมพันธภาพกับผู้อื่น

27. การทำจิตใจให้สงบเยือกเย็น (Serenity Prayer) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต มีสมาธิ และรู้สึกสงบ

28. พฤติกรรมย้ำทำ / การป้องกันการหวนกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศอันเนื่องมาจากความใคร่ (Compulsive Behaviors / Prevention Relapse to Sex) เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต โดยเลิกพฤติกรรมย้ำทำ ทั้งเรื่องเพศและเรื่องอื่นๆ ซึ่งจะไปสัมพันธ์กับการเสพยาได้

29. การจัดการกับความรู้สึก-ภาวะซึมเศร้า (Dealing with Feeling / Depression) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกภาวะซึมเศร้าของตนเองและวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าและอื่นๆ ในระยะเล็กลง

30. โปรแกรมหลักการ 12 ขั้นตอน (Twelve-Step Programs) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้หลักการแนวคิด และวิธีการดำเนินการของโปรแกรมช่วยเหลือกันเองในลักษณะต่างๆ เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยอื่นในการเลิกเสพยา

31. มองไปข้างหน้า : จัดการแก้ปัญหาในช่วงเวลาหยุดพัก (Looking Forward : Dealing with Downtime) ขณะรับการบำบัดผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีงานทำ ทำให้รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ โดยเฉพาะในช่วงวันที่ไม่ได้มาเข้ากลุ่ม อาจจะทำให้ต่อสู้กับความรู้สึกอยากใช้ยา ฉะนั้น ผู้ป่วยควรเลือกกิจกรรม จัดเวลา และวางแผนให้เหมาะสมในช่วงวันหยุด

32. หยุดเสพยาทีละวัน (One Day at a Time) การคิดถึงอนาคตว่าจะต้องใช้อยาในการบำบัดหรือเลิกยาเป็นเดือน เป็น ปี และความวิตกกังวลว่าจะเลิกไม่ได้ ทำให้ ผู้ป่วยท้อแท้ หหมดหวัง ฉะนั้นการแนะนำให้ผู้ป่วยรับมือกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นทีละวัน สอนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระยะสั้น จะทำให้ง่ายและเป็นกำลังใจในการเลิกยาได้ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 :405-408)

ข. รูปแบบ

เริ่มกลุ่มโดยการแนะนำตัวของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยเหลือกลุ่ม ผู้รับการบำบัดเก่าทุกคน และผู้รับการบำบัดใหม่ โดยให้ผู้รับการบำบัดเล่าอย่างเกี่ยวกับประวัติการใช้อยาของตน ไม่ควรให้ละเอียดเกินไป

การแนะนำนี้ก็เพื่อให้รู้ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ชนิดของยาที่ใช้ และเหตุผลในการเข้ารับการบำบัด ผู้รับการบำบัดที่พูดเรื่อยเปื่อยหรือให้รายละเอียดที่ไม่จำเป็น ควรเตือนให้จบได้

กลุ่มนี้จัดขึ้นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 4 เดือน โดยในแต่ละครั้งจะใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 80-90 นาที โดย 15 นาทีแรก ผู้นำกลุ่มจะพูดถึงหัวข้อที่จะพูด โดยการสอนแบบง่ายๆ แล้วให้กลุ่มอภิปราย 45 นาที ผู้นำกลุ่มต้องแน่ใจว่าครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็น อย่าให้พูดออกนอกเรื่อง และผู้มีเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับประเด็นที่พูดในครั้งนั้น ให้เลื่อนไปพูดในครั้งอื่น ผู้นำกลุ่มสรุปการอภิปราย

ช่วง 30 นาทีหลัง ให้ผู้รับการบำบัดพูดถึงปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือเรื่องอื่นที่อยากเสนอ โดยเน้นคนที่มีปัญหา หรือคนที่ไม่ค่อยออกความเห็นในกลุ่ม เช่น มีอะไรใหม่เกี่ยวกับปัญหาในครั้งที่แล้วหรือไม่ “คุณอยากใช้ยาไหม” หรือ “คุณมีแผนอย่างไรในสัปดาห์นี้” ควรกระตุ้นทุกคนให้พูด ผู้นำกลุ่มควรให้ผู้รับการบำบัดทุกคนแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่กำลังพูด อย่าปล่อยให้ผู้รับการบำบัดพูดนอกประเด็น หรือถ้าเห็นว่าพูดกันมากไปให้เปลี่ยนประเด็นใหม่

วิธีการกลุ่มจะเอื้อให้มีข้อมูลและสนับสนุนจากสมาชิกของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรให้สมาชิกออกความเห็นเรื่องที่กำลังพูด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่เผชิญกับเรื่องที่กำลังพูดคุย เช่น ผู้รับการบำบัดที่ผ่านพ้นช่วงเวลาในการพยายามหยุดยาหรือระงับยัดเยียดได้ อาจจะถูกขอให้พูดถึงวิธีที่เขาแก้ปัญหาในช่วงนั้น ผู้นำกลุ่มต้องพยายามตีกรอบและนำการอภิปราย ตลอดจนเปลี่ยนประเด็นใหม่ ถ้าเห็นการพูดคุยนั่นไร้สาระ ไม่เหมาะสมหรือเลื่อนลอย

อาจจะนำผู้ช่วยเหลือกลุ่ม (Co-Leader) เข้ามาเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและให้แรงเสริมสำหรับคำแนะนำต่างๆ ผู้ช่วยเหลือกลุ่มต้องหลีกเลี่ยงการเทศนา สั่งสอน แต่ควรพยายามเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้ช่วยเหลือกลุ่มจะมีประโยชน์เมื่อผู้รับการบำบัดต่อต้านสิ่งที่ผู้นำกลุ่มพูดหรือเสนอ

มิตรภาพและความแน่นแฟ้นของกลุ่มมีค่าอย่างมากสำหรับกระบวนการรักษา อย่างไรก็ตาม ผู้รับการบำบัดต้องระวังไม่หลงความน่าพิสมัยของโปรแกรมการรักษา (Treatment Program Romances) และการข้องเกี่ยวกับสมาชิกด้วยกันนอกกิจกรรมกลุ่ม ผู้รับการบำบัดทำข้อตกลงตอนเข้ามาบำบัดแล้วว่าจะไม่มีความสัมพันธ์พิเศษต่อกัน อย่างไรก็ตาม ควรเตือนผู้รับการบำบัดถึงข้อตกลงนี้อีกครั้ง ถ้าเกิดกรณีผู้เข้ารับการบำบัด 2 ราย มีความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้นำกลุ่มควรพบสมาชิกทั้งสองเพื่อเตือนเกี่ยวกับข้อตกลงที่ทำไว้ เพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ดังกล่าว และให้เหตุผลว่าทำไมถึงไม่สนับสนุนให้มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันนอกกลุ่ม

ผู้รับการบำบัดที่เข้ากลุ่มตั้งแต่เริ่มรักษาและยังอยู่ในกลุ่มเป็นเวลา 16 สัปดาห์ จะเห็นว่ากระบวนการกลุ่มที่ส่งเสริมความผูกพันสามารถเพิ่มแรงจูงใจให้เขาอยู่รักษาได้ ผู้รับการบำบัดควรได้รับการส่งเสริมว่าเขาต้องรับผิดชอบกลุ่มและมีข้อพันธะสัญญาของกลุ่ม รวมทั้งต้องได้รับการย้ำว่าการเลิกยา

เป็นเรื่องของตัวเอง การเลิกได้เป็นความสำเร็จเฉพาะบุคคลไม่ใช่ผลจากการประคับประคอง และการส่งเสริมใดจากสมาชิกคนอื่น การเลิกยาโดยไม่รู้สึกรังเกียจผู้อื่นช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่ติดต่อกันจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่ง (Relapse Contagion) ซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงที่สมาชิกหลายคนกลับไปเสพซ้ำ ต้องให้ความสมดุลระหว่างการหยุดยาที่ได้รับการประคับประคองและส่งเสริมสนับสนุนจากกลุ่มกับการเลิกยาที่ต้องพึ่งพิงกลุ่มด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้รับการบำบัดไม่ควรบั่นทอนการประคับประคองกันและกัน ในช่วงแรกการรักษา การช่วยเหลือซึ่งกันและกันควรอยู่ในขอบเขตของการทำกลุ่มสนับสนุน 12 ขั้นตอน และสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในสถานบำบัด โดยผู้ได้รับการบำบัดหาการสนับสนุนจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ตั้งขึ้นในโรงพยาบาลหรือชุมชน ผู้รับการบำบัดจะได้พบผู้เสพที่เลิกยาได้แล้ว และได้ทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงที่เลิกยาใหม่ๆ ถ้าไม่ได้รับการประคับประคองจากผู้เลิกยาได้นานแล้ว อาจทำให้ผู้รับการบำบัดอ่อนแอจนทวนกลับไปใช้ยาซ้ำได้ (กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.: 7-8)

2.4. กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education)

โดยปกติแล้วกลุ่มให้ความรู้ครอบครัวจัดเป็นกลุ่มแรกๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสมาร่วมกันในกลุ่ม เพื่อศึกษาหาความรู้ว่าด้วยเรื่องการติดยา เป็นบรรยายภาคีที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสบายๆ และเป็นกันเองกับผู้ให้การบำบัด ตลอดจนคุ้นเคยกับวิธีการบำบัดที่ศูนย์ฯ จัดให้ วิธีการให้ความรู้ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปราย ประกอบการฉายเครื่องวิดีโอ และแผ่นสไลด์ ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงกระบวนการและขั้นตอนการติดยาอย่างชัดเจน ตลอดจนวิธีการและกระบวนการที่ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ทีละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้บุคคลในครอบครัวได้เข้าใจและรู้ว่าแต่ละคนจะช่วยเหลือหรือปฏิบัติตนอย่างไร ในระหว่างการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย ซึ่งเนื้อหาของรูปแบบการบำบัดรักษา Matrix เป็นรายละเอียดเฉพาะเรื่องอย่างละเอียดลึกซึ้งมากในขณะที่การรักษารูปแบบอื่นจะไม่เน้นข้อมูลมาก

การให้ความรู้ครอบครัวเป็นกลุ่มนี้จะมีลักษณะใกล้เคียงกับการทำกลุ่มครอบครัวหลายๆ ครอบครัวร่วมกัน แตกต่างตรงที่การให้ความรู้ครอบครัวเป็นกลุ่มนั้นจะเน้นเรื่องความรู้และข้อมูลเป็นสำคัญ บุคคลในครอบครัวจะได้รับเกียรติเป็นพิเศษจากผู้บำบัดรักษาที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งแตกต่างจากการเลิกยาก่อนๆ ของผู้ป่วยที่ไม่อยากรบกวนครอบครัว และไม่สามารถทำให้ครอบครัวร่วมมือกับตนเองได้ ผู้บำบัดจึงมักพบว่าผู้ป่วยจะมารักษาคนเดียว และต้องเลิกยาด้วยตนเองเท่านั้น แต่จากวิจัยต่างๆ ก็มีสถิติชัดเจน แสดงให้เห็นว่าระบบครอบครัวและผู้ที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญต่อกระบวนการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัว โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษาเสพติดของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นได้อย่างเห็นได้ชัด หากบุคคลในครอบครัวและบุคคลสำคัญในชีวิตได้รับความรู้ความเข้าใจ เขาสามารถทำนายได้ถึงผลการรักษาที่จะเกิดขึ้นแก่บุตรหลานของเขา ซึ่งผู้บำบัดเองก็ต้องการที่จะให้ความรู้ความเข้าใจ กระตุ้น และเชื้ออำนวยการให้ทั้งตัวผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และบุคคลสำคัญอื่นๆ ในชีวิตของผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน

ในการให้ความรู้ครอบครัวเป็นกลุ่ม 10 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 408-409)

ก. ประเด็นการเรียนรู้ ประกอบด้วย 10 ประเด็น ดังนี้

1. ตัวกระตุ้นและอาการอยากยา เป็นการบรรยายเรื่องอิทธิพลของความอยากยา กระบวนการติดยา และความยากลำบากใจในการตัดสินใจ

2. วิดีโอ”สุราและร่างกาย”เป็นเรื่องความเข้าใจที่ว่าทุกการดื่มเหล้ามากๆจะมีผลกระทบต่อส่วนต่างๆของร่างกายอย่างไร

3. อภิปรายเป็นกลุ่มโดยสมาชิก AA / NA / Matrix เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบปะกับผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการใช้การประชุมหลักการ 12 ขั้นตอน ในการเลิกยาเสพติด หากว่าในโปรแกรมมีคนที่จะออกไปโดยสามารถผสมผสานการศึกษาใน Matrix กับโปรแกรมการเลิกยาเสพติดด้วยหลักการ 12 ขั้นตอนได้ บุคคลนั้นยินดีที่จะมาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ ความเข้มแข็งและความหวังของพวกเขา ได้มีคำแนะนำที่ใช้ในการทำกลุ่มสำหรับนำเสนอประสบการณ์ของผู้จบโปรแกรมทั้งหลาย หากไม่สามารถหาผู้จบโปรแกรมที่มีความเหมาะสมได้ก็ให้ติดต่อกับกลุ่ม NA จากแหล่งอื่น

4. วิดีโอ”ยาบ้า”เร่งสู่หายนะ เป็นการอธิบายว่ายาบ้าคืออะไร คล้ายอะไร มีผลต่ออารมณ์ของผู้เสพได้อย่างไร

5. เส้นทางสู่การเลิกยาเสพติด เป็นการเรียนรู้ในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกยาเสพติด

6. วิดีโอ “มันไม่ใช่ปัญหาของฉัน” เป็นการอภิปรายในหัวข้อผู้มีส่วนร่วมในการติดยาร่วม (Co-dependency) โดยกล่าวถึงการค้นหาผู้มีส่วนร่วมในการติดยาของผู้รับการบำบัด ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้รับการบำบัด

7. อภิปราย”การรับมือกับการกลับไปติดซ้ำ” เพื่อให้โอกาสในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นในเรื่องการเสพยาซ้ำ จากนั้นผู้นำกลุ่มจึงค่อยสรุปและนำไปสู่การอภิปรายการจัดการกับการกลับไปเสพยาซ้ำ

8. ปฏิริยาของครอบครัวต่อการติดยา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงปฏิริยาต่างๆของการติดยา และเพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกครอบครัวร่วมมือกับการบำบัดรักษา

9. ครอบครัวกับการเลิกยาเสพติด โดยครอบครัวจะได้ประสบการณ์ต่างๆเพื่อทำนายถึงช่วงต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกยาเสพติดของผู้รับการบำบัด เพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการเลิกยา

10. อภิปรายร่วมกับครอบครัว "การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดยาเสพติด" สมาชิกในกลุ่มควรอภิปรายตามประเด็นที่กำหนด และให้แต่ละคนได้พูดจบก่อน คนต่อไปจึงค่อยพูด ควรใช้คำถามเป็นแนวทางด้วย ผู้นำกลุ่มจะต้องทำให้กลุ่มรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งผู้รับการบำบัดและครอบครัวสามารถที่จะพูดถึงความรู้สึกไม่มั่นใจต่อผู้รับการบำบัด และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้อย่างเปิดเผยและจริงใจ

ข. รูปแบบ

กลุ่มครอบครัวศึกษาใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในการเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องต่างๆในรูปแบบที่หลากหลาย วิธีการทำกลุ่มเริ่มด้วยการเสนอข้อมูล 40-45 นาที แล้วตามด้วยการอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ ซึ่งรวมแล้วใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 50-70 นาที

การเรียนรู้ในแต่ละประเด็นควรถ่ายทอดเรียงไปตามลำดับ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับรู้เรื่องราวต่างๆอย่างเหมาะสม

จัดเก้าอี้เป็นครึ่งวงกลม เพื่อสนับสนุนให้มีการอภิปรายกัน ผู้นำกลุ่มควรทำตัวเหมือนเจ้าภาพ ให้กลุ่มกล่าวต้อนรับผู้รับการบำบัดและครอบครัว และแนะนำตนเองกับผู้ร่วมกลุ่มที่ใหม่

การทำกลุ่มควรเริ่มตรงเวลา ผู้นำกลุ่มควรแนะนำตนเอง ให้คนที่มาแนะนำตัว แล้วจึงนำเสนอเรื่องสำหรับการบรรยายประกอบแผ่นใส ควรหรีไฟและเริ่มการบรรยาย เมื่อฉายวิดีโอ ผู้นำกลุ่มควรแนะนำเกี่ยวกับวิดีโอที่นั้นและควรอยู่ในห้องตลอด ถ้าเป็นการอภิปราย ผู้นำกลุ่มควรช่วยอำนวยความสะดวกให้สมาชิกอภิปราย และผู้เข้าร่วมกลุ่มในการแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นคนกลาง (Moderator)

ก่อนที่จะฉายวิดีโอ ผู้นำกลุ่มแจกเอกสารที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ฟังมีจุดสนใจ และส่งเสริมให้มีการอภิปรายหลังจบการฉายวิดีโอ ระหว่างฉายแผ่นใสและวิดีโอ ผู้นำกลุ่มสามารถหยุดและให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่นำเสนอ ผู้รับการบำบัดและสมาชิกในครอบครัวควรได้รับการกระตุ้นให้ถามคำถาม อภิปรายโต้ตอบกันในตอนท้ายของการนำเสนอ

ผู้นำกลุ่มควรตระหนักว่าการอภิปรายเกี่ยวกับยาและแอลกอฮอล์อาจเป็นตัวกระตุ้นและทำให้เกิดอาการอยากยาได้ ใครที่มีประสบการณ์แบบนี้ควรอยู่พูดคุยกับผู้บำบัดจนหายจากความรู้สึกดังกล่าว และเขาอาจจะโทรศัพท์บอกให้ทางบ้านรู้ว่าเขากำลังจะกลับบ้าน

ผู้นำกลุ่มควรปิดกลุ่มโดยกล่าวขอบคุณทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มและเตือนเกี่ยวกับประเด็นในสัปดาห์ถัดไป

ขณะที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มกำลังจะกลับ ผู้นำกลุ่มควรอยู่รอสักพักเพื่อตอบคำถามและพูดคุยกับผู้รับการบำบัด ซึ่งอาจจะกำลังเผชิญกับปัญหาหรือต้องการพูดคุยเป็นการส่วนตัว (กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 7)

2.5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

เป็นกลุ่มที่จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในช่วงกลางของการเลิกยาเสพติดตั้งแต่เดือนที่ 4-12 หรือผู้เข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัดแล้วตั้งแต่ 7 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถเข้าร่วมกลุ่มจนครบ 1 ปี โดยเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มนี้มุ่งเน้นการเรียนรู้วิถีการใช้ชีวิตในสังคมแต่ละวันโดยไม่พึ่งยาเสพติด โดยได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากเพื่อนๆในกลุ่มเลิกยาเสพติดด้วยกัน เป็นการเน้นความภาคภูมิใจให้กับตนเองที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้อื่นต่อไปได้

ก. ประเด็นการเรียนรู้

ประเด็นการเรียนรู้เป็นประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตที่ไม่ใช้ยาเสพติด ปัญหาที่สมาชิกกลุ่มประสบ หรือประสบการณ์ต่างๆของสมาชิกกลุ่มในการแก้ไขปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งจะเป็นประเด็นสั้นๆ ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกสามารถเลือกประเด็นจากที่หลักสูตรฯกำหนดมาอภิปราย หรือกำหนดขึ้นมาใหม่ก็ได้

ตัวอย่างประเด็นการเรียนรู้ตามที่หลักสูตรฯกำหนด มี 36 ประเด็น ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. กลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (AA) | 2. อายุกับความเปลี่ยนแปลง |
| 3. ความโกรธ | 4. ผู้มีส่วนร่วมของผู้ติดยา |
| 5. พันธะสัญญา | 6. พฤติกรรมซ้ำๆ |
| 7. การควบคุม | 8. ความอยากยา |
| 9. ความเศร้า | 10. อารมณ์ |
| 11. ความกลัว | 12. มิตรภาพ |
| 13. ความสนุก | 14. ความทุกข์ |
| 15. ความรู้สึกผิด | 16. ความสุข |
| 17. ความซื่อสัตย์ | 18. ความใกล้ชิดสนิทสนม |
| 19. การแยกตัวเอง | 20. การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา |
| 21. การปิดบังความจริง | 22. ความรู้สึกท้อแท้ |
| 23. ความอดทน | 24. สุขภาพกาย |
| 25. การเลิกยาเสพติด | 26. การปฏิเสธ |
| 27. การผ่อนคลาย | 28. กฎเกณฑ์ |
| 29. การกำหนดตารางกิจกรรมประจำวัน | 30. ความเห็นแก่ตัว |
| 31. เพศสัมพันธ์ | 32. ฉลาด |
| 33. ความคิด | 34. ตัวกระตุ้น |
| 35. ความเชื่อถือศรัทธา | 36. งาน |

ข. รูปแบบ

ขนาดของกลุ่มนี้ประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 8-10 คน กลุ่มนี้จัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การทำกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง บรรยากาศของกลุ่มจะเป็นกันเอง ไม่มีระเบียบของกลุ่มมากนัก เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผู้บำบัดจะเป็นผู้นำกลุ่ม ถ้ากลุ่มโตมากอาจเลือกผู้ช่วยผู้บำบัด ซึ่งเลือกจากผู้ป่วยที่หยุดเสพยาได้มากกว่า 4 เดือน และเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ฉลาดพอสมควร ก่อนเริ่มกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้บำบัดจะต้องพบกับผู้ช่วยกลุ่มเพื่อเตรียมประเด็นที่จะพูดกัน โดยอาจเลือกประเด็นจาก 36 ประเด็นที่กล่าวไปแล้ว หรืออาจกำหนดประเด็นขึ้นใหม่ก็ได้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการใช้ชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด ปัญหาแต่ละวันที่สมาชิกแต่ละคนประสบ หรือประสบการณ์ในการแก้ปัญหาการใช้ชีวิตในสังคมปกติ

การดำเนินกลุ่มนี้เริ่มต้นด้วย

- ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิกกลุ่ม
- สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเองสั้นๆ และบอกระยะเวลาที่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้
- ผู้นำกลุ่มแจ้งข่าวสารของกลุ่ม
- ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำประเด็นการเรียนรู้
- สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและสรุปผลการอภิปราย
- สมาชิกกลุ่มกำหนดประเด็นการเรียนรู้ในคราวต่อไป

2.6. การตรวจปัสสาวะ (Urine Testing)

การตรวจปัสสาวะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการควบคุมการเสพยาเสพติดและช่วยไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำ ไม่ควรตรวจปัสสาวะเพื่อใช้ในการจับผิดต่อผู้ป่วยไม่ซื่อสัตย์ แต่ควรใช้เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการเลิกยาเสพติด

ในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยถูกตรวจปัสสาวะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการสุ่มตรวจในวันที่มีความเสี่ยงสูง เช่น หลังจากวันหยุดสุดสัปดาห์หรือวันเงินเดือนออก ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น การผัดบังโดยไม่มีเหตุผล พบพฤติกรรมผิดปกติเมื่ออยู่ในกลุ่ม หรือเมื่อได้รับแจ้งจากครอบครัวว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติอาจมีการตรวจเพิ่มเติม

ก. วิธีปฏิบัติเมื่อตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ

1. ประเมินสถานการณ์แวดล้อมในช่วงที่ตรวจปัสสาวะโดยละเอียด ถ้ามีสิ่งผิดปกติ เช่น การผัดบังพฤติกรรมผิดปกติในกลุ่มหรือครอบครัว เป็นต้น
2. ไม่ตำหนิผู้ป่วยแต่ควรให้โอกาสในการอธิบายเหตุผล
3. ไม่ควรพูดเรื่องข้อผิดพลาดของการตรวจ
4. หากไม่มีเหตุผลอื่นที่ดี แสดงว่ามีการเสพยาเสพติดจริง จำเป็นต้องตรวจปัสสาวะถี่ขึ้นกว่าเดิม

ข. แนวทางการปฏิบัติต่อปฏิกริยาโต้ตอบของผู้ป่วยที่ตรวจพบสารเสพติด

1. ผู้ป่วยบางคนมีการยอมรับว่ามีการเสพยาเสพติดจริง ควรใช้ความเชื่อสัตย์นี้กระตุ้นผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อไป
 2. ผู้ป่วยสารภาพเป็นบางส่วนว่าอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยา เช่น ไปร่วมงานเลี้ยงแล้วมีคนเอายาเสพติดมาให้ แต่ไม่ได้เสพ ผู้บำบัดไม่ควรคาดคั้นให้ผู้ป่วยสารภาพ ควรสันนิษฐานว่ามีการเสพยาเสพติดก็พอ
 3. ผู้ป่วยบางรายจะโกรธว่าไม่เชื่อใจกัน ชวนเคืองที่ผู้บำบัดว่ามีการใช้ยา มีความจำเป็นที่ผู้บำบัดอาจจะไปคุยเรื่องอื่นก่อน แล้วค่อยหาโอกาสพูดคุยเรื่องการพูดความจริง และให้โอกาสผู้ป่วยอธิบายผลการตรวจปัสสาวะ
 4. ถ้ามีการตรวจปัสสาวะซ้ำ แล้วพบว่าไม่เสพ ผู้บำบัดอาจจำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญหน้าถึงแม้ว่าผู้ป่วยปฏิเสธว่าไม่มีการเสพติด ผู้บำบัดต้องวางแผนการรักษา ถ้าเป็นการเสพยาซ้ำ โดยใช้การวิเคราะห์การเสพยาซ้ำหรืออาจต้องส่งเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
- สิ่งสำคัญผู้บำบัดต้องใส่ใจในขั้นตอนการเก็บปัสสาวะ เพื่อป้องกันไม่ให้เดิมน้ำหรือใช้ปัสสาวะผู้อื่นแทน (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 409)

3. ทฤษฎีครอบครัว

ก. ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว (Family) หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด แต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะของครอบครัวที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าเป็นไม่ใช่ครอบครัว (Poverny และ Finch, 1988 อ้างในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.)

สำหรับประเทศไทย คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติได้ให้นิยามว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537 อ้างในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544.)

จากที่กล่าวมา จึงสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือมีความผูกพันกันทางอารมณ์ สังคม จิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน

ข. ความสำคัญของครอบครัว

1. ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกที่สุดของมนุษย์และเป็นสถาบันที่เก่าแก่ที่สุดในโลกทำหน้าที่ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกเกิดใหม่ในครอบครัว อันได้แก่ ทารกและเด็ก

2. การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวและการให้การศึกษาในครอบครัวมีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพของคนและบุคลิกภาพ ซึ่งรวมทั้งค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน วิธีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อกันและกัน

3. ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมพื้นฐานที่ประกอบด้วยวิถีชีวิตของสมาชิกของครอบครัวทุกคน วิถีชีวิตนี้รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม และจริยธรรม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของสังคม

4. ครอบครัวเป็นหน่วยเศรษฐกิจที่เล็กที่สุด และเป็นพื้นฐานของสังคม ครอบครัวบางครอบครัวมีบทบาทเป็นหน่วยการผลิตทางเศรษฐกิจโดยตรง

5. ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อกันและกัน ต่างมีกระบวนการวิวัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มี การหยุดนิ่ง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

6. ปัญหาสังคมหลายประการจะป้องกันได้โดยสถาบันครอบครัว สถาบันครอบครัวที่รวมกันได้จะเป็นพลังกลุ่ม / ชุมชนที่สามารถพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหาของตนเองได้ (คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักปลัดนายกรัฐมนตรี และคณะอนุกรรมการร่างนโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว ในคณะกรรมการกองทุนส่งเสริมวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, นโยบายและวางแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว อ่างในโสภา นิมนวล, 2544 : 12-13)

ค. หน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่พึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวให้สามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยดี บทบาทและหน้าที่ต่างๆของครอบครัวนั้นล้วนมีอิทธิพลต่อสังคมทั้งสิ้นเนื่องจากการกระทำต่อหน้าที่ของสถาบันทางสังคมแต่ละสถาบันย่อมจะส่งผลกระทบต่อหน่วยต่างๆ ที่อยู่ในระบบสังคมโดยชอบ

โสภา ซิลมันน์ และคณะ (อ่างในโสภา นิมนวล, 2544:13) ได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไว้ ดังนี้

1. ให้กำเนิดทายาทเพื่อสืบสกุลวงศ์ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากความต้องการทางเพศของสามีภรรยาด้วยหรือเป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่

2. ส่งเสริมความเจริญส่วนบุคคลให้แก่ลูกๆหรือผู้ที่อยู่ในอุปการะด้วยการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องดีงาม

3. ให้การอบรมสั่งสอนผู้อยู่ในอุปการะได้รู้มารยาท ระเบียบทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม ตลอดจนการรู้จักใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ

4. ให้ความรัก ความอบอุ่น ตลอดจนความมั่นคงปลอดภัยแก่สมาชิกในครอบครัว

5. ให้เสรีภาพแก่สมาชิกของครอบครัวตามขอบเขต

6. สร้างความเป็นปึกแผ่นมั่นคงของครอบครัวทางเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ

7. ปลูกฝังนิสัยที่ดีงาม โดยการให้รู้จักการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคมอย่างมีความสุข และยังเป็นแหล่งหล่อหลอมให้สมาชิกในครอบครัวดำรงอยู่ในสังคมด้วยดี

8. สร้างอุดมคติและแรงจูงใจให้ทายาทของครอบครัวด้วยการทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี ทำงานต่างๆให้สำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ ยกฐานะหรือตำแหน่งให้สูงขึ้น

9. กำหนดสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยทำให้รู้ว่าเราเป็นใคร อยู่กลุ่มไหน เป็นคนไทยหรือต่างด้าว เป็นคนดังหรือคนจน สถานภาพของบุคคลสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือต่ำลงได้

10. ให้การศึกษาเล่าเรียนแก่สมาชิกในครอบครัวตามสมควรแก่อัธยาศัย

นอกจากนี้ นิภา ณีสกุล ยังกล่าวว่าครอบครัวจะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ครอบครัว ซึ่งได้แก่

1. การสร้างสายใยรักในครอบครัว ซึ่งหมายถึง ความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยซึ่งกันและกัน ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่ต้องมี เป็นต้นทุนในครอบครัว สายใยรัก ไม่ใช่หมายความแค่ต่างคนต่างรักกันเท่านั้น สิ่งสำคัญ คือ ต้องรู้จักทำให้เกิดความรักต่อกัน การจะทำให้เกิดความรักต่อกันที่ง่ายที่สุดคือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา การรู้จักเอาใจให้ตรงกับที่ต้องการจะให้เอาใจ เมื่ออยู่กันไปนานๆ ถึงแม้จะไม่เริ่มด้วยการรักกันปานจะกลืน ความผูกพันจะค่อยๆเกิดขึ้นเป็นสายใยแห่งครอบครัว และหากพ่อแม่มีความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน ก็ไม่ต้องห่วงว่าพ่อแม่จะไม่รักลูก

2. การเป็นที่พึ่งทางใจภายในครอบครัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวที่จะเป็นที่ปรึกษา และสามารถตอบสนองอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมทั้งคุณภาพและปริมาณ

3. บทบาทหน้าที่ ทุกคนในครอบครัวต้องมีบทบาทหน้าที่ในภารกิจต่างๆ ซึ่งมีทั้งบทบาทพื้นฐานและบทบาทเฉพาะ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่ที่จำเป็นทุกด้านอย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหาจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม สมาชิกบางคนอาจต้องรับหน้าที่มากเกินไป ในขณะที่คนอื่นไม่ได้ทำอะไรเลย และครอบครัวต้องมีวิธีตรวจสอบว่าสมาชิกแต่ละคนทำหน้าที่ครบถ้วนหรือไม่ และถ้าไม่ทำจะมีบทลงโทษอย่างไร (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 415 - 416)

ง. ความหมายของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

ครอบครัวผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สมาชิกทุกคนของครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่น้อง ลูก เครือญาติที่อาศัยในรั้วไม้ชายคาเดียวกัน และหากพี่น้องที่สนิทกับผู้ติดยาแยกบ้านออกไป แต่ยังคงมีความผูกพันใกล้ชิดกันอยู่ ก็นับรวมเข้าไว้ในครอบครัว (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 421)

จ. การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดยาและสารเสพติด

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมีความสำคัญในการป้องกันและการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด การช่วยเหลือจึงมุ่งที่จะพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัว เพราะการที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้ พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วย โดยจะต้องเปลี่ยนความคิดของครอบครัวให้เข้าใจเสียใหม่ว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใด

คนหนึ่ง ดังนั้น ทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ทุกคนในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

จากที่ได้กล่าวแล้วว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมจะเป็นเสมือนเกราะป้องกันภัยอันตรายต่างๆที่จะเข้ามาสู่ครอบครัว ดังนั้น ในการดำเนินการเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด และเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวสามารถเฝ้าระวังปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับครอบครัวได้

ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัวจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน การดำเนินการช่วยเหลือจะต้องมีลำดับขั้นตอน คือ

1. การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาและผลกระทบของการใช้ยา การทำความเข้าใจกับเป้าหมายและวิธีการบำบัดรักษา รวมทั้งการทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัวและฝึกทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีความจำเป็น

2. การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางแล้วว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานแรกของการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อมีผู้ติดยาเสพติดในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมักมีความรู้สึกที่ว่าติดยาไปด้วย นั่นคือ ครอบครัวจะมีความรู้สึกและพฤติกรรมของความโกรธ ความอายและความกลัว ดังนั้นจำเป็นที่ครอบครัวต้องได้รับการให้คำแนะนำด้วย เนื่องจากครอบครัวอาจมีส่วนส่งเสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 421)

จ. หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถกระทำได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับลักษณะของโปรแกรมนั้นๆ ความต้องการของครอบครัวและผู้ติดยาที่ต้องการจะพบกัน

ในบรรยากาศของการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ติดยาเสพติด สามารถแบ่งตามพัฒนาการและความก้าวหน้าดังต่อไปนี้ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ครอบครัวยังสับสนกับปัญหาที่เกิดขึ้น และยังมีความคิดว่าปัญหาหลักอยู่ที่ตัวผู้ติดยาเสพติดแต่เพียงผู้เดียว

เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาควรทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความร่วมแรงร่วมใจกันในการแก้ปัญหา โดยชี้ประเด็นให้เห็นว่าทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ดังนั้นทุกคนในครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ทางครอบครัวมักจะปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สถานบำบัด

ระยะที่ 2 ความหวาดกลัวต่อภาวะการกลับตีซ้ำ

ครอบครัวส่วนใหญ่จะไม่ต้องทำให้ผู้ติดยาเสพติดกลับบ้าน ครอบครัวมีความรู้สึกกังวลหวาดหวั่นว่าสมาชิกเมื่อออกจากสถานบำบัดอาจจะไปเสพยา แต่ไม่มีวิธีสื่อสารต่อกัน อาจเกิดความรู้สึกไม่พอใจ ไม่มีความไว้วางใจต่อสมาชิก

สำหรับในระยะนี้ เป็นระยะที่มีความสำคัญที่จะต้องทำให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ประคับประคองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก และที่สำคัญ เมื่อผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัด จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิด สมาชิกจะมีความรู้สึกภูมิใจกับผลของการเปลี่ยนแปลง และต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 412)

ข. ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

บางครั้งการดำเนินการในระดับการให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) และการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) เป็นเรื่องยาก ซึ่งบางครั้งปัญหาของครอบครัวยังคงยุ่งเหยิง ไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ใน 2 ระดับวิธีแรก มีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการในลักษณะของครอบครัวบำบัด (Family Therapy) อย่างต่อเนื่อง

เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สิ่งแรกที่เรามักจะนึกถึง คือ ทำอย่างไรถึงจะแก้ไขพฤติกรรมของบุคคลนั้นให้ดีขึ้น แต่การแก้ไขที่พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ อย่างเดียวมักไม่ได้ผลที่ยั่งยืน ตัวอย่างที่พบบ่อยๆ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น แต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก พฤติกรรมต่างๆ กลับไปเหมือนเดิมหรือแย่กว่าเดิม ที่เป็นเช่นนั้น เพราะการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่นั้น แม้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นก็ตาม แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่คงทนถาวร การทำความเข้าใจกับบริบทของผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวจึงมีความจำเป็นเนื่องจาก

1. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรืออาการของผู้ป่วยนั้นไม่ได้เกิดขึ้นมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบทโดยเฉพาะครอบครัว

2. บริบทโดยเฉพาะครอบครัวเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมจะเป็นเช่นใด อีกทั้งยังเป็นตัวปรับเปลี่ยนรูปแบบของพฤติกรรม รวมทั้งทำให้พฤติกรรมนั้นสิ้นสุดหรือดำเนินอยู่เรื่อยๆ ก็ได้

ผู้บำบัดจะเข้าใจอาการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ถ้าสามารถมองภาพโดยรวมของผู้ป่วย คือ มองผู้ป่วยในความสัมพันธ์ที่มีกับครอบครัว และให้ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญของการบำบัด

ดังนั้น ครอบครัวบำบัดจึงถือว่า สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาร่วมกัน ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ใครคนใดคนหนึ่ง ไม่มีใครถูกตำหนิว่าเป็นผู้ก่อปัญหาขึ้น แต่ทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 422-423)

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ก. ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโคเฮนและวิลล์ (Cohen and Wills, 1985 :310-313 อ้างในประกอบ แซ่มเมืองปัก, 2540:37) กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นเป็นเสมือนเครื่องปิดกั้นความเครียด หรือมีผลในการดูดซับความเครียดออกไป แนวความคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษากันมาก และยังได้แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและผลลัพธ์ต่างๆที่หลากหลายทางด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งนักมนุษยวิทยา แพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ การสนับสนุนทางสังคมจึงถูกมองออกเป็นหลายแนวคิดของผู้ศึกษา ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมบางครั้งจึงมีความหมายแตกต่างกัน บางครั้งคล้ายคลึงกัน เช่น

คอบบ์ (Cobb.1976:300 อ้างในประกอบ แซ่มเมืองปัก, 2540:38) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้เขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (อ้างในเสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ, 2539:13) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งอาจทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน การให้ความช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ความช่วยเหลือเหล่านี้อาจเป็น วัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

แมกควัวร์ (Mcquire. 1983 อ้างในเสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ, 2539:14) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางด้านสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจเมตตากรุณาที่ได้รับจากเพื่อน ญาติพี่น้อง ผู้ร่วมงาน เมื่อบุคคลเหล่านี้มารวมกัน หรือประสานกัน โดยมีจุดประสงค์ในการให้ความช่วยเหลือ ก็จะเป็นการเกิดเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม

ไวน์ (อ้างในเสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ, 2539:12-13) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคมจากความสำเร็จในสัมพันธภาพ ทั้งนี้ย่อมต้องอาศัยปัจจัยบางประการ เช่น

1. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด

การที่บุคคลขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์เช่นนี้มักพบในกลุ่มเพื่อน

2. ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี (A Sense of Reliable Alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือข่าย ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

3. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

4. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for Nurture) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

5. การส่งเสริมให้มั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

6. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment or Intimacy) เป็นความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีคนรักและเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากคู่สมรสและเพื่อนสนิท ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว

เฮาส์ (House อ้างในประกอบ แซ่มเมืองปัก, 2540 : 38-39) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงพฤติกรรมสนับสนุนด้านต่างๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Instrumental Support)

การสนับสนุนทางสังคม แม้จะมีความหมายตามแนวคิดต่างๆที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ผลลัพธ์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมก็คือ ช่วยให้ผู้ที่มีความเป็นอยู่และสุขอนามัยที่ดี ดังนั้น จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์และสังคม ข้อมูล ข่าวสาร หรือสิ่งของต่างๆ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตจากคนในกลุ่มสังคมที่ติดต่อสัมพันธ์กัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ข. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

จาคอบสัน (Jacobson. 1986:252 อ้างในประกอบ แซ่มเมืองปัก, 2540:41) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงพฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลยกย่อง เคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่และความมั่นใจ
2. การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive Support) หมายถึง ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาบางอย่างได้

ทอยส์ (Thoits. 1982 อ้างในเสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ, 2539:14) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio-Emotional Aid) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย
2. การช่วยเหลือทางด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental Aid) ได้แก่ การได้รับการแนะนำด้านข่าวสาร ข้อมูล อันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง

บราวน์ (Brown 1986 :4-6) โครเนนเวท (Cronenwett.1985:93-99) อิสเรล (Israle. 1985:65-80) และทิลเดน (Tiden.1985:199-206) ซึ่งอ้างถึงเฮาส์ (House.1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึงการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น (ประกอบ แซ่มเมืองปัก, 2540 :41)

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถแบ่งได้หลายด้าน เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม จิตใจ ข่าวสาร ซึ่งล้วนสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานมนุษย์ ได้แก่ การ

ตอบสนองต่อร่างกาย อารมณ์ สังคม และการตอบสนองเหล่านี้จะบรรลุดีขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนในสังคมนั้นๆ

ค. กลุ่มสังคมในระบบสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1987:396-397 อ้างในเสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ, 2539:17-18) ได้แบ่งระบบสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อผู้ป่วย (Jones and Dimond. 1982:12) เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากคนซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organizations or Denominations) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อน ไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือปัญหาการเป็นสมาชิกที่พิการของครอบครัว

นอกจากนี้ เสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ (2539 :17-18) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมา คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุด คือการสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra

System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบจะมีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่างๆ หรือกลุ่มบุคคลในสังคมอื่นๆ ซึ่งจะมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน จะแบ่งได้ 2 ชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

ง. ผลของการสนับสนุนทางสังคม

ประกอบ แซ่มเมืองปัก (2540 : 45-46) ได้สรุปผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสภาวะสุขภาพที่นักวิชาการหลายท่าน ได้แก่ โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills. 1985 : 310-357) ครีเอเซียและพาร์คเกอร์ (Creasia and Parker. 1991 : 448) ได้กล่าวไว้ โดยสามารถสรุปได้ 2 ประการ คือ

1. ผลโดยตรง (Direct Effect) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยไม่ต้องพึ่งพาความเครียด หรือกระบวนการของการเผชิญความเครียด (Coping Process) การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ช่วยให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และยังทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น หรืออาจทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยทำให้บุคคลมองเห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง ภาวะเครียด หรือภาวะวิกฤต รวมทั้งส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้กับปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง และดีมีสเดล และคนอื่นๆ (Dimsdale and Other) ยังกล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคม ก็จะทำให้ได้รับแรงดันให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคม หรือได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมภาวะปกติสุขได้อีกทางหนึ่ง

2. การดูดซับหรือปรับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Stress – buffering Effect) ผลของการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้เกิดจากกลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคมเมื่อมีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้น ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค และในขณะเดียวกันก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะป้องกันสภาวะสุขภาพของบุคคลไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ หรือช่วยให้บุคคลปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยผ่านทางกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping Process) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เสมือนขุมพลังที่จะช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดนั้นๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่างพร้อมๆกัน

เพนเดอร์ (Pener. 1987:398 อ้างในเสาวภา พิพัฒนาเวชกิจ, 2539:19) ได้สรุปประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ และความเป็นปกติสุขของบุคคลได้ดังนี้

1. ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโตโดยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองและทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นปกติสุข
2. ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต
3. ช่วยรับรองยืนยันว่าการกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของสังคม
4. ช่วยลดผลที่ได้รับในด้านลบ เช่น ลดเหตุการณ์ที่ตึงเครียด โดยจะมีผลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังช่วยลดการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาที่กล่าว จึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นคือ ช่วยดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและจิต มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดในชีวิตลดลง

5. ทฤษฎี รูปแบบ และแนวคิดการประเมิน

ก. ความหมายและประเภทของการประเมินผลโครงการ

การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศมาทำการวิเคราะห์ และนำผลไปใช้ในการดำเนินงาน ฟิงก์และโคสคอฟ (Fink and Koscoff.1978) แบ่งประเภทของการประเมินผลโครงการเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินผลย่อย (Formative Evaluation) เป็นการประเมินที่กระทำระหว่างดำเนินการโครงการ โดยมีการตรวจสอบและเก็บข้อมูลเป็นระยะๆตลอดโครงการ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงโครงการที่กำลังดำเนินอยู่

2. การประเมินผลรวม (Summative Evaluation) เป็นการประเมินเมื่อการดำเนินโครงการสิ้นสุดลงแล้ว มีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบผลที่เกิดจากโครงการว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายของโครงการเพียงใด หรือเกิดผลกระทบใดบ้าง (รัตนะ บัวสนธ์, 2540 : 207-208)

นอกจากนั้น สมบัติ สุวรรณพิทักษ์ (2531:45-47 อ้างในรัตนะ บัวสนธ์, 254 :207-208) ได้เสนอว่าการแบ่งประเภทของการประเมินผลโครงการโดยยึดวงจรของโครงการ (Project Life Cycle) มีประโยชน์ในทางปฏิบัติมาก เพราะได้แสดงให้เห็นกระบวนการของการประเมินที่สัมพันธ์สอดคล้องกับกระบวนการของโครงการตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการจนกระทั่งการสิ้นสุดโครงการ การแบ่งประเภทของการประเมินผลโครงการโดยอาศัยวงจรของโครงการเป็นเกณฑ์ในการแบ่งจำแนกการประเมินผลโครงการเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินก่อนการดำเนินงาน (Pre-Evaluation) เป็นการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดและการเลือกทำโครงการ ซึ่งมักพิจารณาในเรื่องความเหมาะสมของการทำโครงการ และการวิเคราะห์ผลตอบแทนของโครงการ

2. การประเมินระหว่างการทำงาน (Implementation Evaluation) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นในระยะเวลาของการปฏิบัติงานโครงการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดหรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง อันจะแก้ไขให้ทันที่ เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การประเมินหลังการทำงาน (Post-Evaluation) เป็นการประเมินที่จัดทำขึ้นเมื่อการปฏิบัติงานโครงการได้เสร็จสิ้นลงแล้ว เพื่อตรวจสอบว่าการดำเนินงานโครงการสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้เพียงใด มีผลพลอยได้หรือไม่ นอกเหนือจากที่ได้ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายบ้างหรือไม่ และสรุปผลรวมของการดำเนินงานโครงการ

นอกจากนี้ สตีฟเฟิลบีมและเวบสเตอร์ (อ้างในวิเชียร ชานฤทธิ, 2531 : 21-22) ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การประเมินเทียม (Pseudo Evaluation) ได้แก่ การประเมินที่ผลของการประเมินให้คุณค่าเป็นบวกหรือเป็นลบ แต่ไม่สอดคล้องกับคุณค่าที่แท้จริง
2. การประเมินกึ่งจริง (Quasi Evaluation) ได้แก่ การประเมินที่อาศัยคำถามเฉพาะเจาะจง ใช้วิธีการที่เป็นระบบ แต่อาจจะไม่ได้วัดคุณค่าของสิ่งนั้น
3. การประเมินที่แท้จริง (True Evaluation) ได้แก่ การประเมินที่ต้องการศึกษาคุณค่าของสิ่งนั้นๆ อย่างแท้จริง

ข. รูปแบบของการประเมินผลโครงการ

รูปแบบของการประเมินผลโครงการ หมายถึง กรอบหรือแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการประเมินผล โปแฟม (Popham) ได้แบ่งรูปแบบของการประเมินผลโครงการออกเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 รูปแบบที่ยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลัก กล่าวคือ ในการประเมินจะยึดถือเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายเป็นหลักสำคัญ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ รูปแบบการประเมินของแฮมมอนด์

ประเภทที่ 2 รูปแบบที่ยึดหลักเกณฑ์ภายนอกเป็นหลัก เป็นรูปแบบที่ใช้ตัดสินคุณค่า ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสคริเวน รูปแบบการประเมินของสเติก

ประเภทที่ 3 รูปแบบที่ยึดหลักเกณฑ์ภายในเป็นหลัก ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสมาคมภาคกลางเหนือของอเมริกา

ประเภทที่ 4 รูปแบบที่ช่วยในการตัดสินใจ เป็นรูปแบบการประเมินที่ช่วยในการหาข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหารในการดำเนินโครงการต่างๆ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสตีฟเฟิลบีม รูปแบบการประเมินของอัลคิน รูปแบบการประเมินของโพรวัว (สมบัติ สุวรรณพิทักษ์, 2531 : 66-67 อ้างใน รัตนะ บัวสนธ์, 2540 : 208 -211)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบการประเมินผลโครงการที่ได้รับการกล่าวถึงและนิยมนำไปใช้ในการประเมินผลโครงการที่สำคัญๆ ซึ่งได้นำมาเสนอในที่นี้มี 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบการประเมินของมารวิน ซี อัลคิน (Marvin C. Alkin)

อัลคินกล่าวว่าการประเมินเป็นกระบวนการจัดหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจ ดังนั้น ในการประเมินจำเป็นต้องดำเนินการในเรื่องราวต่าง ๆ 5 ด้าน คือ

- 1.1 การประเมินระบบ (System Assessment) เพื่อบรรยายสภาพความเป็นจริงของระบบเปรียบเทียบกับความคาดหวังที่เกิดขึ้น
- 1.2. การประเมินการวางแผนโครงการ (Program Planning) เพื่อหาข้อมูลมาใช้ในการพิจารณาเลือกโครงการที่เหมาะสม
- 1.3. การประเมินการปฏิบัติตามโครงการ (Program Implementation) เพื่อตรวจสอบว่าการดำเนินงานของโครงการเป็นไปตามขั้นตอนต่างๆที่วางแผนไว้หรือไม่
- 1.4. การประเมินเพื่อปรับปรุงโครงการ (Program Improvement) เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการ ผลที่เกิดขึ้นตามจุดมุ่งหมาย และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- 1.5. การประเมินเพื่อยอมรับโครงการ (Program Confirmation) เพื่อจัดหาข้อมูลให้ผู้ตัดสินใจสามารถใช้ในการตัดสินใจคุณค่าของโครงการ

2. รูปแบบการประเมินของลี เจ ครอนบัทซ์ (Lee J. Cronbach)

ครอนบัทซ์กล่าวว่า การประเมินเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางการศึกษา ในการประเมิน จะต้องประเมินทั้งผลที่เกิดขึ้นตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากจุดมุ่งหมาย

ครอนบัทซ์กล่าวว่าในการประเมินจะต้องประกอบด้วยกระบวนการประเมินในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ การติดตามผล การวัดเจตคติ การวัดความสามารถต่างๆไป และการศึกษากระบวนการ

3. รูปแบบการประเมินของแมลคอล์ม เอ็ม โพรวัส (Malcolm, M. Provas)

การประเมินตามแนวคิดของโพรวัสเป็นกระบวนการของการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงกับมาตรฐานที่กำหนดขึ้นมา ซึ่งมาตรฐานเหล่านั้นจะถูกกำหนดขึ้นทุกขั้นตอนของการประเมิน และจะมีการพิจารณาดูว่ามีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับมาตรฐานเพียงใด และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงการดำเนินงาน

การประเมินประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน คือ

- 3.1. การบรรยายโครงการ เพื่อศึกษาลักษณะของโครงการที่ต้องดำเนินการ 3 ด้าน คือ ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิต
- 3.2. การประเมินการดำเนินงานของโครงการ เพื่อตรวจสอบดูว่าการดำเนินงานของโครงการเป็นอย่างไร หรือมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง
- 3.3. การประเมินกระบวนการของโครงการ เพื่อตรวจสอบดูว่าการดำเนินงานของโครงการบรรลุจุดมุ่งหมายย่อยๆในโครงการเพียงใด

3.4. การประเมินผลผลิตของโครงการ เพื่อตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นตามจุดมุ่งหมายของโครงการ

3.5. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลกำไร เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกับผลที่ได้รับว่าสิ้นเปลืองมากน้อยเพียงใด

4. รูปแบบการประเมินของแดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daneil, L. stufflebeam)

สตัฟเฟิลบีมให้นิยามของการประเมินว่าเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการจัดเตรียมข้อมูลต่างๆ เพื่อการนำไปใช้ในการตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสม

สตัฟเฟิลบีมได้พัฒนาแนวคิดของการประเมินโดยอาศัยลักษณะการตัดสินใจโดยชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจแต่ละส่วนจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่ได้จากกระบวนการประเมินมาช่วยในการตัดสินใจ โดยเสนอว่านักประเมินจะต้องทำการประเมิน 4 ด้าน ดังนี้

4.1. การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผน โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมาย

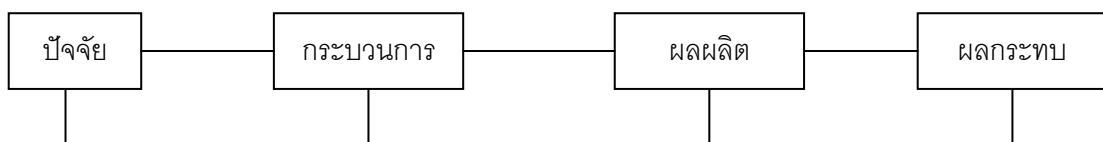
4.2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงสร้าง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการเลือกวิธีการที่เหมาะสม

4.3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำเนินงานการควบคุม และการกลั่นกรองกระบวนการ

4.4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเมื่อครบวงจรการทำงาน หรือเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการตัดสินใจบรรลุความสำเร็จของโครงการ (รัตนะ บัวสนธ์, 2540 : 208-211)

การวิเคราะห์ระบบ (System Approach)

การวิเคราะห์ระบบเป็นการนำเอาระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาประยุกต์ใช้ โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ต่างๆ ขององค์ประกอบทั้งหลายในระบบให้เห็นเป็นกระบวนการอย่างชัดเจนสำหรับนำไปเป็นหลักการในการปฏิบัติ ดังแผนภูมิต่อไปนี้



จากแผนภูมิจะพบว่าองค์ประกอบต่างๆ ของระบบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งเหตุผลซึ่งกันและกันดังนี้

- ปัจจัยเป็นเหตุให้กระบวนการดำเนินไปได้
- กระบวนการเป็นเหตุให้เกิดผลผลิต
- ผลผลิตเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบ

ในการปฏิบัติงานหรือทำงานใดๆย่อมจะมีปัญหาเกิดขึ้นเสมอๆและปัญหานี้แหละที่จะนำไปหาวิธีปรับปรุงเพื่อลดปัญหาให้น้อยลงหรือไม่มีปัญหาเลย เพื่อที่จะทำให้ผลการปฏิบัติงานหรือผลงานมีคุณภาพดีที่สุดตามที่ต้องการ ส่วนวิธีการแก้ปัญหานั้นๆก็จะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตามที่ต้องการเหมือนกัน การที่จะทำให้เกิดผลทั้งสองประการนี้จำเป็นต้องนำความรู้จากการวิเคราะห์ระบบมาใช้ จึงจะทำให้ได้ผลสมดังปรารถนา (คณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2533 : 33-34 อ้างในรัตนะ บัวสนธิ, 2540 : 211)

สรุปได้ว่าการประเมินนั้นมีหลายรูปแบบ สามารถดำเนินการได้หลายวิธี โดยทั้งนี้ การเลือกใช้รูปแบบใดวิธีใดต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับลักษณะโครงการ แหล่งและข้อมูลที่ต้องการ ระยะเวลา วัตถุประสงค์การนำไปใช้และสถานการณ์ขณะนั้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

John A. O'Donnell และ John C. Ball เขียนหนังสือ Narcotic Addiction เรื่อง Treatment of the Addict ตอนหนึ่งความว่า “แนวคิดของการบำบัดรักษาที่สำคัญก็คือ เรื่องของปัจเจกบุคคลหลังจากผู้ที่ติดยาเสพติดได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ยาเสพติด และบรรลุดจุดมุ่งหมายในการรับการบำบัดช่วยเหลือครบทุกขั้นตอนแล้ว ก็จะเป็นการง่ายที่จะชักชวนให้เขาเลิกยาเสพติดได้ เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ผู้ที่ติดยาเสพติดมักจะตกเป็นทาสของยาเสพติดเมื่ออายุระหว่าง 17-20 ปี โดยการติดยาเสพติดจะเกิดขึ้นก่อนที่พวกเขาแต่ละคนจะได้มีโอกาสเรียนรู้และเข้าใจประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตดีเพียงพอ และเมื่อเขาเข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการเลี้ยงดูและเตรียมตัวอย่างเหมาะสม ตั้งใจรับการฝึกอบรม และสามารถจัดการความกลัวและความเครียดของตัวเองออกไปได้ในที่สุด เขาอาจจะเลิกยาได้ การสร้างทัศนคติทางสังคมที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการรักษาแบบต่างๆที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน อาจทำให้ประสบความสำเร็จในการชักจูงให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและเกิดผลที่ดีตามมาด้วย (Donnell and Ball. 1996:190-199 อ้างในรัชนี้ เหล่าเรืองธนา, 2542:59)

จากการศึกษาของศรีวรรณา เจียรวัฒน์ชัย (2539, บทคัดย่อ อ้างในโสภานี นิมนวล, 2544:17) เกี่ยวกับภาพรวมของเยาวชนผู้ต้องหาคดียาเสพติดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง ซึ่งแม้จะยังไม่ได้รับการพิจารณาพิพากษาคดี สามารถสะท้อนภาพเยาวชนที่ติดยาเสพติดได้ ช่วยให้ทราบถึงข้อมูลต่างๆของปัญหา ภูมิหลังที่เกี่ยวข้องกัน อันจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในงานครอบครัวบำบัดแก้บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กและเยาวชน ให้เข้าใจถึงความสำคัญของบรรยากาศในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันจัดทิศทางหรือบทบาทของครอบครัว โดยการสร้างความรักความอบอุ่น การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเพิ่มพูนแนวทางพัฒนาคุณธรรมและวัฒนธรรม อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สมาชิกในครอบครัวต่างมีสุขภาพจิตที่ดี มีกลไกและบทบาทเสริมต่อกัน จะเป็นแนวทางของปัจจัยพื้นฐานการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติดในเด็กและเยาวชนได้ บทบาทของบิดามารดาในการอบรมเลี้ยงดูเด็กและเยาวชนในครอบครัวที่ดีมีส่วนเสริมสร้างและช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนต่อปัญหาการติดยาเสพติดได้ เมื่อเขาเจริญเติบโตขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อสรุปได้ว่าการอบรมเลี้ยงดูวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากมี

ปัจจัยตัวแบ่งอื่นๆเข้ามาเกี่ยวพันด้วย ดังนั้น ควรใช้วิธีอบรมเลี้ยงดูควบคู่กันไปให้สอดคล้องตามเหตุผล และผลของปัจจัยเกี่ยวเนื่อง และเมื่อพิจารณาเฉพาะการใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ในการอบรมเลี้ยงดู ควบคู่กับการเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน จะพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภูมิด้านทานยาเสพติดของเด็กและเยาวชนเป็นอย่างมาก ฉะนั้น บิดามารดาควรจะตระหนักว่าหลักในการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่สำคัญ คือ การอบรมเลี้ยงดูเด็กแบบใช้เหตุผลมากและรักสนับสนุนมาก

สันทนา วิจิตรเนาวรัตน์ (2540 อ้างในรัชนี้ เหล่าเรื่องธนา, 2542 : 88) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติต่อสิ่งเสพติด ประเภทสารระเหยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนไชยาวิทยา อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จุดมุ่งหมายของการวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติต่อสิ่งเสพติดประเภทสารระเหยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนไชยาวิทยา อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ไม่เคยเสพยาเสพติดประเภท สารระเหยมาก่อน และทัศนคติทางบวกต่อสิ่งเสพติดประเภทสารระเหยสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า แบบสอบถามทัศนคติต่อสิ่งเสพติดประเภทสารระเหย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบของวิลคอกซัน และการทดสอบของแมน วิทนีย์ ผลการวิจัยพบว่า

1. นักเรียนมีทัศนคติต่อสิ่งเสพติดประเภทสารระเหยลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. นักเรียนมีทัศนคติต่อสิ่งเสพติดประเภทสารระเหยลดลงหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีทัศนคติต่อสิ่งเสพติดประเภทสารระเหยลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิทย์ ดวงเวียง (2538 อ้างในรัชนี้ เหล่าเรื่องธนา, 2542: 85-86) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการปรับตัวกับครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดในสถานพักฟื้นประเวศเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร จุดมุ่งหมายของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการปรับตัวกับครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด ในระยะพักฟื้นประเวศ ลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ปี 2538 ที่มีคะแนนการปรับตัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ลงมา จำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มสนทนาศึกษาได้รับข้อเสนอเกี่ยวกับการปรับตัวกับครอบครัว เครื่องมือที่ใช้วัดการปรับตัวกับครอบครัว คือ แบบสอบถามการปรับตัวกับครอบครัว การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีของวิลคอกซัน (Willcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test) และแมนวิทนีย์ (The Mann Whitney U test) สรุปได้ดังนี้ ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับกิจกรรมกลุ่มมีการปรับตัวกับครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับข้อเสนอมีการปรับตัวกับครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับกิจกรรมกลุ่มมีการปรับตัวกับครอบครัวดีขึ้นกว่าผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับข้อเสนออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรเพ็ญ นาควัชระ และสมศรี บัณฑพันธ์ (อ้างในรัชนี้ เหล่าเรื่องธนา, 2542:58-59) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการบำบัดรักษา มูลเหตุการรักษาไม่ตลอด และการหวนกลับ ตลอดจนกรรมวิธีในการบำบัดรักษาแบบต่างๆจะมีผลต่อการหยุดเสพได้มากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการบริการทั้งหมดของสถานบำบัด 3 แห่ง คือ ศูนย์รักษายาเสพติดทางภาคเหนือ คลินิกจิตเวช และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 368 ราย สรุปผลการศึกษาได้ว่า ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่จะมาติดต่อสถานบำบัดรักษาเมื่อไม่มียาเสพติดจะเสพ ยังไม่มีความตั้งใจจริงที่จะเลิกยาเสพติดโดยเด็ดขาด มารับการรักษาเพียงเพื่อต้องการระงับอาการทางร่างกายเท่านั้น ฉะนั้น ในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ จึงน่าที่จะได้พิจารณาเป็นรายบุคคลโดยแยกผู้ติดยาเสพติดเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. พวกเริ่มติดใหม่ๆ และติดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์
2. พวกที่ติดมานานพอสมควร ไม่มีประวัติที่ส่อไปในทางเสื่อมเสีย และมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกยาเสพติดให้ได้

3. พวกที่ติดยาเสพติดมานาน และพวกที่สันดานเป็นผู้ร้ายอันธพาลมาก่อนติดยาเสพติดนิสัยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเพราะการติดยาเสพติด และรับการบำบัดรักษามาหลายครั้งแล้ว

อนึ่งในการรักษาควรพิจารณาให้การรักษาเฉพาะประเภทที่ 1 และ 2 เท่านั้น ส่วนประเภทที่ 3 ควรแยกไปอยู่ในสังคมที่จัดไว้โดยเฉพาะ และหาวิธีแก้ไขโดยทางพฤติกรรมบำบัดให้อยู่ในกรอบจำกัด และให้การเรียนรู้การรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

7. แนวคิดที่ใช้ในการประเมินผลโครงการการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด รูปแบบจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน มัธยมศึกษาจังหวัดสงขลา

การประเมินผลโครงการการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการประเมินผลตามรูปแบบของสตีเฟิลบีม (CIPP) และการวิเคราะห์ระบบมาประยุกต์ใช้ โดยได้ทำการประเมินผลโครงการรวม 3 ด้าน คือ

การประเมินปัจจัยการดำเนินงาน เป็นการศึกษาถึงการจัดเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานตามโครงการ คุณสมบัติของผู้บำบัด การกำหนดบุคลากรและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในการดำเนินงาน คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ป่วยและครอบครัว) ความเหมาะสมของสถานที่ดำเนินการ ความพร้อมและความเหมาะสมของเอกสาร สื่อ วัสดุอุปกรณ์ ความเหมาะสมของห้องทำกิจกรรม ห้องน้ำสำหรับเก็บปัสสาวะ รวมทั้งเนื้อหากิจกรรมที่นำมาใช้ ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ และการบริหารจัดการโครงการก่อนดำเนินงานโครงการ เช่น การวางแผนก่อนการดำเนินงาน การกำหนดเกณฑ์การจำหน่ายออกจากโครงการ เกณฑ์การจบโปรแกรม และมาตรการเพื่อป้องกันการไม่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม

ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษามาช่วยในการพิจารณาตัดสินใจว่าโครงการนั้นๆมีความเหมาะสม เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่จะทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ และช่วยให้เกิดการวางแผนการจัดกิจกรรมของโครงการได้อย่างเหมาะสม

การประเมินกระบวนการดำเนินงาน เป็นการศึกษาถึงด้านความสามารถและความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมของผู้บำบัด การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโครงการ การแก้ไขปัญหาอุปสรรคในระหว่างการทำงาน การดำเนินกิจกรรมตามหลักสูตรการบำบัดรักษา รูปแบบจิตสังคมบำบัด การตรวจประเมินผล ทั้งนี้เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์

การประเมินผลการดำเนินงาน เป็นการศึกษาถึงผลของการปฏิบัติกิจกรรมว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการตามที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งเป็นการประเมินทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระยะสั้น เช่น การศึกษาถึงความคิดเห็นและความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน คุณภาพของบริการ ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการเลิกยา การป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ ครอบครัวศึกษา การนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในชีวิตประจำวันในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ และการประเมินองค์ประกอบต่างๆในชีวิตของเยาวชน ทั้งนี้เพื่อนำผลการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจว่าจะปรับปรุงโครงการ ขยายผลโครงการต่อไป หรือเพื่อล้มเลิกโครงการ

วิธีประเมินผลโครงการ

การประเมินผลโครงการครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ ใช้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลโดยตรง รวมทั้งการสังเกตหรือการสัมภาษณ์ สอบถามจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และจากรายงานหรือเอกสารอื่นๆ