

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 20 คน โดยแบ่ง กลุ่มละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่มโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive Sampling) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญาว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน (F15.5) และมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

2. สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้

3. อายุตั้งแต่ 16-60 ปีบริบูรณ์

4. ใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

**ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา และจากการศึกษาทะเบียนประวัติโดยปรึกษาร่วมกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน และประเมินคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

-โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

-แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

-แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

-แบบวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตน

-แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

#### 4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

-แบบประเมินอาการทางจิต BPRS

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

**โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ศึกษาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีขั้นตอนการสร้างดังนี้**

1.1 ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ของ คาร์ณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอน คือการสร้างความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร การดำเนินการด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วย ซึ่งปรับให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการและให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน

1.2 ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลังอำนาจ ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพในตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว และการพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

1.3 สร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยนำแนวคิดต่างๆ จากการศึกษา ทบทวนงานวิจัย ร่วมกับการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดโครงสร้างวัตถุประสงค์ของโปรแกรม โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยครอบคลุมการพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองและประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเป็น 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

ขั้นตอนที่ 2. การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์ของปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

ขั้นตอนที่ 3. การสร้างพลังในการดูแลตนเองในการจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำ

ขั้นตอนที่4. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจโดยการสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้เรื่องโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน วิธีการเลิกยาเสพติด และการแก้ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

ขั้นตอนที่5.การดำเนินงานด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ ทักษะการปฏิเสธยาเสพติด

ขั้นตอนที่6. การปรับเปลี่ยนความคิดในการสร้างควมมีคุณค่าและการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดำเนินการ 6 ครั้งๆละ 60 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

### ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับ
3. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย ไว้วางใจการยอมรับ การกล้าแสดงความรู้สึกเปิดเผยตนเองของสมาชิกกลุ่ม

#### เนื้อหา

1. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด
2. วัตถุประสงค์ ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. ประโยชน์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้ากัน
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม สถานที่ในการเข้ากลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ในการเข้ากลุ่ม และสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มทำความตกลงและทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนร่วมแสดงความคิดเห็นกับสมาชิก เกี่ยวกับสิทธิ และบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

5. สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปการเข้ากลุ่ม และนัดหมายการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มจากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกบอกจำนวนสมาชิกในกลุ่มได้ 3 คน
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสภาพปัญหาของตนเองได้
4. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยตนเองเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเองให้สมาชิกฟัง

### ครั้งที่ 2 การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์ของปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเล่าระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการใช้ยาบ้า และผลกระทบจากการใช้ยาบ้า
3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาตามสภาพการณ์จริง

#### เนื้อหา

1. สาเหตุโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
2. อาการและอาการแสดง โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาบ้า ผลกระทบจากการใช้ยาบ้า

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิกทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยใช้สมาชิกเล่าถึงประวัติการใช้ยาบ้า สาเหตุ อาการ ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาบ้า และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงคำพูด ความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อให้มีการอภิปรายที่ต่อเนื่อง
4. ผู้นำกลุ่มสรุปสาเหตุ อาการและผลกระทบ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาบ้าและแนวทางการแก้ไขให้สมาชิกรับทราบเพิ่มเติมในส่วนที่สมาชิกยังไม่ได้กล่าวถึง หรือแก้ไขในส่วนที่ยังไม่เข้าใจให้ถูกต้อง และให้สมาชิกกลับไปสำรวจและทบทวนตนเอง เพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวโน้มของตัวกระตุ้นที่เป

สาเหตุนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ ในใบกิจกรรมที่ 2.2 พร้อมกับนัดหมายโดยนำเนื้อหาจากใบกิจกรรมมาทำกลุ่มครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มจากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาในพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้
4. ผู้ป่วยสามารถอธิบายสภาพปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามสภาพความเป็นจริง

### ขั้นตอนที่3. การสร้างพลังในการดูแลตนเองในการจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงความสำคัญในการจัดการกับปัญหาการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถวางแผนจัดการกับปัญหาการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ.
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม รับรู้สาเหตุการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำและแนวทางการแก้ไข

#### เนื้อหา

1. การรับรู้สาเหตุการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำและแนวทางการแก้ไข
  - ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการอยาก เสพยาบ้า
  - แนวทางการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น
  - ปัญหาการเสพยาบ้า
  - แนวทางแก้ไข

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิก ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงสาเหตุ ของการกลับไปเสพยาบ้า โดยทบทวนจากใบกิจกรรมที่ 2.2 ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของสมาชิก และเสนอแนวทางแก้ปัญหา

3. ผู้นำกลุ่มสนับสนุนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาของสมาชิกแต่ละคน และสะท้อนให้ช่วยกันค้นปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ เพิ่มเติม เสนอแนวทางแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ
4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการอยากเสพยา การหลีกเลี่ยง ปัญหาที่เกิดขึ้นในการเลิกยาและแนวทางการแก้ไขปัญหา สรุปเนื้อหาการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปถึงการเข้ากลุ่ม และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มจากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟัง
3. ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองในชุมชน ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหามาตลอด จนบอกถึงความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ทักษะที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาต่างๆด้วยตนเอง
4. ผู้ป่วยสามารถวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาคาดตนเอง การจัดการกับอาการ
5. ผู้ป่วยบอกได้ว่าโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนเป็นโรคจิตทางจิตเวชแต่ผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้

**ขั้นตอนที่ 4. การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจโดยการสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้เรื่องโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน วิธีการเลิกยาเสพติด และการแก้ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว**

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงความต้องการในการได้รับความรู้ ทักษะที่จะส่งผลต่อการดูแลตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ

### เนื้อหา

- โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน อาการและอาการแสดง การป้องกันการเสพยาบ้า สัมพันธภาพและการจัดการ

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ทักทายสมาชิกทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยให้สมาชิกเล่าถึงประวัติการใช้ยาบ้า สาเหตุ อาการ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเสพติด
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึง โรคจิตจากสารแอมเฟตามีน สาเหตุ อาการและอาการแสดง
5. ผู้นำกลุ่ม กระตุ้น สนับสนุนให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ต่อปัญหาการเสพติดและแนวทางการป้องกัน ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหาและเสนอ แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาของแต่ละคนในปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัวบอกความรู้สึกต่อปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และสรุปเนื้อหาจากการทำกลุ่ม (ใบกิจกรรมที่ 4.3)
7. ผู้นำกลุ่มสรุป ความรู้ เรื่องโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน อาการและอาการแสดง การป้องกันการติดยา และการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ให้สมาชิกรับทราบเพิ่มเติมในส่วนที่สมาชิกยังไม่ได้กล่าวถึง หรือแก้ไขในส่วนที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง พร้อมกับนัดหมายโดยนำเนื้อหาจากใบกิจกรรมมาทำกลุ่มครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มจากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม.
2. ผู้ป่วยบอกถึงป่วยบอกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลกับตัวผู้ป่วย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้จากการประเมินหลังการให้ความรู้สูงขึ้น

**ขั้นตอนที่ 5. การดำเนินงานด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาด้าน อารมณ์ ทักษะการปฏิเสธยาเสพติด**

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะสามารถจัดการกับปัญหาได้
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจปัญหา ช่วยกันค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม
3. เพื่อเตรียมการปิดกลุ่ม

## เนื้อหา

ผู้ที่เสพยาบ้ามีความสามารถในการป้องกันการเสพยาบ้าโดยมีทักษะ การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์  
ทักษะการปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพ

## กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่มทักทายสมาชิกทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละคนในปัญหา ด้านอารมณ์ ผู้นำกลุ่ม  
สะท้อนให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น  
ประสบการณ์ เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันและวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเชื่อมโยง  
คำพูด ความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อให้มีการอภิปรายที่ต่อเนื่อง และ สรุปเนื้อ
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การปฏิเสธการใช้ยาบ้าของแต่ละคน. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้  
สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหา บอกความรู้สึกต่อปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์  
เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันและวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
4. ผู้นำกลุ่มสรุปปัญหา การจัดการกับอารมณ์ที่ส่งผลต่อการไปเสพยาซ้ำพร้อมทั้งแนะนำวิธีทักษะ  
การปฏิเสธที่มีประสิทธิภาพและให้สมาชิกกลับไปสำรวจและทบทวนตนเองเพิ่มเติมเกี่ยวกับความภาคภูมิใจใน  
ตนเอง (ในกิจกรรมที่ 5.3) ผู้นำกลุ่มบอกให้สมาชิกทราบการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป เป็นครั้งสุดท้ายเพื่อเป็นการ  
ปิดกลุ่มและนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

## การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มจากการสรุปผลการเข้า  
กลุ่มโดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับอาการ การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้
3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการความสามารถศักยภาพของตนในการแก้ปัญหาจากการเจ็บป่วย  
โดยสังเกตจากการแสดงออกทางคำพูดการพูดคุยติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ได้อย่างเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 6. การปรับเปลี่ยนความคิดในการสร้างควมมีคุณค่าและการวางแผนการดำเนินชีวิต  
ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน**

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงคุณค่าตนเอง และวางแผนเป้าหมายชีวิตได้



3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อกลุ่มประโยชน์ที่ได้รับการนำวิธีการแก้ไขปัญหาไปใช้
4. เพื่อสรุป และประเมินผลการเข้ากลุ่ม
5. เพื่อยุติกลุ่ม

### เนื้อหา

1. การสร้างความรู้สึกรู้สึกว่ามีคุณค่าแห่งตน
2. การสร้างความภาคภูมิใจโดยการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในปัญญาคณ
3. การวางแผนการดำเนินชีวิต
4. ทบทวนความมั่นคง ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและวิธีการเผชิญปัญหา

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย สอบถามความเป็นอยู่ สุขสบายและ พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป ทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อน
2. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็น ให้สมาชิกพูดถึงลักษณะนิสัยที่ดีและไม่ดีของตนเองและอภิปรายร่วมกัน โดยทบทวนจากใบกิจกรรมที่ 5.3
3. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกรับรู้ความรู้สึกดี ๆ ที่สมาชิกมีให้แก่กันและสมาชิกพูดในเรื่องความภาคภูมิใจของตนเองในชีวิต ความสามารถของตนเองในด้านดี หรือคุณความดีที่เคยกระทำไว้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหามาได้ด้วยดี ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคน บอกข้อดีและความภาคภูมิใจนั้น และให้กำลังใจโดยให้สมาชิกตระหนักว่าตนมีคุณค่า มีความดีในตนเอง ซึ่งความดีของตนจะส่งผล ต่อตนเองและผู้อื่น
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับ และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม โดยกำหนดวิธีการและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นเป้าหมายและวางแผนชีวิต ให้มีรูปแบบที่ต่างไปจากเดิม
5. สร้างความประทับใจที่ดีในกลุ่ม และความมั่นใจที่จะนำเอาสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน ให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

### การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มจากการสรุปผลการเข้ากลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมกลุ่ม
2. ผู้ป่วยแสดงออกทางน้ำเสียง คำพูด สีหน้าท่าทาง อารมณ์ ถึงความสามารถของตนในการจัดการกับอาการ ปัญหาจากการเจ็บป่วย ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน และการวางแผนการดำเนินชีวิต

3. ผลการประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป
4. ผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป
5. ผลการประเมินแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

หลังจากผู้ศึกษาสร้างโปรแกรมแล้ว ได้นำโปรแกรมไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ติดสารแอมเฟตามีนและยาเสพติด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้ศึกษาได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงพร้อมปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเมื่อปรับแก้แล้ว ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา สมาชิกกลุ่มจำนวน 5 คน ดำเนินกิจกรรมจนครบ 6 ครั้ง เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เนื้อหา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งพบว่า การดำเนินกลุ่มเป็นไปด้วยดีแต่มีปัญหาความถี่ของการดำเนินกลุ่มซึ่งเดิมเป็น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยใช้เวลาในการดำเนินกลุ่ม 3 สัปดาห์ หากแต่ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการอยู่รับการรักษาจำกัด รับไว้และจำหน่ายไม่พร้อมกัน จึงจำเป็นต้องปรับให้เป็นดำเนินกิจกรรมเป็นวันเว้นวัน จนกิจกรรมครบ 6 ครั้ง เป็นเวลา 12 วัน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดจากการทดลองใช้โปรแกรม

### 2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

**แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ** ของสัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546 ซึ่งใช้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจดังกล่าวสร้างขึ้นตามแนวคิดการประเมินแหล่งพลังอำนาจในผู้ป่วยของ คารณี จามจุรีและ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545 ซึ่งใช้แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ประกอบด้วยแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง คือ ระบบความเชื่อ อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม แรงงูใจ และความเข้มแข็งทางสังคม ซึ่งสามารถประเมินแหล่งพลังอำนาจเป็นรายด้านได้ 6 ด้าน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตนและแรงงูใจ ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินแหล่งพลังอำนาจมีลักษณะเป็น แบบสัมภาษณ์ให้ผู้วิจัยเลือกตอบ 1 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ รวม 20 ข้อการคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคะแนนแหล่งพลังอำนาจของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานวัด 5 ระดับ มีเกณฑ์ว่าจะต้องใช้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เป็นคะแนนและความหมายดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจในระดับดีมาก
3.50 – 4.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจในระดับดี
2.50 – 3.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจในระดับน้อย
1.00 – 1.49	หมายถึง	แหล่งพลังอำนาจในระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ( Reliability )

ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองกับกลุ่มผู้ติดตามแอมเฟตามีนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย นำแบบวัดที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานสมรส ระยะที่เริ่มใช้สารเสพติด ระยะเวลาการติดสารเสพติด และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา

2. แบบวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนโดยคูเปอร์สมิท ( Coopersmit,1984 ) แปลเป็นภาษาไทย โดยนายตา วงศ์สถิตย์ ( 2532 ) ซึ่งต่อมาชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) ได้นำมาปรับใช้ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 (Polit & Hungler,1999)ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทั้งทางบวกและทางลบจำนวน 25 ข้อเพื่อประเมินความสำนึกในคุณค่าแห่งตน 3ด้านคือ ด้านทั่วไป 14 ข้อ

ด้านสังคม 5 ข้อ ด้านครอบครัว 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
มากที่สุด	6	1
มาก	5	2
ค่อนข้างมาก	4	3
ค่อนข้างน้อย	3	4
น้อย	2	5
น้อยที่สุด	1	6

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรายด้านและทุกด้านมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็มแล้วแบ่งเป็น 6 ช่วงจัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดดังนี้ (กานดาพูนลาภทวี, 2539)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
129.20 - 150.00	มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเองมากที่สุด
108.36- 129.19	มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเองมาก
87.52 - 108.35	มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเองค่อนข้างมาก
66.68 - 87.51	มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเองค่อนข้างน้อย
45.84 - 66.6	มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเองน้อย
25.84-45.83	มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนเองน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง(Reliability) ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient)ซึ่งผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

3. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ซึ่ง เพชรกันธสายบัว (2544) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill&Smith (1990) การดูแลตนเองโดยทั่วไปของ โอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน

สุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้ข้อคำถามจากกรอบแนวคิดของพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้านของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เป็นหลัก ซึ่งใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ศึกษานำมาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ โดยมีค่าความเที่ยง .94 ลักษณะข้อคำถามเป็นประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนลบ
ทำประจำ	ทำกิจกรรมเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ทำกิจกรรมบ่อยๆ วนบ้างเป็นบางวัน	4	2
บางครั้ง	ทำกิจกรรมเป็นบางครั้ง วนระยะไปประมาณ 1 เดือนจึงจะทำอีกครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	ทำกิจกรรมนั้นแล้ว วนระยะไปนานจึงทำอีก	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรายด้านและทุกด้านมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับโดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดดังนี้ (ประคองกรรมสุด, 2542: 79)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	ปฏิบัติในระดับมาก
3.50 - 4.49	ปฏิบัติในระดับดี
2.50 - 3.49	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	ปฏิบัติในระดับต่ำ
1.00 - 1.49	ปฏิบัติในระดับต่ำสุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

#### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**แบบประเมินสภาวะทางจิต BPRS (Brief Psychotic Rating Scales)** เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนนซึ่งพัฒนาขึ้น โดยกรมสุขภาพจิต (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety Emotion withdrawal, Conceptual disorganization, Guiltfeeling, Tension, Manerism & Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness ,Halucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unuaual thought content ,Blunted affect, Excitement และ Disorientation มี ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน 1=ไม่มีอาการ 2=มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3=มีอาการเล็กน้อย 4=อาการปานกลาง 5=อาการค่อนข้างรุนแรง 6=อาการรุนแรง 7=อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18-108 คะแนน

#### การดำเนินการศึกษา

##### 1. ระยะเวลาเตรียมการศึกษา มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจัดแผนการดำเนินการศึกษาโดยประสานงานโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ พร้อมโครงการศึกษาอิสระและเครื่องมือที่ศึกษาถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาเมื่อนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษา และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการศึกษากับกลุ่มงานการพยาบาล โดยแจ้งรายละเอียดในการดำเนินการศึกษา

1.2 เตรียมผู้ช่วยผู้ศึกษา จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ช่วยผู้ศึกษาจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เนื้อหาของการศึกษา รายละเอียดของเครื่องมือและแนวทางในการใช้เครื่องมือ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยศึกษาเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน สามารถให้การรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพ

1.3 ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเข้าพบ เพื่อแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงแนะนำตัว การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการวิธีเข้าร่วมในการศึกษาและบอกถึงการศึกษานี้ได้ผ่านกรรมการ จริยธรรมของมหาวิทยาลัยแล้วเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมศึกษา และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการ

ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ โดยผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

1.4 ให้สมาชิกตอบแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ แบบวัดความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และนัดหมายเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม

## 2. ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาจัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยและได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นโดยมีผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ตามโปรแกรมที่กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ช่วยศึกษาช่วยรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมวันเว้นวันจำนวน 6 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 วันกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มของหอผู้ป่วยสารเสพติดชาย 5 โรงพยาบาลศรีธัญญาดำเนินการศึกษากับกลุ่มที่ 1 เวลา 10.00-11.00 น. และกลุ่มที่ 2 เวลา 14.00-15.00 น. ระหว่างวันที่ 1-12 พฤษภาคม 2548

### ตารางการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มที่	ระยะเวลาดำเนิน กลุ่ม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1 (10 คน)	10.00-11.00 น. 1-12 พฤษภาคม 2548	1 พฤษภาคม 2548	<b>ขั้นตอนที่ 1.</b> การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
2 (10 คน)	14.00 — 15.00 น. 1-12 พฤษภาคม 2548	3 พฤษภาคม 2548	<b>ขั้นตอนที่ 2.</b> การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์ของปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน
		5 พฤษภาคม 2548	<b>ขั้นตอนที่ 3.</b> การสร้างพลังในการดูแลตนเองในการจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนซ้ำ
		7 พฤษภาคม 2548	<b>ขั้นตอนที่ 4.</b> การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจโดยการสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้เรื่องโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน วิธีการเลิกยาเสพติด และการแก้ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
		9 พฤษภาคม 2548	<b>ขั้นตอนที่ 5.</b> การดำเนินงานด้วยตนเองในการจัดการกับปัญหาด้าน อารมณ์ ทักษะการปฏิเสธยาเสพติด
		11 พฤษภาคม 2548	<b>ขั้นตอนที่ 6.</b> การปรับเปลี่ยนความคิดในการสร้างควมมีคุณค่าและการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน

ในแต่ละกิจกรรมดำเนินการโดยสรุปดังนี้ (รายละเอียดแต่ละกิจกรรมแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)



### **ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน**

ผู้นำกลุ่ม พุดคุยสร้างความคุ้นเคยให้สมาชิกแนะนำตัวเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มและรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยในช่วง 5 นาทีแรก ส่วนใหญ่ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้พูด หลังจากนั้นได้เปิดประเด็นเรื่องราวความเจ็บป่วยของแต่ละคนที่เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยาบ้าและความคับข้องใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา สมาชิกส่วนใหญ่สามารถพุดคุยเรื่องราวของตนเองได้ สมาชิกในกลุ่มหลายคนร่วมแสดงความคิดเห็นและยอมรับในปัญหาเดียวกัน เช่นอาการที่ทำให้ต้องมารับการรักษาคือ หูแว่ว เห็นภาพหลอน กลัวคนมาฆ่าหรือคนมาทำร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย โดยปัญหาส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ตรงของสมาชิก

### **ขั้นตอนที่ 2. การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน**

เมื่อดำเนินตามขั้นตอนแล้วพบว่าผู้ป่วยได้เล่าถึงปัญหาของตนเองที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา และสาเหตุของการเข้ามาบำบัดรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาซึ่งผู้ป่วยได้บอกกับพยาบาลว่าตนเองใช้ยาเสพติดเนื่องจากเพื่อนชวน จากการทำงานหนัก จากปัญหาครอบครัว ความอยากลองจึงทำให้จึงทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีอาการทางจิต

### **ขั้นตอนที่ 3. สร้างพลังในการแก้ไขปัญหาด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองและความสำนึกในคุณค่าของตนเองของผู้ป่วย**

เมื่อดำเนินตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยทักทายพยาบาลด้วยความเป็นกันเองสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส สนใจการเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งสมาชิกได้จัดเก้าอี้และนั่งรอในห้องกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยสนทนาเกี่ยวกับปัญหาการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำและได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาบ้า และแนวทางการแก้ไขปัญหา เช่น ตัวกระตุ้นคือ เพื่อน ความอยากยา ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน โดยที่ผู้ป่วยสามารถกำหนดปัญหาสำคัญและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เช่น ผู้ป่วยบอกว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ถ้าทุกคนมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาบ้า ส่วนปัญหาที่พบบ่อยในการเลิกยาบ้าในระยะเริ่มต้น คือ อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย อาละวาด ก้าวร้าว มีอาการอยากยา และจัดการกับปัญหาหยุดเสพยาบ้า หางานทำเล่นกีฬา ออกกำลังกาย ไปเที่ยวกับครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือและแสดงความคิดเห็นกันได้ดี

### **ขั้นตอนที่ 4. ส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนเอื้ออำนวยความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากรของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน**

เมื่อดำเนินตามขั้นตอนแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้เพื่อนฟัง และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเสพติด ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยยังขาดการเข้าใจในแนวทางการป้องกันสารเสพติด หลังการให้ความรู้คะแนน

สูงกว่าก่อนให้ความรู้ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน การป้องกันตนเองในการเลิกยาเสพติดและการจัดการเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับครอบครัว

#### **ขั้นตอนที่ 5. การดำเนินการด้วยตนเองโดยฝึกทักษะการจัดการกับอาการของโรค การเลือกแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ**

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเลิกยา ผลกระทบที่เกิดขึ้นซึ่งผู้ป่วยให้ความสนใจในการแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ของตนเองอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในระยะเลิกยา เช่น อารมณ์ประชด อารมณ์น้อยใจ อารมณ์ซึมเศร้า ผลกระทบที่เกิดขึ้น สังคมไม่ยอมรับ ครอบครัวแตกแยก ตกงาน แนวทางการจัดการเช่นห่างไกลจากยาเสพติด ปรึกษา ผู้ใหญ่ คิดก่อนพูด ออกกำลังกาย หางานอดิเรกทำ ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด และผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ต่างๆ การเลิกยาเสพติดและการปฏิเสธเพื่อน แต่ไม่ประสบความสำเร็จจึงต้องกลับไปใช้ยาเสพติดอีก พยายามให้ผู้ป่วยได้จับคู่และออกมาแสดงถึงบทบาทการปฏิเสธในการเลิกยาเสพติดในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ชวนสูบบุหรี่ ชวนเที่ยวกลางคืน ชวนดื่มสุรา ชวนใช้ยาเสพติดและให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และสรุปความรู้ที่ได้ซึ่งสมาชิกให้ความสนใจและแสดงความคิดเห็นได้ดี

#### **ขั้นตอนที่ 6. การเสริมสร้างความสำนึกในคุณค่าของตนเองของผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเอง และประเมินแหล่งพลังอำนาจ**

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ได้ทำให้เกิดการพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนเอง โดยสมาชิกประเมินความดีและไม่ดีของตนเอง และให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกที่ดี และความภาคภูมิใจ และมีกำลังใจและเชื่อมั่นในการพัฒนาตนเองและมีการกำหนดเป้าหมายของชีวิตเช่น ต้องการเลิกยาเสพติด มีครอบครัวที่อบอุ่น ชีวิตมีความสุข ต้องการกลับไปทำงาน มีอาชีพเลี้ยงครอบครัวและเด็กชองเกี่ยวกับยาเสพติด และผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมทั้งหมดให้สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ซึ่งดำเนินกิจกรรมครบ 6 ขั้นตอนเพื่อพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในการเลิกยาเสพติดและการป้องกันการกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำและสมาชิกได้บอกถึงความประทับใจในการทำกลุ่ม

**การกำกับการศึกษา** ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจเพื่อกำกับการทดลองโดยประเมินก่อนการดำเนินการและหลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น 6 กิจกรรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	3.35	ปานกลาง	4.15	ดี
2	3.20	ปานกลาง	4.35	ดี
3	3.25	ปานกลาง	4.35	ดี
4	3.53	ดี	4.40	ดี
5	2.8	ปานกลาง	3.80	ดี
6	3.00	ปานกลาง	4.00	ดี
7	3.50	ดี	4.60	ดี
8	2.65	ปานกลาง	3.70	ดี
9	2.70	ปานกลาง	4.10	ดี
10	3.20	ปานกลาง	3.90	ดี
11	2.75	ปานกลาง	4.30	ดี
12	3.53	ดี	4.50	มาก
13	3.00	ปานกลาง	4.00	ดี
14	3.00	ปานกลาง	4.20	ดี
15	3.45	ปานกลาง	4.45	ดี
16	3.20	ปานกลาง	4.20	ดี
17	2.80	ปานกลาง	4.20	ดี
18	3.15	ปานกลาง	3.90	ดี
19	3.45	ปานกลาง	4.45	ดี
20	3.50	ดี	4.00	ดี

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนมีระดับพลังอำนาจเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ระยะประเมินผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจ ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง(Pre-test) ในวันแรกที่พบผู้ป่วย และได้ทำการประเมินแหล่งพลังอำนาจ ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนทันทีหลังจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (Post-test) เมื่อครบ 10วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสมาชิกสามารถมาตามนัด 20 คน ผู้ศึกษาทำการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้วยแบบประเมินชุดเดิม กับสมาชิกจำนวน 15 คน ของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 วันที่ 22 พฤษภาคม2548 และกับสมาชิก จำนวน 5 คน ที่รับการประเมินในวันที่ 23 พฤษภาคม 2548

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบแหล่งพลังอำนาจ ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05