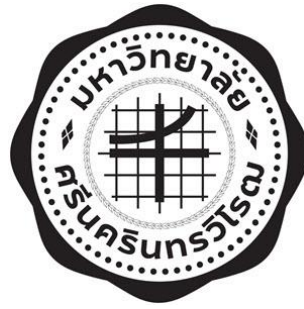




ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดทำ
ที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทย
ที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ: การวิจัยผสมวิธี

EFFECTIVENESS OF HEALTH EMPOWERMENT BASED ON INTERVENTION MAPPING
TO STRENGTHEN HEALTH-RELATED BEHAVIOR AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING
OF THAI WOMEN RECEIVE DRUG TREATMENT SERVICE
IN PUBLIC HEALTHCARE: MIXED METHODS RESEARCH

ศุภักษร ธิดา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2567

ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดทำ
ที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทย
ที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ: การวิจัยผสมวิธี



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีการศึกษา 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

EFFECTIVENESS OF HEALTH EMPOWERMENT BASED ON INTERVENTION MAPPING
TO STRENGTHEN HEALTH-RELATED BEHAVIOR AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING
OF THAI WOMEN RECEIVE DRUG TREATMENT SERVICE
IN PUBLIC HEALTHCARE: MIXED METHODS RESEARCH



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc. Research)

Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

2024

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดทำ
ที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทย
ที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ: การวิจัยผลานวิธี

ของ

ศุภักษร ธิกา

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก	 ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)	(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิมลรัตน์ กัลยาศิริ)
..... ที่ปรึกษาร่วม	 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชิตส์ณห์ สกุลพงศ์)	(รองศาสตราจารย์ ดร.ฐาตุกรณ์ จันประเสริฐ)
	 กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พลเทพ พูนพล)

ชื่อเรื่อง	ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ: การวิจัยผลานวิจัย
ผู้วิจัย	ศุภักษร อธิกา
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2567
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิชาตสันต์ สกุลพงศ์

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพ ในมุมมองของสตรีไทยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดและผู้เกี่ยวข้อง 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ ตามการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพ ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth – interview) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย สตรีที่เข้ารับการบำบัดจำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยสตรีที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด ปัจจุบันมีทั้งสามารถเลิกได้และยังคงทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ในสถานบริการภาครัฐ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 10 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีผู้เข้าร่วมจำนวน 54 คน ทดลองอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 27 คน ใช้ระยะเวลาในการทดลอง จำนวน 10 ครั้ง รวมระยะเวลาที่ดำเนินการจำนวน 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า 1) องค์ประกอบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตในกลุ่มสตรีที่ใช้สารเสพติด จำแนกออกเป็น 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1. ด้านความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่สนับสนุนกระบวนการเลิกยาเสพติดประกอบด้วย 1.1 การมีเป้าหมายในชีวิตเชิงบวก 1.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง 1.3 การตระหนักถึงผลเสียของยาเสพติด บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ประกอบด้วย 1.4 สัมพันธภาพเชิงสนับสนุนจากครอบครัว และ 1.5 การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน 2. ด้านการรับประทานอาหาร แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2.1 แรงจูงใจด้านความสวยงาม 2.2 แรงจูงใจด้านสุขภาพ สำหรับแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ประกอบด้วย 2.3 ค่านิยมเกี่ยวกับรูปร่างที่สมส่วนและสุขภาพดี 2.4 การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน และ 2.5 ความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก 3. ด้านการออกกำลังกาย แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล ประกอบด้วย 3.1 ความรู้เรื่องโภชนาการ 3.2 การวางแผนมื้ออาหาร สำหรับแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ประกอบด้วย 3.3 การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติที่นำอาหารมาเยี่ยม และ 3.4 การจัดอาหารในสถานบำบัด 4. ด้านการพักผ่อน แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลประกอบด้วย 4.1 การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการนอน ด้านบริบทสังคม ประกอบด้วย 4.2 การใช้ยาที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ 4.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และ 4.4 การกำหนดเวลาอนในสถานบำบัด 2) ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทย โดย 2.1 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ในสตรีที่ใช้ยาเสพติด วัดผลพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า สตรีที่ใช้ยาเสพติดกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda = .648, F = 6.657, p-value <.001) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน 2.2 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ในสตรีที่ใช้ยาเสพติด วัดผลกับสุขภาวะทางจิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks's lambda = .546, F = 6.511, p-value <.001) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนทดสอบหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ด้าน 2.3 สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง พบว่า การวัดผลหลังการทดลอง (M = 3.75, SE. = .054) มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง (M = 3.50, SE. = .048) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (d = -.245, SE. = .063) 2.4 สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะทางจิตรายคู่ของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด การวัดผลหลังการทดลอง (M = 3.93, SE. = .118) มีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง (M = 3.39, SE. = .100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (d = -.538, SE. = 0.142)

คำสำคัญ : โครงการเสริมพลังสุขภาพ, สตรีนิยม, การเสริมพลังสุขภาพ, การใช้สารเสพติด ผู้หญิง

Title	EFFECTIVENESS OF HEALTH EMPOWERMENT BASED ON INTERVENTION MAPPING TO STRENGTHEN HEALTH-RELATED BEHAVIOR AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING OF THAI WOMEN RECEIVE DRUG TREATMENT SERVICE IN PUBLIC HEALTHCARE: MIXED METHODS RESEARCH
Author	SUPAKSORN THIKA
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2024
Thesis Advisor	Associate Professor Ungsinun Intarakamhang , Ph.D.
Co Advisor	Associate Professor Nanchatsan Sakunpong , Ph.D.

This research aimed to: 1) explore the context of personal and social resources in health empowerment from the perspectives of Thai women undergoing drug rehabilitation and related stakeholders, and 2) evaluate the effectiveness of a health empowerment program on health-related behaviors and mental health among Thai women receiving drug rehabilitation services in government facilities. The study was conducted in two phases. Phase 1 focused on investigating the context of personal and social resources in health empowerment through in-depth interviews with three groups of participants: three women undergoing treatment, three female patient assistants who are former drug users now working in government facilities, and four multidisciplinary personnel, making a total of 10 participants. Phase 2 involved the development and evaluation of a health empowerment program designed to improve health-related behaviors and mental health. The program's effectiveness was assessed by comparing pre- and post-intervention outcomes. A total of 54 participants were involved, with 27 randomly assigned to the experimental group and 27 to the control group. The intervention consisted of 10 sessions conducted over three months. The research results found that: 1) The components of behavior related to health and mental health among women who use drugs were classified into four important aspects: Intention to quit using drugs: 1. Personal resources that support the drug cessation process consisted of: 1.1 Positive life goals, 1.2 Self-esteem, 1.3 Awareness of the harmful effects of drugs The context of social resources consisted of: 1.4 Supportive relationships from family, 1.5 Support from friends 2. Eating: Personal resources consisted of: 2.1 Beauty motivation, 2.2 Health motivation. Social resources consisted of: 2.3 Values about a proportionate and healthy body, 2.4 Support from family and friends, 2.5 Availability of facilities 3. Exercise: Personal resources consisted of: 3.1 Nutrition knowledge, 3.2 Meal planning. Social resources consisted of: 3.3 Support from family and relatives who bring food to visit, 3.4 Food management in the treatment center 4. Relaxation: Personal resources consisted of: 4.1 Having relaxing activities before going to bed. Social context included: 4.2 Using medications that promote sleep, 4.3 Exercising regularly 4.4 Scheduling sleep in a treatment facility. 2) The effectiveness of the health empowerment program with an intervention process on health-related behavior and mental well-being of Thai women: 2.1 Comparing the effects of the health empowerment program on drug-using women by measuring health-related behavior in the experimental and control groups, it was found that the health-related behavior scores of women in the experimental group were statistically significantly different at the .001 level (Wilks's lambda = .648, $F = 6.657$, $p\text{-value} < .001$). This indicates significant differences across the four aspects of health-related behavioral variables. 2.2 Comparing the effects of the health empowerment program on drug-using women by measuring mental well-being in the experimental and control groups, it was found that the scores of the experimental group and the control group were statistically significantly different (Wilks's lambda = .546, $F = 6.511$, $p\text{-value} < .001$). This suggests significant differences in post-test scores across the six dimensions of mental well-being variables. 2.3 Women who had used drugs showed improved health-related behaviors after participating in the health empowerment program in the experimental group. Post-experiment measurements ($M = 3.75$, $SE = .054$) showed significantly higher health-related behavior scores than pre-experiment measurements ($M = 3.50$, $SE = .048$), with statistical significance at the .001 level ($d = -.245$, $SE = .063$). 2.4 Women who had used drugs also exhibited improved mental health after joining the health empowerment program in the experimental group. Post-experiment measurements of mental health ($M = 3.93$, $SE = .118$) were significantly higher than pre-experiment measurements ($M = 3.39$, $SE = .100$), with statistical significance at the .001 level ($d = -.538$, $SE = .142$).

Keyword : The health empowerment program, Feminism, Health empowerment, Substance use, Woman

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจาก ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก) ปีงบประมาณ 2567 โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับความเมตตาจากบุคคลหลายๆฝ่าย ที่คอยสนับสนุน เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือระหว่างการดำเนินงานวิจัยจนถึงสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิชาติ สันต์ สกุลพงศ์ คณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา คอยแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องในการดำเนินงานวิจัย จนงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ รองศาสตราจารย์ ดร.ฐา ศุกร จันประเสริฐ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พลเทพ พูนพล ประธานและกรรมการสอบปริญญาโท ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ เพื่อทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ อบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่ผู้วิจัยด้วยความรักความเมตตาเสมอมาและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้กำลังใจและคอยอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในสถานบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติดในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านได้เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยจนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดามารดาและทุกคนในครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือกำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งขอบคุณพี่น้องๆและเพื่อนร่วมสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอดงานวิจัยนี้จะไม่สำเร็จเลยหากไม่ได้รับความกรุณาจากทุกท่าน

ศุภักษร ธิดา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหา	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	7
ความสำคัญของการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1.การเสพยาเสพติด: ความหมาย สาเหตุและการบำบัด	13
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต	19
2.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related behavior):	19
2.2 สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ความหมาย องค์ประกอบและการวัด	22
3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	27
3.1 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory)	27
3.2 แนวคิดแผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM)	31
3.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสตรีนิยม	34

4. วิธีการวิจัยผสมวิธี (Mixed Methods)	40
5. นิยามเชิงปฏิบัติการ	42
6. กรอบแนวคิดการวิจัย	45
7. สมมติฐานการวิจัย	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	47
การกำหนดผู้ร่วมวิจัย	47
ขั้นตอนการวิจัย	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
การรับรองจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
ตอนที่ 1 ผลการวิจัยระยะที่ 1	84
1. ภูมิหลังและข้อมูลทั่วไป	85
2. ผลการศึกษาริบทด้านบุคคลและสังคม	90
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดี	90
2.1) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการเลิกยาเสพติด	90
2.2) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย	94
2.4) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการนอนพักผ่อน	101
การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่วิจัยระยะที่ 2	104
ตอนที่ 2 ผลการวิจัยระยะที่ 2	106
1. สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล	107
2. ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง	107
3. ดำเนินการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรพหุนาม	110

3.3 การทดสอบก่อนการทดลองของสภาวะทางจิต	117
3.4 การทดสอบหลังการทดลองของสภาวะทางจิต	121
การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4	131
3.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement ANOVA)	
.....	131
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	136
สรุปผลการวิจัย	138
อภิปรายผล	145
ข้อเสนอแนะการวิจัย	155
บรรณานุกรม	157
ภาคผนวก.....	170
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	171
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	219
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย	221
ภาคผนวก ง เอกสารและหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	225
ประวัติผู้เขียน.....	229

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	20
ตาราง 2 ลักษณะของบุคคลตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ	25
ตาราง 3 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต	51
ตาราง 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
ตาราง 5 นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 3 กลุ่ม	88
ตาราง 6 การวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับเชื่อมโยงสู่การวิจัยระยะที่ 2	105
ตาราง 7 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล	107
ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	108
ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปร และค่าความโค้งของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบก่อนการทดลอง	111
ตาราง 10 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร (Variance-covariance matrices) พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง	112
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง	113
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปร ค่าความโค้ง และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง	114
ตาราง 13 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง	115
ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร(MANOVA) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง	116

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง	116
ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน และค่าความถี่ของสุขภาวะทางจิต ในการทดสอบก่อนการทดลอง	117
ตาราง 17 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง	119
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนสุขภาวะทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง	120
ตาราง 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ค่าความถี่ และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรสุขภาวะทางจิต จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง	121
ตาราง 20 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง	122
ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนสุขภาวะทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง	123
ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง	124
ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (กลุ่มทดลอง)	131
ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และสุขภาวะทางจิต รายคู่ในแต่ละระยะการวัดผล (กลุ่มทดลอง)	132
ตาราง 25 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง	133
ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลอง	134
ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (กลุ่มควบคุม)	135

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 คุณลักษณะของสุขภาวะทางจิตและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Ryff, 1995)	24
ภาพประกอบ 2 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) และการ จัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ(Shearer,2009).....	29
ภาพประกอบ 3 แผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM)ของ Bartholomew	32
ภาพประกอบ 4 แบบแผนการวิจัยผลสามวิธีแบบสอดแทรก (ปรับปรุงจาก Creswell,2013)	41
ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	46
ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบแนวคิดผังการจัดกระทำ.....	49
ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	61
ภาพประกอบ 8 แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลและสังคมมีผลต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติด....	94
ภาพประกอบ 9 แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลและสังคมมีผลต่อการออกกำลังกาย	98
ภาพประกอบ 10 แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลและสังคมมีผลต่อการรับประทานอาหาร....	100
ภาพประกอบ 11 แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลและสังคมมีผลต่อการนอนพักผ่อน	103
ภาพประกอบ 12 ปัจจัยแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และสุขภาวะทางจิตของสตรีที่ใช้น้ำยาเสพติด.....	104
ภาพประกอบ 13 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	125
ภาพประกอบ 14 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านความตั้งใจเลิก ใช้น้ำยาเสพติด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	126
ภาพประกอบ 15 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	126

ภาพประกอบ 16 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	127
ภาพประกอบ 17 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านการพักผ่อน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	127
ภาพประกอบ 18 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	128
ภาพประกอบ 19 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับในตนเอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	128
ภาพประกอบ 20 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	129
ภาพประกอบ 21 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านความเป็นตัวของตัวเอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	129
ภาพประกอบ 22 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	130
ภาพประกอบ 23 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	130
ภาพประกอบ 24 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านความมั่งคั่งในตน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	131

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

“ผู้คนทั่วโลกกว่า 35 ล้านคนกำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และต้องการได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระดับที่รุนแรงมาก” (NEWS, 2019) ข้อมูลจากรายงานปัญหาเสพติดโลกฉบับปี 2023 จัดทำโดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime--UNODC) ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมและรูปแบบการเสพยาเสพติดทั่วโลก รายงานระบุว่ายาเสพติดที่ถูกควบคุม เช่น เฮโรอีน โคเคน แอมเฟตามีน กัญชา และสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ (New Psychoactive Substances) ยังคงส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง โดยข้อมูลเผยว่า มีผู้เสียชีวิตกว่า 500,000 คนต่อปีจากผลข้างเคียงของยาเสพติด (world drug report, 2019) สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาเสพติดที่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นวิกฤตสำคัญที่นักวิชาการทั่วโลกให้ความสนใจและหาวิธีแก้ไขปัญหายอย่างจริงจัง

ในประเทศไทย ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ในด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ ตามแผน “ปฏิบัติการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติด ปี 2562” ได้ระบุว่าปัญหายาเสพติดยังมีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ยาบ้า ยังคงเป็นยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศ เนื่องจากสามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาถูก และมีผู้เสพเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (เอกสารประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562) ข้อมูลสถิติจากปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผู้ถูกจับกุม ในคดียาเสพติด 363,769 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2561 จำนวน 298,975 คน สำหรับปี 2560 มีจำนวน 192,613 คน โดยแนวโน้มการจับกุมเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2558-2562 พบว่า สถิติที่เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38 (กระทรวงยุติธรรม, 2561, 2562) นอกจากนี้ ข้อมูลกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ระบุว่า ผู้ต้องขังคดียาเสพติดทั้งหมดมีจำนวน 240,700 คน แยกเป็นผู้ต้องขังชาย 208,266 คน และผู้ต้องขังหญิง 32,437 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของผู้ต้องขังทั้งหมด(กรมราชทัณฑ์, 2563) อัตราส่วนการกระทำผิดของผู้หญิงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในอดีตผู้ชาย 10 คน จะมีผู้หญิงกระทำผิด 1 คน แต่ปัจจุบันอัตรานี้เปลี่ยนเป็นผู้ชาย 4 คน ต่อผู้หญิง 1 คน หรือเฉลี่ยร้อยละ 20-25 ซึ่งสูงกว่า 10 ปีก่อนอย่างมาก จากข้อมูลประชากรแสนคนต่อจำนวนผู้ต้องขังหญิง ประเทศไทยมีสัดส่วนสูงติดอันดับต้นของโลก สะท้อนถึงปรากฏการณ์ที่

จำนวนผู้ต้องขังหญิงทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว(เอกชัย จันทอง, 2560) การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนถึงความท้าทายที่ประเทศไทยเผชิญในการควบคุมและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งมีความจำเป็น ในการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ

การศึกษาผลงานวิจัยในประเทศไทย ระหว่างปี 2553 ถึง 2563 ในฐานะข้อมูล TCI พบว่า จากคำค้น “ยาเสพติด” มีผลงานวิจัย 840 เรื่อง และคำว่า “ผู้ช้ยาเสพติด” มี 25 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ งานวิจัยเน้นไปที่ ความชุกของการช้ยาเสพติด พฤติกรรมการช้ยา แรงจูงใจในการช้ยาเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยง การลดผลกระทบจากยาเสพติด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ มุ่งเน้นกลุ่มผู้ชาย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ยังขาดการศึกษาลึกซึ้งเกี่ยวกับกลุ่มสตรีที่ช้ยาเสพติด รวมถึงวิธีการลดผลกระทบในระยะยาว งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ที่สามารถเลิกช้ยาเสพติดและกลับมาใช้ชีวิตในสังคมยังมีน้อย และส่วนใหญ่ เน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เช่น โครงสร้างบุคลิกภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (ex-addict staff) (ลักขณา & จริญญาพร, 2556) ความฉลาดทางอารมณ์กับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์บำบัด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พยาบาล ผู้ช่วยเหลือ คนช้และผู้ช่วยเหลือคนช้ที่เคยผ่านการช้ยาเสพติด (ลลิตา ศรีธรรมชาติ, 2554) ผลของการ ทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่าจำนวนสตรีที่ช้ยาเสพติด รวมถึงผู้ถูกคุมขังหญิงมีปริมาณเพิ่มขึ้น ทุกปี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยกลุ่มสตรีที่ช้ยาเสพติดก็ยังมีน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในกลุ่มประชากรผู้ชายที่ช้ยาเสพติด การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในกลุ่ม สตรี พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีเข้าสู่การค้ายาเสพติดนั้น มีความเชื่อมโยงกับบริบททาง สังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากปัจจัยที่พบในกลุ่มผู้ชายอย่างมี นัยสำคัญ การนำแนวคิดทฤษฎีสตรีนิยมมาประยุกต์ใช้ เพื่อทำความเข้าใจปัญหาดังกล่าว ทำให้ เห็นปัญหาความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในมิติที่สะท้อนบทบาททางเพศในสังคม พบว่า สตรีส่วนใหญ่เข้าสู่การยาเสพติดมักประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ การขาดโอกาสทาง การศึกษา และการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบไปด้วยยาเสพติด ทั้งจากครอบครัวที่เติบโต ขึ้นมา หรือชุมชนที่อยู่อาศัย แตกต่างจากกลุ่มผู้ชายที่การใช้ยาเสพติดมักเกิดจากแรงกดดันหรือ การชักชวนจากกลุ่มเพื่อน ผลการวิจัยระบุว่า สตรีส่วนใหญ่มักถูกดึงเข้าสู่กระบวนการค้ายาเสพติด ผ่านความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การมีคู่สมรสหรือแฟนช้ยาเสพติดเข้ามาในชีวิตของพวกเขา ความสัมพันธ์ที่พึ่งพิงหรือถูกครอบงำในครอบครัวกลายเป็นเงื่อนไข ที่ส่งผลให้สตรีต้อง เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ผ่านกรอบทฤษฎีสตรีนิยมสามารถนำไปสู่ การพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทเฉพาะของ

ผู้หญิงได้อย่างเหมาะสม อันจะเป็นแนวทางสำคัญต่อการลดผลกระทบของปัญหายาเสพติดในสังคมไทย ผู้วิจัยสนใจ ที่จะค้นคว้าและศึกษาเฉพาะกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติด โดยนำทฤษฎีสตรีนิยม มาใช้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ในสังคมของสตรีที่อดีตใช้ยาเสพติด เพื่อค้นหาถึงผลกระทบทางสุขภาพที่ผู้หญิงได้รับ ร่วมกับแนวคิดพลังสุขภาพ (Health empowerment) ที่มีสาเหตุด้านแหล่งทรัพยากรบุคคลภายในตนเอง (Personal resources) ของสตรีที่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ โดยปัจจุบันทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐและแหล่งทรัพยากรสิ่งแวดล้อม (environment resources) อันได้แก่ คนในครอบครัว กลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนสนิท ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้สตรีสามารถลด ละ เลิกยาเสพติดได้ จากผลลัพธ์เชิงคุณภาพจึงก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ เพื่อนำมาออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในกลุ่มสตรี

การใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งกระทบทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทางจิตของสตรี โดยการใช้ยาเสพติดในปริมาณมากอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น หนูแว่ว หรือประสาทหลอน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต (เอกอุมา อิมคำ, 2556) งานวิจัย การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาเสพติดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลต่อพัฒนาการของทารก ส่งผลต่อระบบประสาท ความคิด และอารมณ์ของทารกในระยะยาว เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดและเสียชีวิตระหว่างคลอด ส่งผลต่อครอบครัวและเด็กที่เกิดจากแม่ที่ใช้ยาเสพติดมีโอกาสติดยาเสพติดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ การให้โปรแกรมการศึกษาและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ลดหรือหยุดการใช้ยาเสพติดจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพจิตในระยะยาว (Brown & Sturgeon, 2006; Elgen, Sommerfelt, & Markestad, 2002)

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติตน แล้วส่งผลต่อสุขภาพตนเอง สามารถสังเกตพฤติกรรมและวัดได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงการพักผ่อน ย่อมส่งผลให้เกิดสุขภาพหรือสุขภาพจิต ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสุขภาพจิตของริฟฟ์ (Ryff, 1995) มาศึกษา โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของอรพินทร์ ชูชม (2563) และอาภากร เป็รียวนิม (2563) ประกอบกับแนวคิดของริฟฟ์ (Ryff, 1995) กล่าวถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) ได้แก่ มุมมองที่ดีเกี่ยวกับตนเอง รู้จักและยอมรับตัวเองในด้านดีและด้านลบ 2) การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Positive relations with others) มีความสัมพันธ์ที่น่าพึงพอใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่นได้เป็นอย่างดี 3) ความเป็นตัวเอง (Autonomy) สามารถควบคุมตนเอง ทนต่อความกดดันของสังคม กำกับพฤติกรรมของตนเองในด้านการคิดหรือกระทำจากภายในได้ 4) การมีความสามารถในการบริหารจัดการสิ่งต่างๆ

(Environmental mastery) โดยสามารถจัดการสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเลือกสิ่งแวดล้อมที่มีเหมาะสมต่อตนเองได้ 5) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) มีจุดมุ่งหมาย และสามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมายในชีวิตได้ และ 6) การเจริญงอกงาม (Personal Growth) รู้สึกถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มองเห็นตัวเองว่ามีการเติบโต เปิดรับต่อประสบการณ์ใหม่ ตระหนักถึงศักยภาพของตน พบว่าในงานวิจัยในประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดของรีฟฟ์ มาใช้อย่างแพร่หลาย ดังเช่นงานวิจัยของยุพา ทองสุข (2562) ศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความสุขในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยออกแบบโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุน ก่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถ และสุขภาวะทางจิต งานวิจัยของพระครูภาวนาสังวรวิจิ.(2562) ศึกษาหลักธรรมและหลักจิตวิทยา เพื่อพัฒนาการเกิดสุขภาวะทางจิตแบบองค์รวมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตามแนวพุทธจิตวิทยา และออกแบบโปรแกรมการพัฒนสุขภาวะทางจิตแบบองค์รวมโดยใช้แนวคิดของรีฟฟ์ และงานวิจัยของกิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2558) ศึกษาอิทธิพลของการคิดเชิงบวก และภูมิหลังของนักศึกษาที่ส่งผลต่อสุขภาวะผ่านอัตมโนทัศน์ ซึ่งพบว่าการคิดเชิงบวกมีอิทธิพลสำคัญก่อให้เกิดสุขภาวะทางจิต มีอัตมโนทัศน์เป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วนระหว่างการคิดเชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตเท่านั้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยาเสพติดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเดียวกัน เช่น การวิจัยเชิงพรรณนา ที่มุ่งเน้นศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด มูลเหตุจูงใจที่ทำให้เยาวชนไทยหันมาใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น ความชุกของการใช้ยาเสพติดในกลุ่มประชากรต่าง ๆ งานวิจัยเหล่านี้ให้ภาพรวมของสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในประเทศไทย แต่ยังขาดการนำเสนอรูปแบบการแก้ไขหรือพัฒนามาตรการที่เหมาะสมในเชิงลึก ดังพบได้ในงานวิจัยของฐิติมา จันทรช่วงโชติและคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยทางจิตสังคม ที่ก่อให้เกิดความตั้งใจเลิกยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน งานวิจัยของวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ (2562) ที่ศึกษาแนวทางการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทยาบ้า งานของธนวัฒน์ พิสิฐจินดา (2559) ที่ศึกษาถึงความชุกของคดียาเสพติดกับภาวะผู้ถูกคุมขังคันเรือนจำ และงานของสนธยา ชมภู (2557) ที่ได้ศึกษาการป้องกันปัญหายาเสพติดของเยาวชนไทยภาคเหนือตอนล่างสู่ ความเข้มแข็งศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดเพชรบูรณ์ และจากการสืบค้นงานวิจัยในต่างประเทศในฐานข้อมูล pubmed และฐาน google scholar ด้วยคำว่า “Drug Abuse” และ “Health empowerment” พบว่ามี 206 เรื่อง และเมื่อพิจารณาการศึกษาที่เจาะจงเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเพศหญิง พบว่ามี 69 เรื่อง เช่น การวิจัยของโชวและคณะ (Chou et al., 2018) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และความสามารถทางการเลี้ยงดูของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้

ยาเสพติด ส่วนงานของแซนและคณะ (Zand et al., 2017) เรื่อง ความรอบรู้ความสามารถต่อการ
อบรมเลี้ยงดูบุตรและพลังอำนาจในสตรีที่ใช้ยา และงานของโลเปซและคณะ (Lopez, Dustman,
& Williams, 2016) ศึกษาการป้องกัน HIV ในกลุ่มเด็กผู้หญิงแม็กซิกันที่มีการใช้ยาเสพติด จาก
การศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่างานวิจัยส่วนมากสนใจในประเด็นเดิม ใน
เรื่องของความชุก การป้องกัน หรือการออกแบบโปรแกรมซึ่งมีลักษณะของการทำกลุ่มบำบัด การ
ให้คำปรึกษา การฝึกการคิดเชิงบวกโดยเน้นผู้ให้บริการเป็นผู้จัดกิจกรรม โดยเน้นที่การเสริมพลัง
อำนาจให้ผู้รับบริการหรือผู้ติดยาเสพติดได้มีแนวทางในการดูแลสุขภาพทางจิตด้วยตนเองได้
และเมื่อพิจารณาถึงงานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวกับการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนา
ศักยภาพของผู้ใช้ยาเสพติด พบว่างานส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการออกแบบเพื่อพัฒนาทักษะของ
ตนเองต่อการป้องกันยาเสพติด การฟื้นฟูสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยยาเสพติด เพิ่มทักษะชีวิตใน
การป้องกันยาเสพติด ฝึกคิดเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง การวิจัยที่เน้นสภาวะทาง
จิตของผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีความเปราะบางมากกว่าเพศชาย ยังมีจำนวนน้อย
(กุลรัตน์ แก้วเป็ง, 2554; มนตรี หลินภู, นฤมล พระใหญ่, อัจฉรา ประเสริฐสิน, & ประทีป จินนี่,
2563) งานวิจัยสภาวะทางจิตในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนากล
ยุทธ์ที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีความเปราะบาง

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสภาวะทางจิต โดยการจัด
กิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ในโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ อ้างอิงจาก “ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพ” (Health
empowerment Theory) ของเชอร์เธอร์ (Shearer, 2009) โดยมีมุมมองการเสริมสร้างพลังด้าน
สุขภาพของบุคคล โดยมองในส่วนของทรัพยากรตามบริบทด้านบุคคล และทรัพยากรตามบริบท
ด้านสังคม งานวิจัยต่างประเทศพบว่า ได้มีการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพมาใช้ แคทเทอ
รีน ดี เดลี (2011) ได้นำการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ กับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความ
อ่อนไหวทางวัฒนธรรมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เจเน็ต ดับบลิวเฮช ซีส (2016) นำการเสริมสร้าง
พลังทางสุขภาพไปศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ของตนเอง (ทรัพยากร
ภายในของผู้ป่วย) และความสัมพันธ์ที่สนับสนุน (ทรัพยากรด้านสังคม) ราเมศ เทวี ธารุ (2020)
ศึกษาการเสริมสร้างพลังสุขภาพแบบจัดกระทำ โดยมุ่งเน้นไปที่ความสามารถของตนเองและ
เครือข่ายสังคมที่สนับสนุนข้อมูลในการตัดสินใจ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการ
เสริมสร้างพลังทางสุขภาพของเชอร์เธอร์ (2009) น้อยมากเมื่อเทียบกับต่างประเทศ เนื่องจากเป็น
งานที่ใหม่ ผู้วิจัยพบในงานของกมล อาจดี (2563) ได้นำการเสริมพลังทางสุขภาพมาศึกษาเรื่อง

ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรม ในนักศึกษาสาธารณสุข เพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (J. W. Sit et al., 2016; Katherine D Daly, 2011; Ramesh Devi Thakur, Julie D Fleury, Nelma B Crawford Shearer, & Michael Belyea, 2020; กมล อัจฉี, 2563) ผู้วิจัยสนใจที่จะนำทฤษฎีเสริมสร้างพลังสุขภาพมาใช้ร่วมกับแผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM) ของบาร์โธโลมิว (Bartholomew, 2016) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้ในต่างประเทศและในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย โดยใช้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น สอนสุขศึกษาในประชาชน เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ การเปรียบเทียบองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางสุขภาพ เพื่อกำหนดนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของสังคม เป็นต้น (พรพร โนนจ้อย, 2564; ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิตา แสงศักดิ์, ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, & สุมัทนา กลางคาร, 2561) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแผนการจัดกระทำทางสุขภาพมาช่วยเป็นแนวทางและทำให้เป็นระบบเพื่อสามารถวางแผนโปรแกรมได้อย่างมีความสมดุล ทั้งในระหว่างการพัฒนาโปรแกรม การนำไปใช้และการประเมินผลของโปรแกรม รวมถึงออกแบบและพัฒนาโปรแกรมกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพของสตรีเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่ยังใช้ยาเสพติด

นอกจากนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดปัญหาสุขภาพกายและจิตของสตรีที่มาใช้บริการบำบัดยาเสพติดภาครัฐ ด้วยวิธีวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods – Intervention study design) ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังสุขภาพ (Health empowerment) และแนวคิดแผนการจัดกระทำ (Intervention Mapping) ในการออกแบบกิจกรรมและประเมินผลพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตอย่างเป็นขั้นตอน โดยงานวิจัยนี้ถูกแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth – interview) เพื่อศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่เกี่ยวข้องต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ในภายหลังจึงนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพไปการออกแบบทักษะและกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ วิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่รับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ ในการนำโปรแกรมไปใช้เสริมสร้างพลังสุขภาพในกลุ่มสตรี ที่ใช้ยาเสพติดต่อไป เพื่อลดผลกระทบของปัญหายาเสพติดที่มีต่อสุขภาพของสตรีที่เสพยาเสพติด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพ ในมุมมองของสตรีไทยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดและผู้เกี่ยวข้อง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ

ความสำคัญของการวิจัย

ความสำคัญเชิงวิชาการ

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ มีพื้นฐานจากการบูรณาการทฤษฎีและแนวคิดในหลากหลายศาสตร์เข้าด้วยกัน ทั้งทางด้านสุขภาพ สาธารณสุข สังคม และจิตวิทยา มาบูรณาการออกแบบโปรแกรม โดยคำนึงถึงการผสมผสานความรู้จากพฤติกรรมศาสตร์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกระบวนการที่เหมาะสมและครอบคลุมมิติสำคัญของสุขภาวะ มีการพิจารณาความแตกต่างทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมระหว่างชายและหญิง โดยเน้นไปที่การสร้างความเข้าใจในบริบทเฉพาะของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด ผ่านการทำความเข้าใจของบริบททรัพยากรด้านบุคคล รวมถึงบริบทของทรัพยากรด้านสังคม เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในสตรีที่ใช้ยาเสพติด ที่นักวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นการพัฒนาสุขภาวะในกลุ่มสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด และขยายผลในกลุ่มอื่น ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยสร้างองค์ความรู้ใหม่ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ความสำคัญเชิงปฏิบัติ

ผู้ร่วมวิจัยเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ 1) ระดับบุคคล ได้แก่ สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดเกิดความเข้าใจในตนเอง และรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในอนาคต มีตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด 2) ระดับโรงพยาบาล ได้แก่ เกิดความความรู้เข้าใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เรื่องสุขภาวะทางจิตของผู้เข้ารับบำบัดรักษาเสพติด เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดี

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods research – Intervention design) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเป็นวิธีการหลัก เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำทางสุขภาพในสตรีที่มารับบริการในสถานบริการ

ภาครัฐ และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) เพื่อศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรทางด้านบุคคลและสังคมที่ช่วยในการเสริมสร้างพลังสุขภาพ เพื่อออกแบบกลยุทธ์พัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมในการวิจัยเชิงทดลอง

การคัดเลือกตัวอย่าง

งานวิจัยในระยะที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) งานวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดจำนวน 3 คน ผู้ให้ข้อมูลรองคือ 1) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยผู้หญิงที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด ปัจจุบันมีทั้งสามารถเลิกได้และยังคงทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในสถานบริการภาครัฐ จำนวน 3 และ 2) เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ ที่ให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ที่ใช้ยาเสพติด รวม 10 คน จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

งานวิจัยในระยะที่ 2

ออกแบบและทดลองใช้โปรแกรมกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีที่ยังคงใช้ยาเสพติด โดยผู้วิจัยออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรมในโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะแรก พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้ออกแบบไปทดลองใช้กับอาสาสมัครเพศหญิงที่ใช้ยาเสพติดและมาเข้ารับการรักษแบบสมัครใจ ในสถานพยาบาลของรัฐ 54 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ที่ระดับ effect size เท่ากับ 0.5 และใช้การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มแบบ Random assignment เพื่อศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรม โดยวัดผลการเปลี่ยนแปลงตัวแปรด้านจิตสังคมและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำ
2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related behavior) วัดจากตัวแปร สังเกต 4 ตัว ได้แก่ 1) ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ 4) พฤติกรรมการพักผ่อน

2.2 สุขภาวะทางจิต (Psychological Wellbeing) วัดจากตัวแปรสังเกต 6 ตัวได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น 3) ความเป็นตัวเอง 4) การมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 5) มีเป้าหมายในชีวิต และ 6) ความเจริญงอกงาม

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเสริมพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment) หมายถึง กระบวนการพัฒนาและเสริมสร้างพลังด้านสุขภาพ ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง โดยกระบวนการนี้เกิดขึ้นจากการรับรู้และการเข้าถึงทรัพยากรด้านบุคคลและทรัพยากรด้านสังคม การเสริมพลังทางสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมอย่างมีจุดหมาย (purposeful engagement) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การมีเป้าหมายทางสุขภาพและสุขภาวะทางจิตที่ดี

การวิจัยแบบผสมวิธีแบบจัดกระทำ (Mixed Methods- Intervention Design) หมายถึง รูปแบบการวิจัยโดยการผสมวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยโดยการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วจึงนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ไปออกแบบและพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ในรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลองเป็นหลัก ตามแนวคิดของเครสเวล (Creswell, 2013) เพื่อศึกษาถึงผลของการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมรวมถึงพฤติกรรมของผู้หญิงที่เสพยาเสพติด

สตรีที่เสพยาเสพติด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สตรีที่เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตตามีน (ยาบ้าหรือยาไอซ์) เป็นสารหลัก ซึ่งเป็นคนไข้ที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐ ในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจในสถานบริการของรัฐ

แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล(Personal resources) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการยอมรับจุดอ่อนจุดแข็งของตน มีจุดหมายในชีวิต สามารถมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ดี

แหล่งทรัพยากรด้านบริบททางสังคม(Social contextual resources) หมายถึง การติดต่อทางสังคมกับคนในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และการเข้าถึงแหล่งบริการทางสังคมที่คอยดูแลช่วยเหลือเรื่องสุขภาพโดยเบื้องต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (The Intervention Design) เพื่อให้เกิดแนวทางในการศึกษาวิจัย และเข้าใจงานวิจัยมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมเอกสารแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำเสนอ ดังนี้

1. การเสพยาเสพติด: ความหมาย สาเหตุและการบำบัด
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต
 - 2.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related behavior): ความหมาย องค์ประกอบและการวัด
 - 2.2 สุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being): ความหมาย องค์ประกอบ และการวัด
3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
 - 3.1 ทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory)
 - 3.2 แนวคิดแผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM)
 - 3.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสตรีนิยม
4. วิธีการวิจัยผสมวิธี (Mixed Methods)
5. นิยามเชิงปฏิบัติการ
6. กรอบแนวคิดการวิจัย
7. สมมติฐานการวิจัย

1.การเสพติด: ความหมาย สาเหตุและการบำบัด

1.1 ความหมายและอาการ

การเสพติดเป็นภาวะที่เกิดจากการใช้สารหรือกระทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อเข้าสู่ภาวะเสพติดแล้ว บุคคลยังมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปใช้สารหรือกระทำพฤติกรรมดังกล่าว แม้จะหยุดเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทั้งนี้ การใช้ยาเสพติด จำแนกออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามลำดับ ดังนี้ (Kalivas & O'Brien, 2008)

1. ขั้นทดลองหรือใช้เพื่อความบันเทิง (Experimental/Recreational Use) เป็นระยะแรกเริ่มของการใช้ยาเสพติด ซึ่งมักเกิดจากความอยากรู้อยากลอง การใช้ในระยะนี้มักเกิดขึ้นเพียงครั้งหรือสองครั้งในปริมาณเล็กน้อย และส่วนใหญ่เกิดในบริบทของการสังสรรค์ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เป็นอันตราย อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้อาจเผชิญความเสี่ยงทางกฎหมายเนื่องจากสารเสพติดหลายชนิดเป็นสิ่งผิดกฎหมายในหลายประเทศ

2. ขั้นการใช้ตามสถานการณ์ (Occasional/Circumstantial Use) เป็นระยะที่การใช้สารเสพติดเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะ เช่น ลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม หรือบรรเทาความเศร้าและเสริมความสุขชั่วคราว การใช้ในระยะนี้มักไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือชีวิตประจำวัน แต่มีความเสี่ยงทางกฎหมาย หากสารที่ใช้เป็นสิ่งผิดกฎหมาย

3. ขั้นการใช้ในปริมาณมาก (Regular/Intensified Use) เป็นระยะการใช้สารเสพติดมีความถี่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นพฤติกรรมประจำ เช่น ใช้ทุกสัปดาห์หรือทุกวัน ผู้ใช้ในระยะนี้มักเริ่มเผชิญปัญหาต่าง ๆ เช่น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือความขัดแย้งในความสัมพันธ์ส่วนตัว

4. ขั้นการใช้แบบควบคุมไม่ได้หรือการเสพติด (Compulsive Use/Addiction) เป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูงสุด โดยผู้ใช้งานจำเป็นต้องพึ่งพาสารเสพติดเกือบทุกวัน มักมีอาการถอนและการดื้อสารร่วมด้วย สารเสพติดกลายเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตจนไม่สามารถขาดได้ ส่งผลให้ผู้ใช้งานเผชิญปัญหาด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ และหน้าที่การงาน แม้จะทราบถึงผลกระทบที่ร้ายแรง แต่ไม่สามารถหยุดการใช้ได้

ผู้ใช้อาสาเสพติดอาจอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการใช้ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันไป ตั้งแต่ระยะแรก เช่น การใช้เพื่อความบันเทิงหรือใช้ตามโอกาส โดยไม่ได้ใช้ในปริมาณมากหรือต่อเนื่อง จนถึงระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการใช้สารเสพติดเกือบทุกวัน มีอาการถอนยา การดื้อยา และเข้าสู่ภาวะการเสพติดอย่างสมบูรณ์ งานวิจัยพบว่าสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดมีความเชื่อมโยงกับการยับยั้งชั่งใจ ระบบการให้รางวัลด้านอารมณ์ และกระบวนการความจำ การเสพยา

เสพติดส่งผลต่อโครงสร้างและการทำงานของสมอง โดยเฉพาะเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) ที่เกี่ยวข้องกับการคิดและความจำ และระบบลิมบิก (Limbic System) ที่ควบคุมอารมณ์ ยาเสพติดกระตุ้นสมองให้ผลิตโดปามีนในปริมาณสูงกว่าปกติ ส่งผลให้สมองปรับลดการผลิตโดปามีนเอง เมื่อฤทธิ์ยาหมด ผู้เสพจะรู้สึกไม่สมดุล เช่น หงุดหงิดหรือซึมเศร้า ทำให้เกิดการใช้อีกครั้ง วงเวียนในวงจรเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Drugs, brains, and behavior : the science of addiction, 2014) สมองที่ถูกกระทบส่งผลให้เกิดพฤติกรรมขาดการยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะนี้เรียกว่า “สมองติดยา” ซึ่งต้องการการบำบัดอย่างจริงจัง มิฉะนั้นสมองอาจเสียหายถาวร

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดยาเสพติดใช้หลักการเดียวกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ โดยอ้างอิงจาก “The Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)” ซึ่งจัดทำโดย The American Psychiatric Association (APA) โดยฉบับล่าสุดคือ DSM-5 ที่เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 2013 เกณฑ์การวินิจฉัย Substance Use Disorder ใน DSM-5 มีทั้งหมด 11 อาการ ซึ่งเป็นการรวมเกณฑ์จาก DSM-IV-TR จำนวน 7 ข้อเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สาร (Substance Dependence) โดยตัดเกณฑ์ด้านปัญหาทางกฎหมายออก เนื่องจากความแตกต่างของกฎหมายในแต่ละประเทศ และเพิ่มเกณฑ์ใหม่คือ Craving หรือความอยากสารอย่างรุนแรง เข้ามาในระบบการวินิจฉัย มีดังนี้

- มีภาวะดื้อสาร
- มีภาวะถอนสาร
- มีการใช้สารมากกว่าที่ตั้งใจไว้
- มีความต้องการเลิกอยู่ตลอด หรือเคยลองเลิกหรือลดแต่ไม่สำเร็จ
- การเสพยาทำให้ต้องลดการไปเข้าร่วมกิจกรรมอื่น
- ใช้เวลาไปอย่างมากกับสาร
- ยังคงใช้สารทั้งที่รู้ว่ามีปัญหาทางกายหรือจิตใจจากการใช้สาร
- มีการใช้ซ้ำ ๆ จนทำให้เสียหน้าที่รับผิดชอบประจำ
- มีการใช้สารซ้ำ ๆ ในบริบทที่เสี่ยงให้เกิดอันตราย
- ยังคงใช้ ทั้งที่สารทำให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์อยู่ตลอดต่อเนื่อง
- มีอาการอยากสารอย่างมาก

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการใช้สารเสพติด หากผู้ผู้มีอาการ 1-3 ข้อ จะถือว่าอยู่ในระดับอ่อน มีอาการ 4-5 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง และหากมีอาการ 6-11 ข้อ จะจัดอยู่ในขั้นรุนแรง

(Kennedy, 2017) สารเคมีในสมองมีการเปลี่ยนแปลง หลังการใช้ยาเสพติดติดสัมพันธ์กับความรุนแรงของการใช้สาร ในระยะแรก สมองอาจเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราว ผู้ใช้จึงอาจอยู่ในขั้นทดลองหรือใช้เป็นครั้งคราว แต่เมื่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้หยุดใช้สารแล้ว สมองยังต้องใช้เวลาในการฟื้นตัว การรักษาในปัจจุบัน เช่น การใช้สารทดแทน (Replacement Therapy) ช่วยให้ผู้ใช้หยุดสารได้ต่อเนื่อง และส่งเสริมการฟื้นตัวของสมองให้กลับสู่ภาวะปกติ

ช่องทางการนำยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายสามารถทำได้หลากหลาย เช่น การกลืนทางปาก การดูดซึมผ่านลิ้น การสูดไอระเหย การสูดทางจมูก การสูบควัน หรือการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยยังสามารถเข้าสู่สมองได้เร็วเท่าใด ยิ่งส่งผลต่อการกระตุ้นการใช้สารซ้ำ (Reinforcing effect) มากขึ้น การออกฤทธิ์ของยาเสพติดจะขึ้นอยู่กับวิธีการนำเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน ดังนั้น การสูบและฉีดทางเส้นเลือดดำจะมีผลภายในไม่กี่วินาที ขณะที่การฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนังใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที การดูดซึมทางจมูกหรือทวารหนักใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที การกลืนทางปากใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และการดูดซึมทางผิวหนังอาจใช้เวลานานถึง ชั่วโมง (Nora D Volkow, 2010) ยาเสพติดจะออกฤทธิ์ต่อสมอง โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ การตัดสินใจ และพฤติกรรม โดยอาจทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข กระฉับกระเฉง หรือผ่อนคลาย แต่บางครั้งอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว หรือเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ มีผลต่อความคิดและการตัดสินใจอาจทำให้คิดได้เร็วขึ้นหรือช้าลง บางครั้งทำให้การตัดสินใจล่าช้าหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ความคิดหลงผิดหรือความหวาดระแวง การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมอาจรวมถึง การทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยง หรือพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง การหายจากการติดยาเสพติดหรือหมดจากภาวะการเสพติด (Remission) สามารถพิจารณาได้จากระยะเวลาการหยุดใช้ยาเสพติดเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยไม่มีอาการตามเกณฑ์ DSM-5 ยกเว้นอาการอยากสาร ซึ่งเรียกว่า "ระยะเริ่มต้น" (Early remission) ส่วนการหยุดใช้สารอย่างต่อเนื่อง (Sustained remission) คือการหยุดใช้ยาเสพติดได้อย่างน้อย 12 เดือน โดยไม่มีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัย ยกเว้นอาการอยากสารเช่นกัน หากการหยุดใช้ยาเกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่มีการควบคุม เช่น เรือนจำหรือสถานบำบัดรักษาการเสพติด จะระบุว่าอยู่ในช่วง "In a controlled environment" หากการหยุดใช้สารทดแทนจะระบุว่าเป็น "On maintenance therapy" การหยุดยาเสพติดไม่ว่าจะในระยะเริ่มต้นหรือระยะต่อเนื่อง จำเป็นต้องระมัดระวังการกลับไปเสพซ้ำ การฟื้นตัว (Recovery) หลังการหยุดยาเสพติดจึงเน้นที่การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ไม่เพียงแต่การหยุดยาเสพติด

1.2 สาเหตุการติดยาเสพติด

สาเหตุหลักๆในการติดยาเสพติด ประกอบด้วย 1. ปัจจัยทางชีวภาพ 2. ปัจจัยทางจิตใจ และ 3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนี้

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor)

ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรมและสารเคมีในสมอง โดยพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับยีนที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องใช้อาหาร ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเสพติด ส่วนสารเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดคือโดปามีน ผู้เสพติดจะได้รับการกระตุ้นให้สมองหลังโดปามีนในปริมาณที่มากขึ้น ทำให้มีความสุขและสนุกสนาน เมื่อฤทธิ์ของยาเสพติดหมดลง ปริมาณโดปามีนจะลดลง ส่งผลให้รู้สึกเศร้าและหมดความสุข งานวิจัยที่ใช้ Positron Emission Tomography (PET) พบว่าในผู้เสพติด ความหนาแน่นของโดปามีนลดลง โดยเฉพาะในบริเวณ Orbitofrontal ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาการเสพติดและอาการทางจิตหลังการใช้อาหาร (Sekine et al., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพติด เฮโรอีน และแอลกอฮอล์ก็มีการลดลงของความหนาแน่นของโดปามีนใน Dopamine D₂ receptor (Nora D. Volkow et al., 2003)

ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor)

การใช้อาหารเสพติดมักเริ่มจากความอยากรู้อยากลองและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้อาหาร ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการทดลองสารเสพติด โดยมีงานวิจัยระบุว่า การมองตนเองในแง่ลบ (Self-derogation หรือ low self-esteem) เป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการเสพติด เมื่อความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ จะส่งผลให้การจัดการกับความรู้สึก การตัดสินใจ และการควบคุมอารมณ์ลดลง นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต เช่น การหนีเรียน การรวมกลุ่ม และการเที่ยวกลางคืน นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพส่วนตัว การเรียน และความสัมพันธ์ในครอบครัว (Taylor, Lloyd, & Warheit, 2005)

ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environment factor)

สังคมปัจจุบันมีแนวโน้มในการแสวงหาความสุขและความสะดวกสบาย โดยเฉพาะในบริบทของวัตถุนิยม ซึ่งการใช้อาหารเสพติดที่สามารถก่อให้เกิดความสุขถูกมองเป็นเรื่องปกติในบางสภาพแวดล้อม เช่น ชุมชนที่สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายและมีการซื้อขายอย่างเปิดเผย สิ่งนี้ทำให้การเสพติดเป็นเรื่องง่ายและเพิ่มความเสี่ยงในการติดยาเสพติด นอกจากนี้ การคบหากับกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมการใช้อาหารเสพติด สามารถนำไปสู่การติดยาเสพติดได้

การเลิกใช้อาหารเสพติดหรือการออกจากภาวะติดยาเสพติด (Remission) นั้นมีความซับซ้อนและรักษาให้หายขาดยาก เนื่องจากการเสพติดเป็นภาวะเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงในสมอง ผู้ที่หยุดการใช้อาหารเสพติดอาจมีอาการอยากใช้ซ้ำ (Relapse) โดยมีปัจจัยต่างๆ เช่น การ

เปลี่ยนแปลงในสารเคมีของสมอง, ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความสามารถในการควบคุมตนเอง, และปัจจัยทางสังคม เช่น สภาพแวดล้อมครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่อาจกระตุ้นการใช้นิโคตินใน การกรณิของผู้หญิง การเข้าสู่วงจรการใช้นิโคตินอาจเกิดจากปัจจัยภายในครอบครัว เช่น การชักชวนจากคู่สมรสหรือภาวะความแตกแยกในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้หญิงมักตกอยู่ในสถานะที่ต้องแบกรับภาระต่างๆ และอาจถูกดึงเข้าสู่วงจรการเสพติดหรือการขายยาเสพติด (ฉัตรวรัญ องค์กรสังหิ, สังคิต พิธิยะรังสรรค์, ชูลีรัตน์ เจริญพร, นิตาวรรณ เพาะสุนทร, & วณิ กอสุวรรณศิริ, 2559) เมื่อคนในครอบครัวได้อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น ภาวะที่คนในครอบครัวถูกจำคุก หรือภาวะแตกแยก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้ภาวะสำคัญในครอบครัวตกเป็นภาระของผู้หญิงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในสังคมประเทศอเมริกา (นภาพรณ หะวานนท์, 2555) ในงานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงยาเสพติดโดยศึกษาถึงความสอดคล้องทางด้านเพศสภาพ พบว่า เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของประวัติการถูกข่มเหงหรือถูกรังแก พบว่าเพศหญิงมีค่าคะแนนที่สูงกว่าชาย (Langhorst, 2003) นอกจากนี้สื่อโฆษณาในยุคสังคมบริโภคนิยมก็มีอิทธิพลต่อทัศนคติเรื่องของความงามตามยุคสมัย ทำให้มีผู้หญิงส่วนหนึ่งไม่พึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง เกิดการเลียนแบบ ดารา นักร้อง เพื่อต้องการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี จึงใช้นิโคตินเป็นตัวช่วยทางลัดที่ทำให้ร่างกายผอมลงได้ง่าย (วิสาขา เทียมลม, 2561) ดังนั้นจึงควรติดตามสภาพอารมณ์และความคิดของผู้ใช้นิโคติน การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อลดความเครียดและความขัดแย้งที่อาจกระตุ้นการกลับไปเสพยาเสพติดอีกครั้ง

1.3 การบำบัดรักษาการติดยาเสพติดตามมาตรฐานในประเทศไทย

การใช้นิโคตินในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต โดยมองว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ควรได้รับการช่วยเหลือแทนการลงโทษ ซึ่งการติดยาเสพติดถือเป็นภาวะที่ต้องการการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม, 2562) กฎหมายไทยได้กำหนดรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ผิดกฎหมายออกเป็น 3 รูปแบบ (รัศมน กัลยาศิริ, 2561) ได้แก่ 1) การบำบัดแบบสมัครใจ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาสามารถเข้ารับการบำบัดได้ตามสถานพยาบาล 2) การบำบัดแบบบังคับ มีการออก “พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545” โดยให้มีการตรวจพิสูจน์และติดตามผลการบำบัดอย่างเคร่งครัด 3) การบำบัดในระบบต้องโทษ ซึ่งเป็นการบำบัดในเรือนจำหรือสถานพินิจสำหรับผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด

สถานบริการของรัฐที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มีการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้แนวคิด “การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด”

(Therapeutic Community: TC) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เพื่อปรับปรุงรูปแบบการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาเสพยาเสพติดที่เปลี่ยนแปลงและลดระยะเวลาการบำบัดจาก 1 ปี 6 เดือน เป็น 4-6 เดือน(อังกูร ภัทรกร & นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558) ชุมชนบำบัดเป็นการบำบัดในลักษณะการอยู่ร่วมกันภายใต้กฎเกณฑ์ที่สมาชิกร่วมกันกำหนด โดยมีลักษณะคล้ายครอบครัว เพื่อให้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มุ่งเน้นให้สมาชิกพัฒนาตนเอง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปลอดภัย ยาเสพติด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (อิทธิศักดิ์ พลงาม, วุฒิชัย พลสงคราม, สุพรรณษา พูลพิพัฒน์, สาริต สมศรี, & จิตฤดี จันปัญญา, 2553) กระบวนการบำบัดรักษาที่สถานบริการของรัฐ เป็นแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพใหม่ภายใต้ชื่อ “การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่” หรือ “FAST model” ซึ่งผสมผสานแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) และชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) การบำบัดนี้ใช้สังคมจำลอง เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดอาศัยอยู่ร่วมกันภายใต้กฎเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกันภายในสถานบำบัด โดยมีระยะเวลาในการบำบัดตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ครอบครัว (Family) ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับภาวะติดยาเสพติดและสอนเทคนิคการอยู่ร่วมกัน 2) กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต 3) การช่วยเหลือตนเอง (Self Help) ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และการปรับพฤติกรรม 4) ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) สร้างสังคมที่มีการช่วยเหลือ ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและอบอุ่น (อังกูร ภัทรกร & นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการรักษแบบเข้มข้นมีอัตราการเลิกใช้ยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 71.1 และเมื่อติดตามหลังเข้ารับการรักษา 5 ปี พบว่าผู้เสพติดมีการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำที่ร้อยละ 22.7 (ปกรณ สิริยงค์, 2545) ในขณะที่ผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติได้โดยไม่พึ่งยาเสพติดและสามารถทำงานหรือศึกษาต่อได้ถึงร้อยละ 75 (ราตรี หุ่นดี et al., 2549) นอกจากนี้ งานวิจัยของวียดา จันทอง ที่ศึกษาผู้ใช้ยาเสพติดหญิงในระหว่างอายุ 21 - 30 ปี พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มนี้มีความเห็นตรงกันว่า การบำบัดแบบเข้มข้น ช่วยให้พวกเขาเลิกยาเสพติดได้ โดยไม่ต้องการเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีกต่อไป รวมถึงนำประสบการณ์จากการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงแนะนำบุคคลใกล้ชิดและครอบครัวให้มีความเข้าใจในปัญหาการติดยาเสพติดได้ดียิ่งขึ้น(วียดา จันทอง, 2541)

2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต

2.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related behavior):

2.1.1 ความหมายของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง อาการที่แสดงออกทางร่างกาย ความนึกคิดและความรู้สึกที่มีการตอบสนองสิ่งรอบตัว (พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน, 2554) ซึ่งนักวิชาการหลายท่านเห็นพ้องกันว่า พฤติกรรมเกิดจากการกระตุ้นหรือจูงใจจากสิ่งเร้า แม้มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่การแสดงออกอาจแตกต่างกันไปตามบุคคลและสถานการณ์ จึงสามารถแบ่งประเภทพฤติกรรมได้ 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ที่สังเกตเห็นได้ เช่น คำพูด การกิน หรือทำงาน และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด ความสามารถและความรู้ ที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ต้องใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาในการวัด (กัลยา โสณทอง, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, อาภาพร เผ่าวัฒนา และ สุคนธา ศิริ, 2561; ญัฐรุท แก้วสุทธา, 2560; ไหมไทย ไชยพันธุ์, 2557)

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health-related behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติตนในลักษณะที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถสังเกตและวัดได้ นักวิชาการในไทย เช่น นงเยาว์ (2556) ระบุว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งผลต่อสุขภาพ ส่วน อาภาพร (2557) ให้นิยามว่าเป็นการปฏิบัติตนทั้งภายในและภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร การทำกิจกรรมต่าง ๆ การนอนพักผ่อน และรับมือกับความเครียด โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างสมดุล(นงเยาว์ ไบยา, ชุมพร คำแสง, น้ำทิพย์ แพ้ชัยภูมิ, & จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ, 2556; อาภาพร ขวดยผล, 2557) ในขณะที่นักวิชาการต่างชาติ ดังเช่น ฮันเซนและคณะ (2016) นิยามว่าเป็นนิสัยหรือกิจกรรมที่เสริมสร้างหรือเสี่ยงต่อผลกระทบต่อสุขภาพ ในขณะที่ที่เวล (2012) เสริมว่าเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะยาวหรือระยะสั้น (Hassen & Kibret, 2016; Wells, 2012) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสะท้อนถึงประสบการณ์และสถานการณ์ที่แต่ละบุคคลประสบในบริบททางสังคม ซึ่งเป็นมุมมองที่ผสมผสานด้านการแพทย์ สังคมวิทยา ประชากรศาสตร์ และระบาดวิทยา โดยเน้นที่สภาพแวดล้อมทางสังคมของสุขภาพหรือปัจจัยทางสังคม พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพอาจเป็นการกระทำที่จงใจหรือไม่ตั้งใจ และสามารถส่งเสริมหรือลดทอนสุขภาพได้ เช่น การสูบบุหรี่ เสพยาเสพติด ออกกำลังกาย หรือนอนหลับ พฤติกรรมเหล่านี้มักถูกกล่าวถึงในระดับบุคคลและสามารถวัดได้ ทั้งนี้ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพมีความพลวัตและแตกต่าง

กันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น อายุและกลุ่มประชากร เช่น การสูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกาที่มีความแตกต่างตามภูมิภาคและอายุ (Short & Mollborn, 2015)

2.1.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพจากงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมใช้ยาเสพติด ซึ่งรวมถึงการดื่มเหล้าสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ การไปพบแพทย์ประจำปีเพื่อตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ และการนอนหลับอย่างเพียงพอ ซึ่งล้วนเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล (Hassen & Kibret, 2016; Jana Marie Havigerová, Jaroslava Dosedlová, & Iva Burešová, 2019; Jua & Limb; Kim Shifren & Alexandra Chong, 2012; Meng Wang et al., 2017; Pinho & Pinto Borges, 2019; Sigrid M Mohnen, Beate Völker, Henk Flap, & Peter P Groenewegen, 2012; Wells, 2012)

ตาราง 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ชื่อผู้วิจัย พฤติกรรม	ฮัสเซน และ คณะ (2016)	เจนา และ คณะ (2019)	ซิกริด และ คณะ (2012)	หมิงและ คณะ (2017)	คิมและ คณะ (2012)	พินโฮ และ คณะ (2019)	เวลและ คณะ (2012)	จ้าวและ คณะ (2012)
การใช้ยาเสพติด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การออกกำลังกาย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การรับประทานอาหาร	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
กิจวัตรประจำวัน	✓	✓		✓	✓			
การพักผ่อน			✓	✓				✓
การจัดการความเครียด	✓				✓			✓
การร่วมเพศแบบปลอดภัย	✓							
ความปลอดภัย	✓	✓			✓			
การตรวจสุขภาพประจำปี	✓				✓			

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ พบว่ามีหลายงานวิจัยจากต่างประเทศที่ศึกษาตัวแปรสำคัญ เช่น การใช้ยาเสพติด การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดการความเครียด ความปลอดภัย การออกกำลังกาย การร่วมเพศแบบปลอดภัย การ

รับประทานอาหาร และกิจวัตรประจำวัน เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรที่นักวิจัยหลายๆท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพแล้ว พบว่า มีตัวแปรการใช้ยาเสพติด การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาที่จะใช้ตัวแปรการพักผ่อนเพิ่มอีกหนึ่งตัวแปร เนื่องจากพบว่าในการวิจัยของงานวิจัยของหมิงและคณะ(2017) ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพในกลุ่มเยาวชนจีนที่สูบบุหรี่ ได้ศึกษาถึงตัวแปรดังกล่าวด้วย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดต้องเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบสมัครใจบำบัด ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัวแปรการใช้ยาเสพติด เปลี่ยนเป็น ความตั้งใจเลิกยาเสพติด เพื่อวัดพฤติกรรมความตั้งใจของสตรีที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด จากการสังเคราะห์ตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่มีนักวิชาการส่วนใหญ่นำมาศึกษา ได้แก่ ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน โดยผู้วิจัยได้ให้ความหมายองค์ประกอบหรือตัวแปรสังเกตของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพไว้ดังนี้

ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด หมายถึง ความตั้งใจของผู้ใช้ยาเสพติดในการหยุดใช้ยา เกี่ยวข้องกับการค้นหาข้อมูลและขอรับการสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยให้การเลิกใช้สารเสพติดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเตรียมตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการเสพยาซ้ำ เช่น การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือกลุ่มคนที่ใช้สารเสพติด และค้นหาวิธีการจัดการกับความเครียดภายในตัวเอง โดยในส่วนของความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของนันท์ชิตส์สันท์ สกุลพงศ์ (2559) มาปรับใช้เพื่อวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายที่แข็งแรง การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรงและเจริญเติบโตซึ่งจะทำให้สตรีที่เคยใช้ยาเสพติด มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีเรี่ยวแรง พละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การรับประทานอาหาร หมายถึง การบริโภค เพื่อนำอาหารหรือสารอาหารที่มีคุณค่าเข้าสู่ร่างกายโดยคำนึงถึงเพื่อก่อประโยชน์ให้แก่ร่างกาย โดยการเลือกชนิดและปริมาณอาหารของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดได้คำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารที่นำมารับประทาน ว่า เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย

การพักผ่อน หมายถึง การหยุดพักกิจกรรมที่ได้ทำ เพื่อให้ร่างกายได้หยุดพัก ผ่อนคลาย รวมถึงการนอนหลับ โดยสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด มีช่วงเวลาที่ได้พักผ่อน รวมถึงการทำกิจกรรมเพื่อ ผ่อนคลายเครียดจากกิจวัตรประจำวัน มีชั่วโมงนอนหลับที่เพียงพอ

2.1.3 การวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวัดพฤติกรรมผ่าน กระบวนการหลายขั้นตอน โดยผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาเพื่อวัดพฤติกรรมนี้ โดยตรง นอกจากการใช้เครื่องชี้วัดทางสุขภาพที่สามารถกำหนดตัวแปรสุขภาพได้ ซึ่งปรากฏใน หลายงานวิจัย เช่น งานวิจัยของฮัสเซน (2016) ที่วัดพฤติกรรมในกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย โดย แยกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดการความเครียด ความ ปลอดภัย การออกกำลังกาย การร่วมเพศแบบปลอดภัย การรับประทานอาหาร และกิจวัตร ประจำวัน งานวิจัยของพินโฮ (2019) วัดพฤติกรรมในกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข โดยแยก เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย และงานวิจัยของห มิง (2017) ที่ศึกษาพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชนจีนที่สูบบุหรี่ โดยแยกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาเส พติด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร กิจวัตรประจำวัน และการพักผ่อน

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยจะวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ โดยแยกองค์ประกอบเป็น พฤติกรรมย่อยเฉพาะด้าน ได้แก่ พฤติกรรมความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด การออกกำลังกาย การ รับประทานอาหาร และการพักผ่อน วิธีการวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพโดยทั่วไปจะเป็นการ รายงานความถี่ของการกระทำนั้นๆ เป็นประโยคบอกเล่า มีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จนถึง ปฏิบัติมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดง ว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

2.2 สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ความหมาย องค์ประกอบและการ วัด

2.2.1 ความหมายของสุขภาวะทางจิต (Well-being)

แนวคิดเรื่อง “สุขภาวะทางจิต” อยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ฉบับแรกจนถึงปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของประชาชน เพื่อให้มีสุขภาพที่ แข็งแรงและสมบูรณ์ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กำหนดให้ “สุขภาพ คือ สุขภาวะทางจิต” และครอบคลุมถึงดุลยภาพทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยง กันอย่างบูรณาการ ขณะที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชากรทุกช่วงวัยเพื่อยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยส่งเสริมสุขภาวะทางจิต มีคุณธรรมและจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม (สำนักงานคณะกรรมการ

พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) แม้แต่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้นิยามสุขภาวะทางจิตว่าเป็นความสมบูรณ์ในด้านกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ซึ่งไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น แต่ยังเน้นความสัมพันธ์อย่างบูรณาการของทั้ง 4 มิติ(Organization, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดเรื่อง “สุขภาวะทางจิต” ได้รับการนิยามโดยนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศในทิศทางเดียวกัน คือ การดำเนินชีวิตที่มุ่งเน้นการมีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยมองว่าเป็นสุขภาพที่เกิดจากการบูรณาการของหลายมิติที่เชื่อมโยงและส่งผลถึงกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม (Adams, Bezner, Drabbs, Zambarano, & Steinhardt, 2000; Myers, Sweeney, & Witmer, 2000; Smith & Puczkó, 2008; Swarbrick, 2006; พระมหาอำคา วรปัญญา, 2563; ลักษณะ ศิริธิกุล, 2550; ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี, 2560)

แนวคิดเรื่องสุขภาวะทางจิตได้รับความสนใจจากในประเทศและต่างประเทศ โดยแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันมีหลายแบบ ได้แก่ 1) แนวคิดของอดัมส์(Adams et al., 2000) ที่มองสุขภาวะทางจิตเป็นความเข้มแข็งของบุคคล ในการจัดการความเครียด ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตวิญญาณ ปัญญา สังคม อารมณ์ และจิตใจ 2) แนวคิดของไมเยอร์(Myers et al., 2000) ที่มองสุขภาวะทางจิตเป็นองค์รวมที่บูรณาการ 5 ด้าน ได้แก่ จิตวิญญาณ ทิศทางชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่าง มิตรภาพ และความรัก 3) แนวคิดแบบเฮโดนิคส์ (Hedonic) และยูโดโมนิกส์ (Eudaimonic) ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฮโดนิคส์เน้นความสุขและความพอใจ ในขณะที่ยูโดโมนิกส์เน้นการทากิจกรรมที่ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและการมีชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดยูโดโมนิกส์เป็นรากฐานสำคัญในการศึกษาสุขภาวะทางจิตในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดสุขภาวะทางจิตตามมุมมองยูโดโมนิกส์ ซึ่งเป็นการศึกษาถึงคุณลักษณะทางจิตที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ซึ่งรวมถึงการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม การกระทำในสิ่งที่ดีงาน การช่วยเหลือผู้อื่น หรือกล่าวโดยสรุปคือการทำให้ชีวิตดีงามขึ้นหรือการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีนั่นเอง

2.2.2 สุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being)

แนวคิดสุขภาวะทางจิตแบบยูโดโมนิกส์ (Eudaimonic) โดย คาโรล รัฟฟ์ (Carol Ryff) ได้วิพากษ์การวัดสุขภาวะทางจิตจากอารมณ์และความรู้สึกว่าไม่เพียงพอทางทฤษฎี จึงได้บูรณาการแนวคิดต่างๆ จากงานวิจัยและทฤษฎีในจิตวิทยา เช่น วุฒิภาวะของอัลพอร์ท (Allport, 1961)

บุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่ของนิวการ์เทน (Neugarten, 1973) พื้นฐานชีวิตของบุเลอร์ (Buhler, 1935) แบบจำลองจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson, 1959) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุของไบเร็น (Birren) การวัดสุขภาพจิตของจาโฮดา (Jahoda, 1958) การพัฒนาลักษณะเฉพาะตัวของจุง (Jung, 1933) การบรรลุภาวะสัจการแห่งตนของมาสโลว์ (Maslow, 1968) และการเป็นบุคคลที่มีชีวิตเต็มของโรเจอร์ (Rogers, 1961) โดยนำมาบูรณาการและนำเสนอเป็นลักษณะทางจิตด้านบวกในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ดังภาพประกอบด้านล่าง



ภาพประกอบ 1 คุณลักษณะของสุขภาวะทางจิตและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Ryff, 1995)

2.2.3 ความหมายของสุขภาวะทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักวิชาการหลายท่านมีความเห็นสอดคล้องกันในความหมายของ “สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being)” ว่าเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเกิดจากการประเมินความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง โดยคำนึงถึงภาวะความปลอดภัยทางสุขภาพ ความสามารถในการทำงาน การมีส่วนร่วมในสังคม ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสมดุลทางอารมณ์ สุขภาวะทางจิตในปัจจุบันจึงไม่ได้มุ่งเน้นแค่สภาพทางจิตใจหรือความผิดปกติทางจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติสังคม และการพัฒนาการของบุคคลด้วย (Bradburn, 1969; Cummins, 2005; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff, 1995; ณาตกรการณ ชยุตสาหกิจ, 2557; ดารวันต์ รักสัตย์, 2557)

จากการทบทวนความหมายของ “สุขภาวะทางจิต” ผู้วิจัยได้อ้างอิงแนวคิดของริฟฟ์ (Ryff) ซึ่งมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความของสุขภาวะทางจิตอย่างมาก

2.1.4 องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต

รีฟฟ์ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Positive relations with others) ความเป็นตัวเอง (Autonomy) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) และการเจริญงอกงาม (Personal Growth) โดยรีฟฟ์และคณะได้พัฒนาเครื่องมือประเมินองค์ประกอบทั้ง 6 เพื่อใช้เป็นตัวบ่งชี้สุขภาพกายและอารมณ์ของบุคคล การศึกษาสุขภาวะทางจิตในวัยผู้ใหญ่พบว่า บุคคลที่มีลักษณะทางด้านบวกในแต่ละองค์ประกอบนี้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี

ตาราง 2 ลักษณะของบุคคลตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ

องค์ประกอบด้าน	ลักษณะบุคคล
การยอมรับในตนเอง (Self-Acceptance)	มีมุมมองที่ดีเกี่ยวกับตนเอง รู้จักและยอมรับตัวเองได้ทั้งในด้านดี และด้านร้าย รวมถึงความรู้สึกที่ดีต่อชีวิตที่ผ่านมา
การมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก (Positive relations with others)	มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่นได้เป็นอย่างดี
ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)	ควบคุมตนเอง รวมถึงพึ่งพาตนเองได้ สามารถทนต่อความกดดันของสังคมได้ กำกับพฤติกรรมของตนเองได้จากภายใน และประเมินด้วยมาตรฐานของตนเอง
การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery)	มีศักยภาพในการจัดการ สภาพแวดล้อม ควบคุมสถานการณ์ภายนอกให้เป็นระเบียบเรียบร้อยได้ สามารถเลือกสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อความต้องการของตนเองได้
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life)	การรับรู้ถึงจุดหมายของตนเองและสามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมายได้
ความงอกงามในตน (Personal Growth)	รู้สึกถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เปิดรับต่อประสบการณ์ใหม่ ตระหนักถึงศักยภาพของตน มีการพัฒนาตนเองด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้นตามวันเวลาที่ผ่านไป

2.1.5 การวัดสุขภาวะทางจิต

การวัดสุขภาวะทางจิตสามารถทำได้หลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ผู้วิจัยกำหนด ในงานวิจัยชิ้นนี้ ได้อ้างอิงแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรพีพี ซึ่งวัดองค์ประกอบหลากหลายด้าน โดยใช้มาตรวัดสุขภาวะทางจิต (Scales of Psychological Well-being: PWB) ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ครอบคลุม 6 ด้าน โดยการให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนสูง (High scorer) และกลุ่มคะแนนต่ำ (Low scorer) มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ไปจนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” หากตอบได้คะแนนสูงในด้านใด แสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตดีในด้านนั้น ดังนี้

ด้านที่ 1 การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance)

ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับในมุมต่าง ๆ ของตนเองว่ามีทั้งดีและไม่ดี

ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง รู้สึกผิดหวังตนเองในอดีต

ด้านที่ 2 การมีสัมพันธภาพเชิงบวก (Positive relations with others)

ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เกิดความไว้วางใจได้ การเข้าใจมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy)

ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและเชื่อใจผู้อื่นน้อย มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ต้องการประนีประนอมหรือพยายามอดทนเพื่อรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้

ด้านที่ 3 การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกเป็นอิสระ ไม่ถูกบังคับ

ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความกังวลเกี่ยวกับความคาดหวัง การถูกยอมรับหรือการประเมินของผู้อื่น ทำตามกระแสสังคมหรือแรงกดดันจากสังคมทั้งในทางการกระทำและความคิด

ด้านที่ 4 การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery)

ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีความเป็นผู้นำในการจัดการ ควบคุม ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเรียบง่าย

ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความยากลำบากในการจัดการสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตนเอง ไม่สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตนเองได้

ด้านที่ 5 การมีจุดหมายในชีวิต (Purpose in life)

ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีเป้าหมายในชีวิต สามารถกำหนดทิศทางและวิถีทางที่นำไปสู่การมีจุดหมายในชีวิต

ได้คะแนนต่ำ แสดงว่าขาดการรับรู้จุดหมายของชีวิต ขาดการกำหนดทิศทาง

ด้านที่ 6 ความงอกงามในตนเอง (Personal growth)

ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางที่ดี ตระหนักรู้และเห็นความงอกงามในตนเอง

ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความรู้สึกเฉื่อยชา ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเอง ให้ดีขึ้น ขาดความสนใจ รู้สึกเบื่อหน่ายไม่กระตือรือร้นในชีวิต

ในประเทศไทยได้มีการวิจัยและพัฒนา มาตราวัดสุขภาวะทางจิต (Scales of Psychological Well-being: PWB) โดยอาภากรและคณะ ซึ่งได้แปลและปรับเป็นภาษาไทย ภายใต้ชื่อ “มาตราวัดความผาสุกทางจิต” โดยใช้กลุ่มตัวอย่างประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาพบว่า ดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา มีค่าความตรงเชิงวัฒนธรรมเท่ากับ 1.00 และ ค่าดัชนีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha) ทั้งชุดเท่ากับ 0.84 โดยค่าของแต่ละด้าน ได้แก่ การยอมรับในตนเอง(Self-acceptance) เท่ากับ 0.79 การมีสัมพันธภาพเชิงบวก(Positive relations with others) เท่ากับ 0.87 การเป็นตัวของตัวเอง(Autonomy) เท่ากับ 0.85 การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม(Environmental mastery) เท่ากับ 0.85 การมีจุดหมายในชีวิต(Purpose in life) เท่ากับ 0.88 และความงอกงามในตนเอง(Personal growth) เท่ากับ 0.82 (อาภากร เปรี้ยวนิม, พูลพงศ์ สุขสว่าง และ ปิยะทิพย์ ประดู่จรม, 2563)

3. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

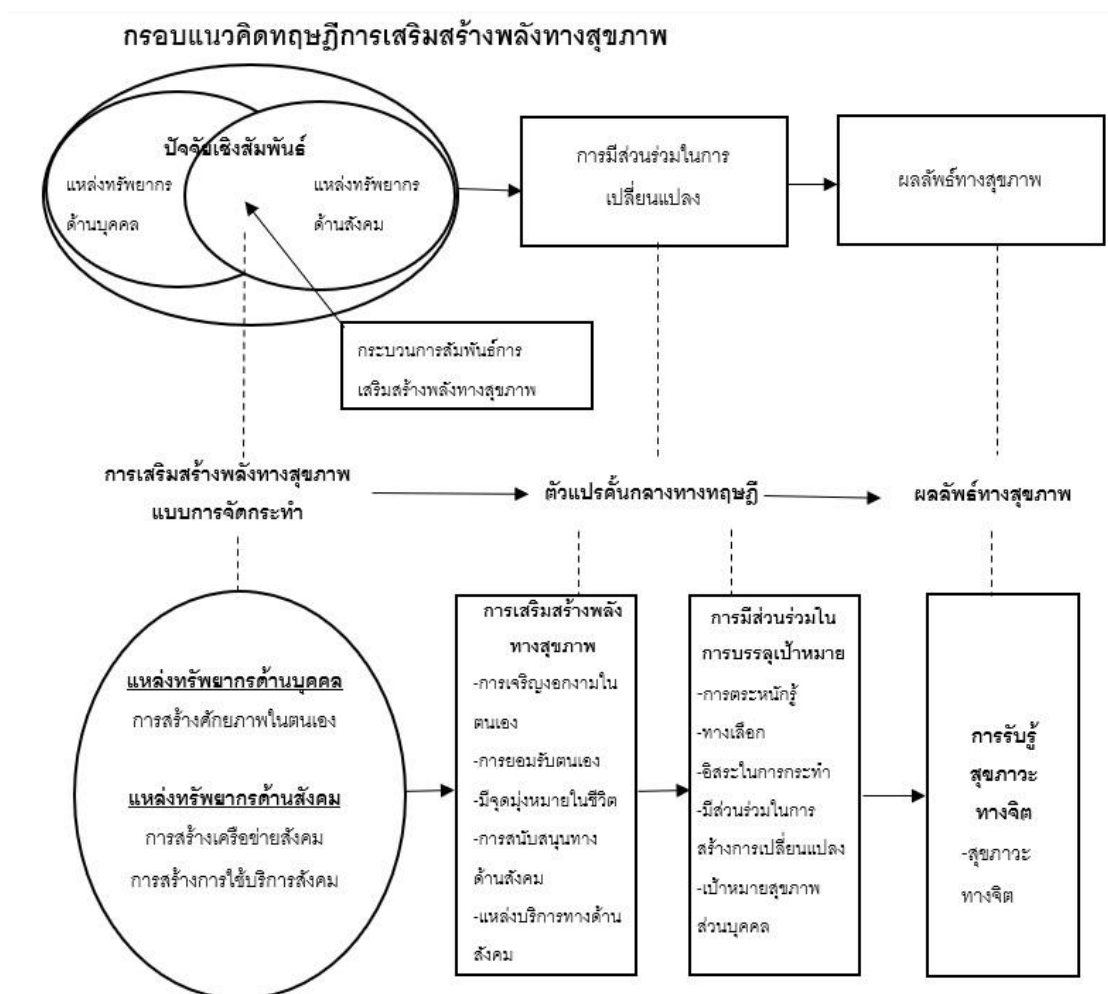
3.1 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) มีรากฐานจากแนวคิดของโรเจอร์ ซึ่งมองว่ามนุษย์ถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย โดยการเสริมสร้างพลังสุขภาพเกิดจากการผสมผสานระหว่างบุคคลและสังคมทรัพยากรบุคคล(Personal resources) สะท้อนถึงความสามารถในตนเอง (Self-capacity) ขณะที่ทรัพยากรทางสังคม(Social contextual resources) ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมและบริการสังคม (Social network support, Social service utilization) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล ผ่านการมีแหล่งทรัพยากรภายในเพื่อสุขภาวะทางจิตที่ดี และส่งเสริมการตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสะท้อนเป็นกระบวนการความสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของบุคคล (Crawford Shearer & Reed, 2004; Rogers, 1992; Shearer, 2009)

3.1.1 ความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพได้รับการนิยามจากนักวิชาการหลายท่าน โดยกิบสัน (1995) ได้กำหนดว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ในชีวิต โดยตระหนักถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Gibson, 1995) ขณะที่เอลิส สโตล และป๊อบเคส วอตต์เตอร์ (1998) มองว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งบริการที่มีประโยชน์ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์กับสุขภาพตนเองและครอบครัว (Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1998) ส่วน Shearer (2009) เน้นว่าพลังทางสุขภาพคือกระบวนการที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงแบบแผนสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะทางจิต และกุนนที พุ่มสงวน (2014) เน้นว่าเป็นกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนเพื่อรักษาสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ (กุนนที พุ่มสงวน, 2014) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลตระหนักถึงการ พัฒนาศักยภาพของตนเองโดยใช้ทรัพยากรด้านบุคคล และทรัพยากรตามบริบทของสังคม

3.1.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Intervention: HEI) ที่พัฒนาโดย Shearer ในปี 2009 เน้นการใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) ในการปฏิบัติผ่านการจัดกระทำเชิงทฤษฎี โดยการออกแบบโปรแกรมนี้มาเพื่อตอบสนองการเพิ่มสุขภาพะทางจิตที่ดี โดยในปี 2010 Shearer ได้ขยายแนวคิดว่าการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพประกอบด้วยแหล่งทรัพยากรด้านบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรด้านสังคม (Social contextual resources) ซึ่งเมื่อรวมกันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพะทางจิตที่ดี ดังภาพประกอบด้านล่างนี้



ภาพประกอบ 2 ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) และการจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Shearer, 2009)

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพเกิดจากการบูรณาการทรัพยากรด้านบุคคลและทรัพยากรด้านสังคม โดยทรัพยากรด้านบุคคลสะท้อนลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ความสามารถในการตนเอง ขณะที่ทรัพยากรด้านสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมและบริการทางสังคม เน้นการมีส่วนร่วมอย่างตั้งใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงตนเองและสิ่งแวดล้อม ตระหนักถึงทรัพยากรภายในเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี โดยทฤษฎีนี้เป็นกระบวนการเชิงสัมพันธ์ที่ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกเพื่อบรรลุเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เกิดจากการรับรู้ทรัพยากรทั้งด้านบุคคลและสังคมของแต่ละบุคคล วัตถุประสงค์หลักของทฤษฎีนี้คือการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลใน

การรับรู้ศักยภาพของตนเอง เครือข่ายทางสังคม การเข้าถึงบริการทางสังคม และการตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ถึงความสามารถในตนเอง 2) การรับรู้และสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และ 3) การรับรู้และใช้บริการสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การแทรกแซงจะรวมถึงการปรับโครงสร้างความคิดเชิงบวกผ่านการฝึกการคิดใหม่ และการใช้เทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมการระลึกถึงประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวและเติบโต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาจุดแข็งและการยอมรับตนเองในการกำหนดเป้าหมายชีวิตอย่างมีทิศทาง

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในแหล่งทรัพยากรด้านสังคมมุ่งเน้นการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่ โดยบุคคลควรระบุแหล่งการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน รวมถึงการรับรู้ข้อจำกัดและประโยชน์ของการสนับสนุนเหล่านั้น การแนะนำเทคนิคการแก้ปัญหาและการใช้บริการทางสังคมเป็นส่วนสำคัญในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลใหม่และบริการที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วย โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชนและวิธีการเข้าถึงบริการเหล่านั้น นอกจากนี้ยังใช้กลยุทธ์การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อฝึกฝนการขอความช่วยเหลือและการสื่อสารกับหน่วยงานบริการสังคม การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจะดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในรูปแบบตัวต่อตัวหรือกลุ่ม โดยใช้วิธีการสอน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การสอน 2) การอภิปรายรายบุคคล และ 3) ประสิทธิภาพผ่านลงมือปฏิบัติจริง ระยะเวลาที่กำหนดเวลาที่สะดวกสำหรับแต่ละบุคคล

3.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เซอร์เรอร์ได้ทำการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบจากการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแบบจัดกระทำ (HEI) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 59 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแบบจัดกระทำมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่ามีนักวิจัยท่านอื่นๆได้อำอิงการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแบบจัดกระทำไปใช้ในงานวิจัย ดังเช่นงานของ แคทเธอริน ดี เดลี (Katherine D Daly, 2011) ซึ่งได้ศึกษาการใช้ HEI เพื่อเสริมประสิทธิภาพด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานประเภท 2 จากครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในงานวิจัยของเจเน็ต ดับบลิวเฮช ซิส และคณะ (J. W. Sit et al., 2016) ที่ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ HEI เพื่อจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยของราเมศ เทวี ธากูร และคณะ (Ramesh Devi Thakur et al., 2020) ได้ศึกษา

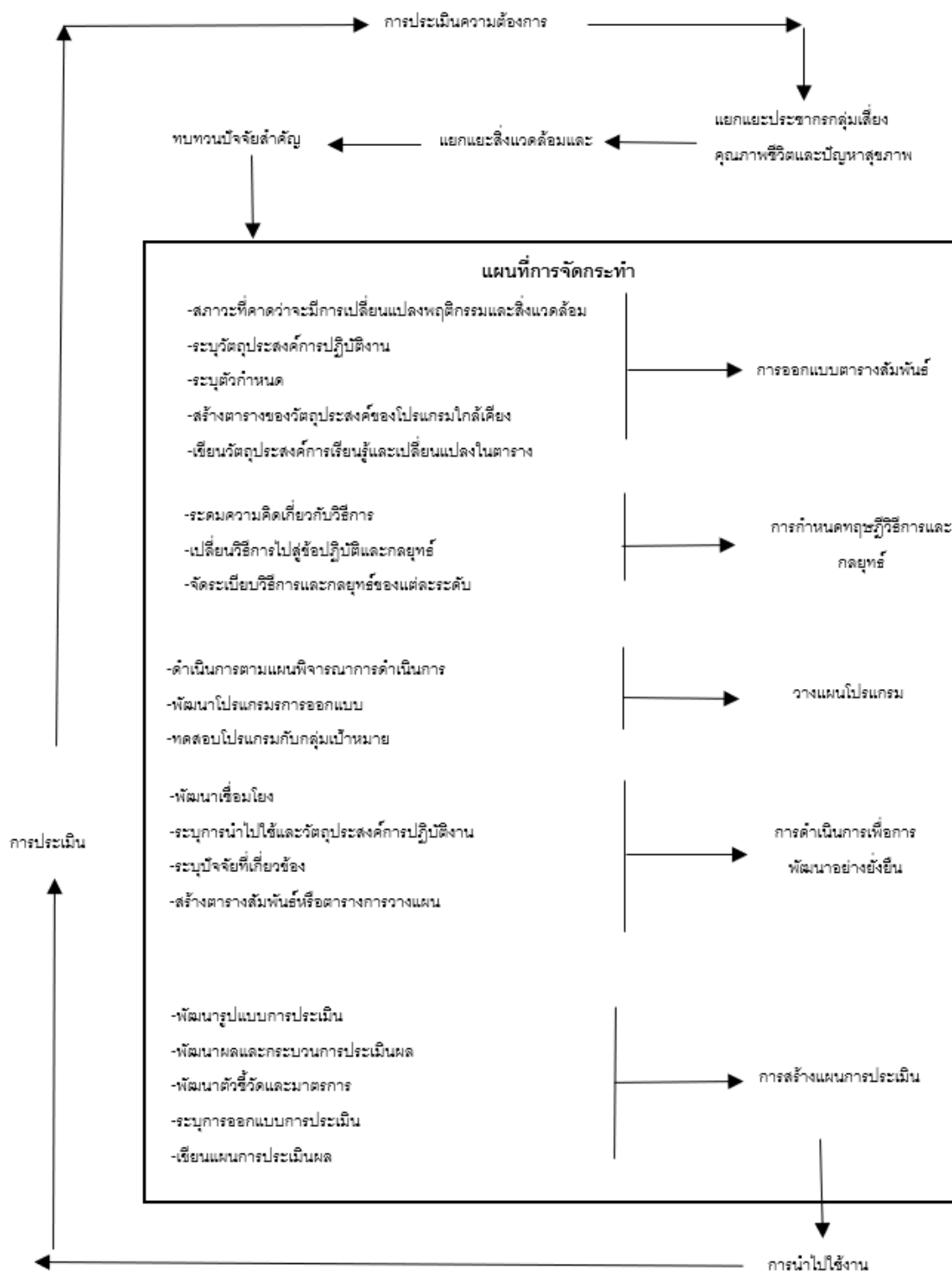
ในกลุ่มผู้สูงวัยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแบบจัดกระทำ ผู้เข้าร่วมแสดงให้เห็นถึงการเติบโตส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทยมีการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของเซอร์เรอร์มาใช้อย่างค่อนข้างจำกัด เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่ในบริบทไทย การนำทฤษฎีนี้ไปใช้ในต่างประเทศมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง พบว่าในการนำไปใช้ในบริบทต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของกมล อาจดี(กมล อาจดี, 2563) เป็นหนึ่งในงานวิจัยที่นำทฤษฎีนี้มาใช้ในประเทศไทย โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนของนักศึกษาสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไปใช้เพื่อศึกษาบริบทแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพของผู้หญิงที่เสพยาเสพติด โดยร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เพื่อออกแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพในกลุ่มนี้

3.2 แนวคิดแผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM)

3.2.1 ความหมายและความสำคัญของแผนการจัดกระทำทางสุขภาพ

แผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM) เป็นกระบวนการที่ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้นักวิจัยสามารถวางแผนโปรแกรมได้อย่างสมดุระหว่างการพัฒนา การใช้ใช้ และติดตามประเมินผล โดยแผนการจัดกระทำทางสุขภาพนี้มีขั้นตอนที่เป็นระบบในการพัฒนาโปรแกรม โดยเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี หลังจากการวางแผนเสร็จสิ้นแล้วจะได้แม่แบบในการดำเนินการ (Blueprint) ซึ่งพัฒนาโดย Bartholomew และคณะ (L. K. Bartholomew, Parcel, & Kok, 1998) โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่ต้องดำเนินการอย่างมีระเบียบ ดังเช่นภาพประกอบด้านล่าง



ภาพประกอบ 3 แผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM) ของ Bartholomew

ต่อมา Bartholomew และคณะได้พัฒนาแผนการจัดกระทำทางสุขภาพใหม่ โดยเพิ่มขั้นตอนเป็น 6 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกได้เพิ่มเติมการประเมินความต้องการ ในขณะที่เนื้อหาหลักยังคงคล้ายคลึงกับการพัฒนาในครั้งแรก ซึ่งยังคงเน้นการใช้กระบวนการที่เป็นระบบในการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Bartholomew, 2016) โดยสรุปแล้วสามารถแบ่งการดำเนินการเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการ (Need assessment) ในขั้นตอนนี้เป็นครั้งแรกเริ่มโดยจะประเมินความต้องการ รวมถึงวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนที่จะนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบตารางสัมพันธ์ (Matrices of change objective) ขั้นตอนนี้จะเป็นการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ รวมถึงการคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และสร้างตารางสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์กับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ต้องการให้เกิด

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดทฤษฎีวิจัยวิธีการและกลยุทธ์ (Theory-based methods and practical strategies) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะกำหนดทฤษฎี วิธีการวิจัย และกลยุทธ์ที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาโปรแกรม (Program development) โดยผู้วิจัยจะกำหนดขอบเขตของการวิจัย โดยการร่างโปรแกรมที่กำหนดของเขตของเนื้อหาที่ต้องการจะทำ รูปแบบวิธีการของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Adoption and implementation) ขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนจากขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 4 เพื่อยืนยันสิ่งที่ได้วางแผน เพื่อให้ได้แม่แบบของโปรแกรมที่พร้อมจะดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) โดยเป็นการออกแบบการประเมินผลโปรแกรมที่ได้สร้างขึ้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นแผนการจัดกระทำทางสุขภาพทั้ง 6 ขั้นตอนเป็นกรอบแนวทางในการวางแผนและประเมินผลโปรแกรมทางสุขภาพ โดยเน้นการตัดสินใจตามแนวคิดทฤษฎีร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสร้างโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการนำโปรแกรมไปใช้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับแม่แบบการดำเนินการเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือกลุ่มเป้าหมายด้วย

3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดแผนการ จัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM) ได้รับการประยุกต์ใช้ในงานด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของเรนาเออร์และคณะ (Reinaerts, De Nooijer, & De Vries, 2008) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาสองแห่งในเนเธอร์แลนด์ พบว่าโปรแกรมที่ใช้แผนการ จัดกระทำทางสุขภาพมีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละโรงเรียน ในขณะที่งานวิจัยของเฟอร์เนเดซ และคณะ (Fernandez, Ruiter, Markham, & Kok, 2019) ที่ใช้แผนการ จัดกระทำในโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงชาวสเปน พบว่าผู้หญิงในกลุ่มที่ใช้แผนการ จัดกระทำทางสุขภาพมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในการตรวจมะเร็งทั้งสองชนิด นอกจากนี้เวอร์เบสเทลและคณะ (Verbestel et al., 2011) ได้นำแผนการ จัดกระทำทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในโครงการป้องกันโรคอ้วนในเด็กในยุโรป งานวิจัยของวูดและคณะ (Voogt, Poelen, Kleinjan, Lemmers, & Engels, 2013) ได้นำแผนการ จัดกระทำไปใช้เพื่อลดการดื่มหนักในนักศึกษาในเนเธอร์แลนด์ โดยพบว่าแผนการ จัดกระทำสามารถเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาโปรแกรมแทรกแซงเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพเฉพาะกลุ่ม

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามี การนำแผนการ จัดกระทำทางสุขภาพไปใช้ในงานวิจัยด้านสุขภาพและสาธารณสุขอย่างแพร่หลาย เช่น งานของจักรกฤษณ์ พลราชม (2562) ที่ศึกษาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี โดยใช้แผนการ จัดกระทำทางสุขภาพในการพัฒนารูปแบบโปรแกรม และเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงงานของพรพร โนนจ้อย (2564) ที่นำแผนการ จัดกระทำมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อในประชาชน อีกทั้งงานวิจัยของศิรินาถและคณะ (2561) ที่ใช้แผนการ จัดกระทำในการพัฒนาวิธีการกำหนดนโยบายสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทสังคม (จักรกฤษณ์ พลราชม, 2562; พรพร โนนจ้อย, 2564; ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ., 2561) การวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แผนการ จัดกระทำทางสุขภาพเป็นฐานในการออกแบบโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสพยาเสพติดในผู้หญิงที่รับบริการในสถานบริการของรัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสตรีนิยม

การศึกษาผู้หญิงในอดีตเคยใช้ยาเสพติดนั้น ผู้วิจัยได้สนใจที่จะนำทฤษฎีสตรีนิยมเข้ามาใช้ โดยมีผู้หญิงที่อดีตใช้ยาเสพติดเป็นจุดศูนย์กลาง ให้ความสนใจในเพศสภาพของผู้หญิง บทบาทหน้าที่และปัญหาของผู้หญิงที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด “สตรีนิยม” จึงเป็นอุดมการณ์ ความเชื่อ ที่เชื่อว่าผู้หญิงถูกกดขี่อย่างเป็นระบบ (Systematically oppressed) พร้อมกับเชื่อว่าเพศ

ภาวะ (Gender) ไม่ใช่สิ่งที่ถูกกำหนดไว้ในความแตกต่างตามธรรมชาติระหว่างเพศต่าง ๆ (Sexes) และปฏิเสธความเชื่อที่ว่า เพศและการกดขี่ระหว่างเพศจะเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ดังนั้น สตรีนิยมจึงมีความมุ่งมั่นเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมที่มีการกดขี่ผู้หญิงทั้งในฐานะที่เป็นเพศ และ เพศภาวะ การกดขี่ชุดีรดับฐานของเพศ/เพศภาวะ และบนฐานของการจัดประเภทผู้คนบนฐานอื่น ๆ เช่น ชนชั้น เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ อายุ หรือลักษณะทางกายภาพ เป็นต้น ทฤษฎีสตรีนิยมให้ความสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิง โดยพิจารณาสภาพทางจิตวิสัย (Subjective) ร่วมด้วย งานของแจ็กเกอร์(Jaggar, 1993) ได้เสนอว่า ควรนำอารมณ์มาพิจารณาร่วมด้วย การได้มาซึ่งความรู้หรือประสบการณ์ของผู้หญิงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับอารมณ์ อารมณ์ไม่ใช่เรื่องของผู้หญิง แต่อารมณ์เป็นสิ่งที่ถูกสร้างโดยสังคมทำให้เกิดความรู้สึกนั้น ๆ อารมณ์ถูกทำให้เป็นเรื่องที่ไม่ดีเป็นข้อด้วยของผู้หญิง ในผู้ชายเสพติดบางคนก็ต้องพิจารณาในเรื่องของอารมณ์ด้วย ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ได้รับ บทบาททางเพศที่แสดงออก รวมถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นจริง

หากพูดถึงทฤษฎีสตรีนิยม (Feminism) ทฤษฎีนี้เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมานาน เริ่มต้นจาก ประสบการณ์ของการถูกกดขี่ของผู้หญิง (Women's experience of oppression) การถูกกดให้ด้อยกว่า/ต่ำกว่า (Subordination) ของผู้หญิงคำว่าประสบการณ์ในที่นี้จึงหมายถึง สิ่งที่ได้พบเห็นมาหรือถูกกระทำมา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ในทัศนะของผู้หญิงคนนั้น เช่น ถูกข่มขืน ถูกหลอกลามทางเพศ ถูกทำร้ายทุบตี ถูกเลือกปฏิบัติ ถูกปิดกั้นกีดกัน เป็นต้น แม้ว่าประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้หญิงเจ็บปวดทั้งกายใจ อารมณ์ความรู้สึกแต่ผู้หญิงก็สามารถนำเอาประสบการณ์เหล่านี้มาแปรเปลี่ยนเป็นความรู้ เนื่องจากคนในสังคมของผู้หญิงเป็นไปในเชิงกดขี่ข่มเหง (Kramarae, 1992) แนวคิดสตรีนิยมจะต่อต้านการข่มเหงรังแกผู้หญิงโดยส่วนใหญ่ผู้ชายเป็นผู้กระทำต่อผู้หญิง และมีความเชื่อว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องที่สังคมและวัฒนธรรมเป็นผู้สร้างขึ้น สอดคล้องกับความคิดที่ว่า ผู้หญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ แนวคิดเรื่องสตรีในสมัยนั้นมีความรู้สึกและทัศนคติที่ต้องการจะต่อต้านความมีอคติและแนวคิดที่มีลักษณะเชิงลบต่อผู้หญิงในยุคนั้น สตรีนิยมมีจุดมุ่งหมายในการปลดปล่อยผู้หญิงทั้งหมดที่เป็นผู้ถูกกระทำ ไม่ว่าจะเป็น เด็กหญิง ผู้หญิงสีผิว กรรมกรหญิง ผู้หญิงยากจน ผู้หญิงทุพพลภาพ ผู้หญิงรักผู้หญิง ผู้หญิงสูงอายุ เป็นต้น(Ferreira Da Silva, 2014) จอห์นสตัน (Johnston, 1973) ได้กล่าวว่า สตรีนิยม หมายถึง การเคลื่อนไหวเพื่อจัดระบบโลกใหม่ให้อยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคระหว่างเพศ เป็นการเคลื่อนไหวที่ปฏิเสธความแตกต่างของเพศ กำจัดอภิสิทธิ์ทางเพศ และปัญหาที่เกิดจากเพศชายกระทำต่อเพศหญิง เพื่อให้มีการยอมรับความเสมอภาคระหว่างเพศหญิงและชายให้เป็นพื้นฐานของกฎหมายและจารีตประเพณี

(Billington-Greig, 1900) นอกจากนี้สตรีนิยมยังเป็นการเคลื่อนไหว เพื่อสร้างสังคมให้ผู้หญิงมีบทบาท สามารถใช้ชีวิตของตนเองได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ นักสตรีนิยมสนใจเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงนอกเหนือจากเรื่องความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน (Scarlet, 2019) ปัจจุบันพบว่า นักสตรีนิยมสนใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ในสังคมที่เกิดขึ้น เช่น ความรับผิดชอบของผู้หญิงต่อการรักษาสังคมโลกและสภาพแวดล้อม การรักษาความสมดุลของสิ่งมีชีวิตเพื่อส่งต่อไปให้แก่เยาวชนรุ่นหลังต่อไป

3.3.1 อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy)

แนวคิดทฤษฎีสตรีนิยม ได้อธิบายถึง ความไม่เท่าเทียมทางเพศเกิดจากอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) โดยที่ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิงและสามารถควบคุมผู้หญิงให้อยู่ภายใต้ความต้องการของผู้ชาย การที่ผู้ชายมีอำนาจเหนือกว่าผู้หญิงมีมาแต่ครั้งอดีตจนถึงปัจจุบัน เจฟฟรี (Jeffreys) ผู้เขียนหนังสือเรื่อง Kate Millet's Sexual Politics (Jeffreys, 2011) ได้อ้างอิงถึง เคต มิลเลต (Kate Millet) นักสตรีนิยม กล่าวถึงระบบชายเป็นใหญ่ว่าเป็นโครงสร้างที่ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิงและสามารถควบคุมผู้หญิงให้ทำตามความต้องการของตน การยอมรับความเหลื่อมล้ำทางอำนาจในความสัมพันธ์ทางเพศเกิดจากระบบการขูดเกลากว้างขวางของทั้งสองเพศ ซึ่งนำไปสู่การเมืองแบบชายเป็นใหญ่ในด้านบุคลิกลักษณะ บทบาท และสถานภาพ กลุ่มผู้ชายในสังคมกำหนดคุณค่าและบทบาทของเพศหญิงตามค่านิยมและความต้องการของตน ทั้งในด้านเศรษฐกิจและอาชีพ ผู้หญิงได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าแม้ว่าจะได้รับการศึกษาเท่าเทียมกับผู้ชายก็ตาม สังคมไทยยอมรับและสืบทอดอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่นกลายเป็นเรื่องธรรมชาติ โดยผู้ชายมีบทบาทผู้นำในการตัดสินใจสำคัญ ขณะที่ผู้หญิงสนับสนุนแต่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้ การถ่ายทอดค่านิยมนี้ทำให้ผู้หญิงยอมรับบทบาทตามที่กำหนดโดยไม่มีข้อโต้แย้ง อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่จึงหมายถึงระบบโครงสร้างทางสังคมที่ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิงในทุกมิติ ตั้งแต่เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา และวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการกดขี่และเอารัดเอาเปรียบผู้หญิง (Daly, 1990) อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่กำหนดบทบาททางเพศโดยอิงจากความแตกต่างทางร่างกายของผู้ชายและผู้หญิง ซึ่งถูกตีความว่าเพศชายมีความแข็งแรงและความสามารถเชิงเหตุผลเหนือกว่าเพศหญิง การเปรียบเทียบนี้นำไปสู่การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละเพศ โดยใช้มาตรฐานของเพศชายเป็นเกณฑ์ ขณะที่ร่างกายของผู้หญิงมักถูกมองว่าอ่อนแอกว่า ซึ่งการอ้างอิงถึงลักษณะทางชีววิทยานี้สร้างข้อจำกัดและการกดขี่ทางกายต่อผู้หญิง เช่น การตีความเรื่องประจำเดือนของผู้หญิงว่าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการด้วยอำนาจความรู้ทางการแพทย์และสังคมที่กำหนดให้ผู้หญิงต้องอยู่ภายใต้กรอบความแตกต่างทางเพศ (McNay,

1992) ด้วยความแตกต่างทางด้านสรีระร่างกาย ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อผู้หญิง ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยความรุนแรงที่เกิดขึ้นมักเกิดในครอบครัว (Domestic/Family Violence) เช่น การถูกทำร้ายจากคู่สมรส การถูกทำร้ายจากพ่อแม่ โดยผู้หญิงตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง (Sen & Seenprachawong, 2018)

ภายใต้สังคมชายเป็นใหญ่ ผู้หญิงถูกกดขี่และข่มเหง ส่งผลให้เกิดโครงสร้างอำนาจที่ไม่สมดุล โดยมีการแบ่งแยกพื้นที่ระหว่างครัวเรือน (Private Sphere) และพื้นที่สาธารณะ (Public Sphere) ผู้หญิงถูกจำกัดในการตัดสินใจภายในบ้าน ขณะที่ผู้ชายมีอำนาจในขอบเขตที่กว้างกว่า การทำงานบ้านไม่ได้รับการยอมรับในแง่ของการสร้างรายได้ ขณะที่การทำงานนอกบ้านกลับมีค่าตอบแทนที่สูงกว่า (Phillips, 1998) ผู้หญิงถูกปลูกฝังให้ทำงานภายในบ้านและสนับสนุนสามีในการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานซึ่งเป็นพื้นที่สาธารณะ ผลลัพธ์จากการฝังแนวคิดนี้ทำให้ผู้หญิงเชื่อว่างานที่ตนทำนั้นมีคุณค่าน้อยกว่างานของผู้ชาย อคติทางเพศเหล่านี้ถูกสร้างขึ้นและยอมรับโดยผู้หญิงเอง เนื่องจากเชื่อว่าเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา ไบรสัน (Bryson, 2004) ได้อ้างถึง ไฮดี ฮาร์ตมัน (Heidi Hartmann) ในบทความเรื่อง Marxism and feminism: can the 'unhappy marriage' be save? ฮาร์ตมันเสนอว่า การแบ่งแยกงานตามเพศ (Job segregation) ทำให้ผู้หญิงถูกเอาเปรียบในตลาดแรงงาน ซึ่งเกิดจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยมในสังคมทุนนิยม แรงงานผู้หญิงถูกควบคุมโดยระบบชายเป็นใหญ่ผ่านการแบ่งแยกงานตามเพศ อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่กำหนดบทบาทของผู้หญิงให้อยู่จำกัดในงานบ้านและการดูแลลูก ทำให้ผู้หญิงถูกมองว่าเป็น “คนต่างด้าว” หรือคนนอกในฐานะคนงาน ฮาร์ตมันจึงเห็นว่าการแบ่งแยกงานตามเพศเป็นกลไกพื้นฐานในสังคมทุนนิยมที่รักษาความเหนือกว่าของผู้ชาย โดยเฉพาะการที่ผู้หญิงได้รับค่าจ้างแรงงานต่ำ ทำให้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และต้องพึ่งพาผู้ชาย ซึ่งผลักดันให้ผู้หญิงแต่งงานและทำงานบ้าน ส่งผลให้สถานะของผู้หญิงในตลาดแรงงานด้อยลงในขณะที่ผู้ชายได้รับผลประโยชน์จากระบบนี้ เช่น ค่าจ้างที่สูงขึ้นและมีผู้ดูแลบ้าน เมื่อผู้หญิงรักษาครอบครัวให้สมบูรณ์ มักต้องสมยอมในสิ่งที่ไม่เห็นด้วย ทำให้บทบาทของผู้หญิงถูกจำกัดและกลายเป็นอัตบุคคลที่ต้องสยบยอมต่ออำนาจในสังคมชายเป็นใหญ่

ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วจะสร้างตัวตนตามบทบาทภรรยาที่ดี สังคมชายเป็นใหญ่ได้กำหนดให้การแต่งงานเป็นประเพณีที่ต้องปฏิบัติ เช่น การจดทะเบียนสมรสและการเปลี่ยนนามสกุลตามสามี โดยภาระหน้าที่ของภรรยารวมถึงการให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตร การดูแลสมาชิกในบ้าน และการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ภายใต้กรอบอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ผู้หญิง

ถูกผูกติดกับคุณค่าของการเป็นภรรยา ทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนด โดยเฉพาะบทบาทของการเป็นแม่ ซึ่งติดตัวผู้หญิงมาตั้งแต่การคลอดบุตร และทำให้ผู้หญิงถูกครอบงำในการปฏิบัติตามบทบาทนี้ Woodward ได้กล่าวว่า “ผู้หญิงเกิดมาเพื่อสิ่งนี้ (Of woman born)” นั่นคือการเกิดมาเพื่อเป็นแม่ (Woodward & Open, 2004) แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นแม่ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่มีรากฐานจากลักษณะทางชีววิทยาของผู้หญิงที่ถือว่าเหมาะสมกับการเป็นแม่ ประกอบกับกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่กำหนดให้ผู้หญิงต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่สังคมคาดหวัง ในการเป็นแม่ที่ดี ผู้หญิงต้องไม่กระทำผิด ไม่ทำให้ลูกผิดหวังหรือเสียใจ และต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทและหน้าที่ที่สังคมกำหนดให้ผู้หญิงต้องยึดถือเพื่อรักษาภาพลักษณ์ของความเป็นแม่ที่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ฝังลึกมาจากลักษณะทางชีววิทยาของผู้หญิงที่เหมาะสมกับการเป็นแม่ โคโดรอฟ (Chodorow, 2002) ได้อ้างถึงแนนซี โซโดรอฟ เป็นนักสตรีนิยมสายจิตวิเคราะห์ โดยมีงานที่สำคัญของเธอ คือ *The Reproduction of Mothering* ซึ่งได้กล่าวถึงความเป็นแม่ ไว้ว่า การเป็นแม่ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของธรรมชาติ แต่เป็นความสามารถที่ถูกพัฒนาและสร้างขึ้นจากการทำงานทางอารมณ์ของผู้หญิง ซึ่งกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพความเป็นหญิง นอกจากนี้ บทบาทของลูกสาวในสังคมยังได้รับการกำหนดให้มีหน้าที่เคารพและเชื่อฟังพ่อแม่ ช่วยงานบ้านซึ่งถือเป็นหน้าที่ของผู้หญิง โดยที่ลูกชายไม่ถูกคาดหวังให้ทำเช่นเดียวกัน การดูแลพ่อแม่ในยามชราเป็นอีกหน้าที่ของลูกสาวที่สะท้อนถึงความกตัญญูกตเวทียอย่างไรก็ตาม การทำงานนอกบ้านของผู้หญิงในปัจจุบันยังคงถูกจำกัดภายใต้โครงสร้างสังคมที่ชายเป็นใหญ่ ส่งผลให้ผู้ชายได้รับค่าตอบแทนและตำแหน่งที่สูงกว่าผู้หญิง ซึ่งสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในบทบาทและสถานะทางเศรษฐกิจ พินโต้ (Pinto, 2014) ได้กล่าวอ้างถึง ไอริส ยังค์ (Iris Young) นักสตรีนิยมสายสังคมนิยม ที่ได้กล่าวถึงเรื่องการแบ่งงานกันทำตามความเป็นเพศ (Gender division of labor) เธอกล่าวถึงระบบทุนนิยม ว่า “ทุนนิยมเป็น เคยเป็น และจะเป็นระบบชายเป็นใหญ่โดยแก่นแท้และพื้นฐานอยู่เสมอ” ระบบทุนนิยมมีรากฐานจากความเหลื่อมล้ำทางเพศ โดยนิยามให้ผู้ชายเป็นแรงงานหลักและผู้หญิงเป็นแรงงานรอง ในสังคมก่อนทุนนิยม ผู้หญิงและผู้ชายในฐานะสามีภรรยาเป็นหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจ แต่เมื่อระบบทุนนิยมเกิดขึ้น งานภายในบ้านและงานนอกบ้านถูกแยกออกจากกัน ผู้ชายกลายเป็นแรงงานหลัก ขณะที่ผู้หญิงถูกผลักไปสู่กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า ได้รับค่าจ้างที่ต่ำและมีสถานะเป็นแรงงานชั้นสอง การแบ่งงานตามเพศสะท้อนถึงความเป็นรองของผู้หญิงในโครงสร้างสังคมที่ชายเป็นใหญ่ โดยผู้ชายสามารถเข้าถึงทรัพยากรและตำแหน่งสูงในสถาบันต่าง ๆ ขณะที่ผู้หญิงไม่สามารถทำได้ เนื่องจากลักษณะงานของผู้หญิงมักเป็นงานบริการที่ไม่มีทักษะเฉพาะ ทำให้การทำงานของหญิง

สะท้อนถึงปัญหาความไม่เท่าเทียมในสังคม โดยผู้หญิงถูกเอาเปรียบจากนายทุนและได้รับค่าจ้างต่ำกว่าผู้ชาย แม้งานที่ผู้หญิงทำจะคล้ายคลึงกับงานในบ้าน เช่น งานเลขานุการ พยาบาล หรือครูโรงเรียนอนุบาล โดยมักมีผู้ชายเป็นผู้นำและได้รับการเลื่อนตำแหน่งมากกว่าผู้หญิง

3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ที่ฝังรากลึกในสังคมมีผลต่อความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ส่งผลให้ผู้หญิงตกอยู่ในสถานะของการถูกกระทำและถูกจำกัดสิทธิในหลายมิติ บางรายอาจหันไปพึ่งพาการใช้ยาเสพติดเพื่อหลีกหนีจากความทุกข์หรือถูกบังคับให้เสพยาโดยคู่ครอง ภายใต้การข่มขู่และการแสดงอำนาจเหนือของฝ่ายชาย ผู้ชายมักมองผู้หญิงเป็นสมบัติของตนและใช้ความรุนแรงในการควบคุม เช่น การบังคับเสพยาและทำร้ายร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงบางคนยอมทนเพื่อความอยู่รอดหรือเพื่อลูก ข้อมูลจากมูลนิธิหญิงชายก้าวไกลเผยว่า ความรุนแรงในคูรักรักมักเกิดจากฝ่ายชาย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 54.55 ในปี 2557 เป็น 65.2 ในปี 2559 โดยสาเหตุหลักคือความหึงหวง ซึ่งสะท้อนทัศนคติที่ปลูกฝังว่าเมื่อผู้หญิงและผู้ชายมีความสัมพันธ์ทางเพศแล้ว ผู้หญิงควรยอมรับการควบคุมจากฝ่ายชาย (กรมสุขภาพจิต, 2561) ระบบครอบครัว ทำให้ผู้หญิงต้องอดทนต่อความยากลำบากต่าง ๆ ในบางครอบครัวที่สามีหรือแฟนเป็นผู้แนะนำหรือชักชวนให้เข้าร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จะทำให้เกิดกระบวนการร่วมเสพยาหรือร่วมค้าภายในครอบครัว งานวิจัยของจิราพรเกี่ยวกับความรุนแรงในผู้หญิงที่ถูกคุมขังในคดีจำหน่ายยาเสพติดพบว่า พฤติกรรมการเสพยาของผู้หญิงส่วนใหญ่มาจากการชักจูงของสามีให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด (จิราพร ชูศักดิ์, 2561) การให้ความสำคัญกับผู้ชายในสังคมทำให้เกิดอภิสถิติทางสังคมและความเชื่อที่ว่า ผู้หญิงไม่จำเป็นต้องได้รับการศึกษาสูง เพราะต้องทำหน้าที่ในครอบครัว หลังจากแต่งงาน ส่งผลให้ผู้หญิงบางกลุ่มไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งปัญหานี้ทำให้ผู้หญิงต้องดิ้นรนทำงานหารายได้ เช่น การเป็นลูกจ้างหรือแรงงาน และในบางกรณีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้หญิงอาจหันไปใช้ยาเสพติด การที่ผู้ชายมีอิทธิพลทางเศรษฐกิจเหนือผู้หญิงจึงทำให้มีการชักชวนให้ผู้หญิงเข้าร่วมในขบวนการค้ายาเสพติด ซึ่งได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี และเฮโรอีน โดยเริ่มจากการมอบเงินให้แก่ผู้หญิงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางการเงิน ซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงรู้สึกถึงความจำเป็นบุญคุณ และมองว่าการ “เดินยา” เป็นเรื่องปกติในสังคมปัจจุบัน ที่ผู้หญิงยอมเสี่ยงเพราะเงินที่ได้มีมูลค่าสูงเพียงพอ ดังที่พบในงานวิจัยเรื่องวาทกรรมยาเสพติด: อิศรภาพของผู้ถูกคุมขังหญิง (ฉัตรวรัญ อดคล้อง et al., 2559) ระบบเศรษฐกิจที่อยู่ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ส่งผลให้ผู้หญิงตกอยู่ในสถานะด้อยกว่า ผู้หญิงถูกบังคับให้ยอมรับบทบาทที่ถูกกำหนดโดยสังคมชายเป็นใหญ่ และได้ค่อยๆ หล่อหลอมสร้างผู้หญิงให้เป็นวัตถุ (Objectification) โดยผู้หญิง

กลายเป็นสิ่งที่ผู้ชายต้องการควบคุม ทั้งในด้านรูปร่างหน้าตาและการทำงานที่ใช้เรื้อนร่าง เช่น การโฆษณาหรือบริการ ซึ่งสะท้อนถึงการยึดโยงภาพลักษณ์ความงามตามที่สังคมชายเป็นใหญ่กำหนด ผู้หญิงจึงต้องพยายามรักษารูปร่างที่สอดคล้องกับมาตรฐานความเป็นหญิงที่ผู้ชายต้องการ โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น การอดอาหารหรือออกกำลังกาย และในบางกรณีการใช้ยาเสพติดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์รวดเร็ว การแพร่กระจายมาตรฐานเหล่านี้ผ่านสถาบันต่าง ๆ เช่น สื่อมวลชน สถาบันการแพทย์ และภาพยนตร์ ส่งผลให้ผู้หญิงกลายเป็นเหยื่อของอุดมการณ์ดังกล่าวและเกิดปัญหาการติดยาเสพติดตามมา

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด พบว่าในสังคมที่อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ผู้ชายถูกสร้างให้มีอำนาจเหนือผู้หญิงโดยธรรมชาติ ทั้งในเชิงสังคมและเศรษฐกิจ ผู้หญิงถูกมองว่าเป็นเพศที่ด้อยกว่า ทำให้ผู้หญิงยอมทนต่อความรุนแรงและการข่มขู่จากผู้ชายในครอบครัว โดยอ้างเหตุผลในการอดทนเพื่อครอบครัว การดิ้นรนหาเลี้ยงชีพทำให้ผู้หญิงบางคนหันไปพึ่งยาเสพติดเป็นทางหนีจากปัญหาทางสังคมและในครอบครัว ทั้งในกรณีที่สมัครใจหรือถูกบังคับให้ใช้ยา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดจนติดยา ซึ่งทำให้ผู้หญิงตกเป็นทาสของยาเสพติดในที่สุด ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่และการใช้ยาเสพติดในผู้หญิง รวมถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของผู้หญิง

4. วิธีการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods)

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯของสตรีไทยที่มารับบริการในสถานบริการของรัฐ ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจถึงเงื่อนไขของสตรีที่ใช้ยาเสพติดต่อพฤติกรรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ว่ามีมุมมอง ความแตกต่างในการจัดการตนเองอย่างไรในเรื่องสุขภาพ เพื่อนำไปสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) เพื่อนำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

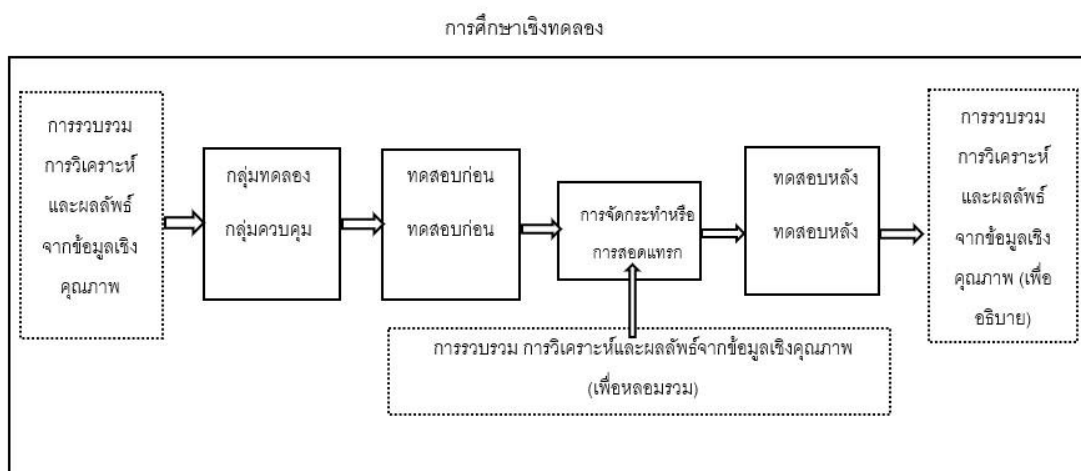
4.1 ความหมายและความสำคัญ

“การวิจัยผสมผสานวิธี” หรือ “Mixed methods research” ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายแล้วพบว่าส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกัน โดยเครสเวลล์ (Creswell & Tashakkori, 2007) ได้กล่าวว่า การวิจัยแบบผสมผสานวิธีเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลโดยผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพเข้าด้วยกันในการศึกษาเรื่องเดียวกันซึ่งเหมาะกับทั้งงานวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ซึ่งจะทำให้เข้าใจถึงปัญหาของการวิจัยมากกว่าการใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีโคริและเทดดี (Tashakkori & Teddlie, 2010) ที่มองว่าการวิจัยแบบผสมผสานวิธีนั้นมีการกำหนดวิธีการวิจัย การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปซึ่งใช้

วิธีการเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันเช่นเดียวกับฮันสัน(Hanson, Creswell, Clark, Petska, & Creswell, 2005) ดังนั้น การวิจัยแบบผสมวิธี หมายถึง การวิจัยที่นำเทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ(ประสบการณ์ เรื่องราวของบุคคล)และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ(ข้อมูลเชิงสถิติต่าง ๆ) ผสมผสานเข้าด้วยกัน เพื่อทำความเข้าใจปัญหาการวิจัยได้อย่างครบถ้วนมากขึ้น

คุณลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมวิธีตามที่เครสเวลล์ (2014) กล่าวถึงประกอบด้วย 1) การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพให้สอดคล้องกับคำถามวิจัย 2) การใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการตอบคำถามการวิจัย 3) การรวมข้อมูลทั้งสองประเภทเข้าด้วยกันตามการออกแบบวิจัยแต่ละประเภท และ 4) การศึกษาภายใต้กรอบของปรัชญาหรือทฤษฎีที่เหมาะสม ซึ่งสรุปได้ว่า การวิจัยแบบผสมวิธีเหมาะสมสำหรับการตอบปัญหาที่วิธีเดียวไม่สามารถตอบได้ครอบคลุม โดยการผสมผสานจุดแข็งของทั้งวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ได้ความรู้ที่ลึกซึ้งและกว้างขวาง โดยวิธีเชิงคุณภาพให้รายละเอียดลึกในกรณีเฉพาะ ขณะที่วิธีเชิงปริมาณให้ภาพรวมที่กว้าง ทำให้นักวิจัยสามารถใช้วิธีการหลากหลายเพื่อตอบคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยได้ตรงประเด็น ทั้งยังสอดคล้องกับศาสตร์ทางสังคมที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งต้องการมุมมองหลายด้านมากกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว

งานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิจัยผสมวิธี (Intervention Design) ซึ่งเป็นแบบแผนที่ใช้ศึกษาปัญหาการวิจัยด้วยการศึกษาเชิงทดลองและการศึกษาหาข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาจเกิดขึ้นช่วงก่อนการทดลอง มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 4 แบบแผนการวิจัยผสมวิธีแบบสอดแทรก (ปรับปรุงจาก Creswell,2013)

ผู้วิจัยมีความตั้งใจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาแหล่งทรัพยากรบุคคลและสังคมที่ส่งผลให้สตรีไทยที่เคยใช้สารเสพติดสามารถลดหรือเลิกการใช้อย่างเสพติดได้ โดยการใช้เทคนิคสัมภาษณ์เชิงลึกจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในประเด็นส่วนบุคคลของสตรี และทำให้สามารถร้อยเรียงเป็นเรื่องราวเฉพาะเจาะจงมากขึ้น จากนั้นนำประเด็นที่ได้มาศึกษาต่อในมิติที่กว้างขึ้นโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ผ่านการทดลองและการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสำหรับสตรีที่เคยใช้ยา ซึ่งจะทำได้คำตอบที่หลากหลายและตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการผานวิธี

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าได้มีการนำการวิจัยผานวิธีไปศึกษา หาข้อค้นพบในงานวิจัยหลายๆเรื่อง ในงานวิจัยประเทศไทย พบว่ามีหลายๆงานวิจัยที่ใช้วิธีการผานวิธี เช่นงานวิจัยของนาริรมย์(นาริรมย์ รัตนสัมฤทธิ์ & เรณูมาศ มาอุ่น, 2562) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สู้งาย โดยนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพมาพัฒนาเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ งานวิจัยของปรีชญาณ์(ปรีชญาณ์ นักพ็อน, 2561) ที่ศึกษาการเข้ารับบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้เข้าแบบฉีด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ งานวิจัยของณัฏรการณ(ณัฏรการณ ชยุตสาหกิจ, 2557) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อสุขภาวะทางจิตของเยาวชนผู้กระทำผิดยาเสพติด งานวิจัยของพรศรี(พรศรี บุญสายบัว, 2563) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธ และงานวิจัยของนันท์ชัตสัณห์ (นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ, 2559) ศึกษากระบวนการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ เกสตัลท์ และสตรีนิยม เพื่อการสร้างพลังสุขภาพจิต เป็นต้น งานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้สนใจที่จะใช้วิธีการวิจัยผานวิธี แบบสอดแทรก (Intervention design) ของเครสเวลล์ (2013) โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยโดยการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วจึงนำผลของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ ไปออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบของการวิจัยแบบการทดลองเป็นหลัก เพื่อศึกษาถึงผลของการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมรวมถึงพฤติกรรมของสตรีที่เสพยาเสพติด

5. นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่พัฒนาและสร้างกลยุทธ์ของกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังสุขภาพ (Health empowerment) ของShearer (2009) โดยประกอบด้วยทรัพยากรด้านบุคคล และทรัพยากรด้านสังคม มาออกแบบเพื่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ

ประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being) ของ Ryff (1995) ประกอบด้วย 1) การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพเชิงบวก (Positive relations with others) 3) การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 4) การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) 5) การมีจุดหมายในชีวิต (Purpose in life) และ 6) ความงอกงามในตนเอง (Personal growth) มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม นำแนวคิดทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist theory) ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) มาใช้ในการทำความเข้าใจความต้องการและความเป็นสตรี และแนวคิดผังการจัดกระทำ (Intervention Mapping) มาใช้กำหนดขั้นตอนการจัดกิจกรรมให้ครบทุกขั้นตอนพร้อมทั้งมีการประเมินผลกระทบทางจิตสังคมและพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน สำหรับสตรีผู้เข้าเสพติด

สุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being) หมายถึง ความรู้สึกของสตรีที่แสดงออกถึงความพึงพอใจในชีวิต โดยเกิดจากการเป็นตัวของตัวเอง ความสงบสุขทางใจ การปรับตัวแก้ปัญหาในชีวิต รวมถึงมีการพัฒนาตนเอง ในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยได้อ้างอิง “สุขภาวะทางจิต” ของร็พฟ์ ซึ่งเป็นการวัดเชิงอัตวิสัย และวัดองค์ประกอบหลายๆด้าน โดยมาตรวัดสุขภาวะทางจิต (Scales of Psychological Well-being : PWB) จะประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ วัดจาก 6 ด้าน ตามแนวคิดของร็พฟ์ ได้แก่

1) การยอมรับในตนเอง หมายถึง การรู้จักและยอมรับตัวเองได้ทั้งในด้านดี และด้านร้าย รวมถึงมีความรู้สึกในทางบวกต่อชีวิตที่ผ่านมา

2) การมีความสัมพันธ์เชิงบวก หมายถึง การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ใส่ใจในความเป็นอยู่ที่ดีของผู้อื่น มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นกับผู้อื่น แสดงความเห็นอกเห็นใจ ความรัก และความใกล้ชิดต่อผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

3) ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง ความสามารถควบคุมตนเอง รวมถึงพึ่งพาตนเองได้ สามารถทนต่อความกดดันของสังคมในด้านการคิดหรือกระทำการใดๆ ได้ กำกับพฤติกรรมของตนเองได้จากภายใน และประเมินด้วยมาตรฐานของตนเอง

4) การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถในการควบคุมและจัดการสภาพแวดล้อม ควบคุมสถานการณ์ภายนอกให้เป็นระเบียบ เรียบร้อยได้ ใช้โอกาสที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การมีจุดหมายในชีวิต หมายถึง มีจุดหมายและวัตถุประสงค์ในการมีชีวิตอยู่ และสามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมาย

6) ความมั่งคั่งในตน หมายถึง การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เปิดรับต่อประสบการณ์ใหม่ มีความสามารถในการตระหนักถึงศักยภาพของตน มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่รู้จักตนเองมากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวัดสุขภาวะทางจิต (Scales of Psychological Well-being : PWB) ตามแนวคิดของรีฟฟ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการและปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดของอาภากร และคณะ ใช้ชื่อว่า “มาตรวัดความผาสุกทางจิต” การวัดสุขภาพจิตพัฒนาจากแบบวัดของรีฟฟ์ มาตราวัดเป็นแบบประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ “ไม่จริงที่สุด” ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง “จริงที่สุด” ให้ 5 คะแนน หากตอบได้คะแนนสูงในด้านใด แสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตดีในด้านนั้นสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health related behavior) หมายถึง การกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน หรือพยายามงดเว้น ลดพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพ วัดจากพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่

1) ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด หมายถึง ความตั้งใจของผู้ใช้สารเสพติดในการหยุดใช้ยาเสพติด มีการค้นหาข้อมูลและการขอรับการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้การเลิกใช้สารเสพติดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเตรียมตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการเสพยาซ้ำ และการหาวิธีจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตัวเอง

2) การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมทางกายเพื่อเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายที่แข็งแรง การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรงและเจริญเติบโต

3) การรับประทานอาหาร หมายถึง การกิน หรือการบริโภค เพื่อนำอาหารหรือสารอาหารที่มีคุณค่าเข้าสู่ร่างกาย เพื่อก่อประโยชน์ให้แก่ร่างกาย

4) การพักผ่อน หมายถึง การหยุดพักกิจกรรมที่ได้ทำ เพื่อให้ร่างกายได้หยุดพัก ผ่อนคลาย รวมถึงการนอนหลับ

การวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความตั้งใจเลิกใช้สารเสพติดตามนิยามเชิงปฏิบัติการและปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดของของ นันทิชาติ สันต์สกุลพงศ์ (2559) และปรับปรุงแบบวัดด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน จากแบบวัดของ ฮัชเซน(2016) เจนา(2019) หมิง(2017) และฟินโฮ(2019) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ จากปฏิบัติน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จนถึง ปฏิบัติมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมวิธี เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิตของสตรีไทยที่มารับบริการในสถานบริการภาครัฐ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เนื่องจากประสบการณ์ในการใช้ยาเสพติดของสตรีแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการทำความเข้าใจบริบททรัพยากรด้านบุคคลและบริบททรัพยากรด้านสังคมของสตรีที่ใช้ยาเสพติด และสามารถเลือกใช้ยาเสพติดได้ รวมถึงบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนช่วยให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดเหล่านั้น ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth – interview) เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต โดยงานวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งประสบการณ์ในอดีตของสตรีแต่ละคนมีการรับรู้ปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist theory) ที่กล่าวถึงประสบการณ์ในอดีตของผู้หญิงที่ถูกกดทับโดยอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ประสบการณ์ในอดีตเหล่านี้ล้วนแตกต่างกันตามมุมมองของสตรีที่ได้เรียนรู้ และสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer (Health empowerment theory) ที่กล่าวถึงบริบทแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลของสตรี อันได้แก่ การรับรู้ความสามารถในตนเองในการเรียนรู้และปฏิเสธการใช้ยาเสพติด รวมถึงการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บริบทแหล่งทรัพยากรด้านสังคม อันได้แก่ การพูดคุยได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว เพื่อนสนิทหรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครอบคลุม และใช้แนวคิดแผนการจัดกระทำทางสุขภาพ (Intervention Mapping: IM) มาวางแผนและพัฒนาโปรแกรมให้เป็นระบบ โดยดำเนินการเป็น 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบตารางสัมพันธ์ 3) การกำหนดทฤษฎีวิธีการและกลยุทธ์ 4) การพัฒนาโปรแกรม 5) การดำเนินการเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน 6) การประเมินผล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยแบบผสมวิธีแบบสอดแทรก (The Intervention Design) ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ (Creswel, 2015) และใช้แบบแผนการวิจัยแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

7. สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีที่เข้ายาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. สตรีที่เข้ายาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. สตรีที่เข้ายาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
4. สตรีที่เข้ายาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิต สูงกว่าก่อนการทดลอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ตามกระบวนการจัดกระทำเพื่อลดผลกระทบทางจิตสังคมและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของสตรีไทย ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัย ผสานวิธีแบบจัดกระทำ (The Intervention Design) ตามแนวคิดของเครสเวลล์ (2015) ดำเนินการวิจัยโดยเป็นเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรก ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินการวิจัยด้วยแบบแผนการทดลองที่มีการวัดก่อนและหลัง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำ ในกลุ่มสตรีที่เสพยาเสพติด

การกำหนดผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยผสานวิธีแบบสอดแทรก มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งสนามวิจัยสำหรับการทดลองในครั้งนี้ คือ สถานบริการของรัฐในจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ร่วมวิจัย 2 กลุ่ม คือ

งานวิจัยระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ สตรีที่เสพยาเสพติด และผู้ให้ข้อมูลรองคือ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย บุคลากรสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ ประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 10 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีที่ติดยาเสพติดในสถานบริการของรัฐ มีความเต็มใจ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ผู้วิจัย ดำเนินการวิจัย ทำหน้าที่สอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตการณ์ และประเมินพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของผู้สตรีที่เคยติดยาเสพติด

2. ผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 สตรีที่เสพยาเสพติด 3 คน ที่เป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ายาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ ในสถานบริการของรัฐ มีประสบการณ์การเข้ายาเสพติด และปัจจุบันอยู่ระหว่างเข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐ

2.2 ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 3 คน โดยผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องเป็นผู้ที่เคยเข้ายาเสพติดในอดีต และได้เข้ารับการรักษาจากสถานบริการของรัฐจนครบตามหลักสูตร ปัจจุบันสามารถเลิกใช้ยาเสพติดและทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐ โดยมีประสบการณ์ในการ

ทำงานดูแลช่วยเหลือผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ไม่น้อยกว่า 3 ปี มีความสนใจ ต้องการพัฒนาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ 4 คน ที่เคยมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และสตรีที่เสพยาเสพติดในข้อ 2.1 และ 2.2 โดยบุคลากรสหวิชาชีพ ต้องส่งเสริม สนับสนุน ให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่เสพยาเสพติด โดยมีคุณลักษณะพื้นฐาน ดังนี้ เป็นพยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ในสถานบริการของรัฐ ที่มีประสบการณ์ทางการแพทย์ไม่ต่ำกว่า 5 ปี ทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดในสถานพยาบาลที่ตนเองได้สังกัด และต้องการส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. การเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับสถาบันบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐในจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาในโรงพยาบาล โดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษาวิจัยและขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับโรงพยาบาล

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและขอความอนุเคราะห์กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกต่อการมาศึกษาวิจัยในโรงพยาบาล

1.3 ผู้วิจัยเตรียมคำถามสำหรับการวิจัยในระยะแรก เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยเข้าสู่พื้นที่โรงพยาบาล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ให้กับผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบ

2. ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการออกแบบการวิจัยผสมผสานวิธีแบบสอดแทรก (The Intervention Design) ตามแนวคิดของเครสเวลล์ มีการวัดก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมกิจกรรม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในช่วงเวลาก่อนเริ่มการทดลอง เพื่อนำมาพัฒนาและสร้างกลยุทธ์ในการออกแบบโปรแกรมสำหรับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมพลังสุขภาพ (Health empowerment) แนวคิดสตรีนิยม (Feminist theory) ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) และแนวคิดผังการจัดกระทำ (Intervention Mapping) มา

ใช้ในการออกแบบกิจกรรมและประเมินผลกระทบทางจิตสังคมและพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน สำหรับสตรีที่ใช้ยาเสพติด ภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบแนวคิดผังการจักรกระทำ

งานวิจัยระยะที่ 1

ระยะก่อนทดลอง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดที่เกิดขึ้นพบว่าจำนวนผู้ถูกคุมขังหญิงกระทำผิดมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเฉพาะในเรื่องของยาเสพติด พบว่าเพศหญิงมีจำนวนมากขึ้น และมักถูกเลือกปฏิบัติ ถูกกีดกันการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างจากเพศชาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคม ในทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพ(Health empowerment Theory) แนวคิดของสตรีภายใต้อุดมการณ์ชาย

เป็นใหญ่(Patriarchy) และออกแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพตามแนวคิดกระบวนการจัดกระทำสุขภาพ (Intervention Mapping) ที่มีการออกแบบโดยมีการประเมินความต้องการ เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และหากกลยุทธ์ที่จะใช้ เพื่อที่จะการพัฒนาโปรแกรม (Program development) เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของสตรีที่ไร้ยาเสพติด เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Adoption and implementation) และสามารถประเมินผล (Evaluation) ได้ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ สตรีที่ไร้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยผู้หญิงที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด ปัจจุบันสามารถเลิกยาเสพติดได้และยังคงทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในสถานบริการภาครัฐ จำนวน 3 คน และทีมสหวิชาชีพ 4 คน ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งสิ้น 10 คน เพื่อศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคล และสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของสตรีผู้เสพยาเสพติด โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง

จุดเชื่อมข้อมูลระยะที่ 1 เข้าสู่ระยะที่ 2

ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และสุขภาพจิตของสตรีผู้เสพยาเสพติด โดยผู้วิจัยจะดำเนินการร่างโปรแกรมที่กำหนดขอบเขตของเนื้อหาที่ต้องการจะทำขึ้น โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยการใช้ข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อหาข้อสรุป ใจความสำคัญ สิ่งที่เป็นประโยชน์ โดยคำนึงถึงทรัพยากรบริบทด้านบุคคล และทรัพยากรบริบทด้านสังคม ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ออกแบบไปทดลองใช้กับอาสาสมัครเพศหญิงที่ไร้ยาเสพติดและเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐ จำนวน 54 คน ได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ที่มีค่า effect size เท่ากับ 0.6 ใช้การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มแบบ Random assignment เพื่อศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย จะต้องเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง มีการวัดผลการเปลี่ยนแปลงตัวแปรด้านจิตสังคม โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและแบบวัดสุขภาพจิต โดยมีโปรแกรมการส่งเสริมพลังทางสุขภาพดังตารางที่ 3

ตาราง 3 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต

กิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผลที่คาดว่าจะได้รับ
ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ/ ทำ ความคุ้นเคย	1. เพื่อสร้างความไว้วางใจและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 2. เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยต่อกันและสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง 3. เพื่อทบทวนตนเอง เรื่องราวและประสบการณ์ของตนเอง	- Health empowerment theory	1. ให้อาจารย์ตนเองในอดีต และปัจจุบัน โดยบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นใคร ทำงานอะไร สิ่งที่ชอบ หรือเรื่องราวที่อยากนำเสนอ 2. ชวนพูดคุยเรื่องราวของสตรีกับการใช้ยาเสพติด และแลกเปลี่ยนเรื่องราวของตนเองกับเพื่อน 3. สะท้อนความรู้สึกเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของตนเองที่เคยมีประสบการณ์ร่วมหรือแตกต่าง	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม
ครั้งที่ 2	1. เพื่อสร้างความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ	- Health empowerment theory - Intervention mapping - การมีส่วนร่วม	1. ประเมินความต้องการ: ร่วมกันแสดงความคิดเห็นทำไมจึงควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2. กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้ในวันนี้ร่วมกัน	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงอาหารที่ดีและมีประโยชน์

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
เอกสารประกอบ ชุดความรู้เรื่องการ รับประทานอาหาร ที่ดีและมี ประโยชน์			3.กำหนดวิธีการ เรียนรู้ โดยได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการ รับประทานอาหารที่ ดี		
			4.แบ่งกลุ่มบอกเล่า เรื่องราวเกี่ยวกับ อาหารที่ตนเองชอบ รับประทาน (แหล่ง ทรัพยากรด้าน บุคคล)		
			5.พูดคุยเรื่องความ หลากหลายของ อาหารจากครอบครัว หรือญาติ (แหล่ง ทรัพยากรด้านสังคม)		
			6.แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการ พูดคุยกับญาติหรือ ครอบครัว เมื่อนำ อาหารมาเยี่ยม (แหล่งทรัพยากรด้าน สังคม)		
			7.ทบทวนความรู้ผ่าน การทำงาน		

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 3	1.เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหาร 2.สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายเหมาะสมกับตนเอง เอกสารประกอบ ชุดความรู้การเลือกทานอาหารเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเสพติด	- Health empowerment theory - Intervention mapping	1.ประเมินความต้องการ: ร่วมกันแสดงความคิดเห็นอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพมีอะไรบ้าง 2.กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้ในวันนี้ร่วมกัน 3.กำหนดวิธีการเรียนรู้ โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเสพติด (แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล) 4.แบ่งกลุ่มบอกเล่าเรื่องราวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ตนเองพบเจอ (แหล่งทรัพยากรด้านสังคม) 5. ทบทวนความรู้ผ่านการทำใบงาน 6. นำเสนอหน้าชั้นเรียน เพื่อช่วยกันอภิปราย	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกอาหารที่มีความหลากหลาย

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเว ลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 4	1. เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การออกกำลังกาย เอกสารประกอบ ชุดความรู้ ประโยชน์ของการ ออกกำลังกาย	- Health empowerment theory - Intervention mapping - การมีส่วนร่วม	1. ประเมินความ ต้องการ: ร่วมกันแสดง ความคิดเห็น ทำไมเรา ต้องออกกำลังกาย 2. กำหนดเป้าหมาย ของการเรียนรู้ในวันนี้ ร่วมกัน 3. กำหนดวิธีการเรียนรู้ โดยได้รับความรู้ เกี่ยวกับ การออกกำลังกายที่ ถูกต้อง (แหล่ง ทรัพยากรด้านบุคคล) 4. ชมวิดีโอเรื่อง ประโยชน์ของการออก กำลังกาย 5. แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การมี กลุ่มเพื่อนออกกำลังกาย ร่วมกัน (แหล่ง ทรัพยากรด้านสังคม) 6. แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นเกี่ยวกับความ พร้อมของอุปกรณ์และ สื่อที่ช่วยในการออก กำลังกาย (แหล่ง ทรัพยากรด้านสังคม) 7. ทบทวนความรู้ผ่าน การทำโปสเตอร์	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจเรื่องการ ออกกำลังกายที่ ถูกต้อง

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 5	1. เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การดูแลร่างกาย	- Health empowerment theory - Intervention mapping - การมีส่วนร่วม	1. ประเมินความ ต้องการ: ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น เรามีวิธีการดูแล ตนเองอย่างไรบ้าง 2. กำหนดเป้าหมาย ของการเรียนรู้ในวันนี้ ร่วมกัน 3. กำหนดวิธีการ เรียนรู้ โดยได้รับ ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลร่างกาย (แหล่งทรัพยากรด้าน บุคคล) 4. แลกเปลี่ยน มุมมองความคิดเห็น เรื่องวัฒนธรรมความ สวຍความงามของ รูปร่างจากสังคม (แหล่งทรัพยากรด้าน สังคม) 5. แลกเปลี่ยน เรื่องราวการดูแล ตนเองกับเพื่อน (แหล่งทรัพยากรด้าน บุคคล) 6. ทบทวนความรู้ ผ่านการทำงาน	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่างมี เข้าใจเรื่องการ ออกกำลังกายที่ เหมาะสมและ การดูแลร่างกาย เบื้องต้น

เอกสารประกอบ
ชุดความรู้เรื่องการ
ดูแลร่างกาย

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 6	1. เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่อง ประโยชน์ของการ นอนพักผ่อน	- Health empowerment theory - แรงสนับสนุน ทางสังคม	1. ประเมินความ ต้องการ: ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น การนอนมีประโยชน์ อย่างไร 2. กำหนดเป้าหมาย ของการเรียนรู้ในวันนี้ ร่วมกัน 3. กำหนดวิธีการ เรียนรู้ โดยได้รับ ความรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์ของการ นอนพักผ่อน (แหล่ง ทรัพยากรด้าน บุคคล) 4. ชมวิดีโอเรื่อง ประโยชน์ของการ นอนพักผ่อน 5. แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การ นอนพักผ่อนเมื่อมา อยู่ในสถานบริการ ของรัฐ (แหล่ง ทรัพยากรด้านสังคม) 6. ทบทวนความรู้ ผ่านการทำใบงาน	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มมีเข้าใจเรื่อง การนอนพักผ่อน

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 7	1. เพื่อเรียนรู้ เทคนิคการหายใจ เมื่อต้องเผชิญกับ สถานการณ์ที่ไม่ ลำบาก	- Health empowerment theory	1. ประเมินความ ต้องการ: ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น เมื่อเผชิญกับ เหตุการณ์ที่ ยากลำบาก มีวิธีการ จัดการอย่างไรบ้าง 2. กำหนดเป้าหมาย ของการเรียนรู้ในวันนี้ ร่วมกัน 3. กำหนดวิธีการ เรียนรู้ โดยทบทวนถึง สถานการณ์ที่ต้อง เผชิญและมีความ ลำบากใจ บอกเล่าถึง สิ่งที่ตนเองได้ แสดงออก (แหล่ง ทรัพยากรด้าน บุคคล) 4. เรียนรู้เทคนิคการ เผชิญสถานการณ์ที่ ลำบาก 5. เรียนรู้เทคนิคการ หายใจ 6. ฝึกหัดร่วมกันใน กลุ่ม	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่าง สามารถเรียนรู้ เทคนิคการ หายใจและลงมือ ปฏิบัติได้

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 8	1. เพื่อวิเคราะห์ถึง สถานการณ์ที่ ตนเองต้องเผชิญ จากการใช้ยาเสพติด 2. เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โทษของการใช้ยา เสพติด เอกสารประกอบ ชุดความรู้เรื่อง โทษของสารเสพติด	- Health empowerment theory	1. ประเมินความ ต้องการ: ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น โทษของยาเสพติด 2. กำหนดเป้าหมาย ของการเรียนรู้ในวันนี้ ร่วมกัน 3. กำหนดวิธีการ เรียนรู้ โดยแบ่งกลุ่ม บอกเล่าเรื่องราว เกี่ยวกับสุขภาพของ ตนเองและ แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกับเพื่อนถึง สถานการณ์ที่ตนเอง เผชิญจากการใช้ยา เสพติดและปัญหา ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ตนเอง (แหล่ง ทรัพยากรด้านบุคคล และด้านสังคม) 4. ให้ความรู้เรื่องโทษ ของการใช้ยาเสพติด (แหล่งทรัพยากรด้าน บุคคล) 5. ทบทวนความรู้ ผ่านการทำใบงาน	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึง สถานการณ์การ การใช้ยาเสพติด ของตนเองและ ตระหนักถึงโทษ ของยาเสพติด

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 9	1. เพื่อออกแบบ เส้นทางชีวิตของ ตนเองโดยมีการ กำหนดเป้าหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเลิกยาเสพติด	- Health empowerment theory - Intervention mapping	1.ประเมินความ ต้องการ: ร่วมกันแสดง ความคิดเห็น แต่ละคน มีเส้นทางชีวิตอย่างไร บ้าง 2.กำหนดเป้าหมาย ของการเรียนรู้ในวันนี้ ร่วมกัน 3.กำหนดวิธีการเรียนรู้ โดยให้แต่ละคนเสนอ เส้นทางชีวิตที่ตนเอง อยากให้เกิดขึ้น มี ปัจจัยส่วนบุคคลอะไร ที่เกี่ยวข้อง และปัจจัย ทางสังคมเช่น เพื่อน คนในครอบครัวที่ เกี่ยวข้อง (แหล่ง ทรัพยากรด้านบุคคล และด้านสังคม) 4. นำมาแลกเปลี่ยน กับเพื่อนในกลุ่ม ช่วยกันวิเคราะห์ หาจุด ด้อย จุดเด่น และนำมา ปรับปรุงในเส้นทาง ชีวิตของตนเอง 5. นำเสนอหน้าชั้น เรียน เพื่อช่วยกัน อภิปราย	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่าง สามารถกำหนด เป้าหมายทาง สุขภาพที่ตนเอง มุ่งหวังและทราบ ถึงแหล่ง ทรัพยากรด้าน บุคคลที่ตนเองมี และทรัพยากร ด้านสังคมที่คอย ช่วยเหลือและ สนับสนุน

ตาราง 3 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ กิจกรรม	แนวคิด/ทฤษฎี	เทคนิคการจัดการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล ที่คาดว่าจะ ได้รับ
ครั้งที่ 10	1.เพื่อสรุปสิ่งที่ได้ เรียนรู้และ ประเมินผล	- Health empowerment theory - Intervention mapping	1.ทบทวนสิ่งที่ตนเอง ได้เรียนมาทั้งหมด 2. สรุปถึงเป้าหมาย ทางสุขภาพที่ตนเอง ต้องการและแนวทาง ในการปฏิบัติ 3. กล่าวชื่นชมเพื่อน และให้กำลังใจกัน	1 ชั่วโมง	กลุ่มตัวอย่างมี เป้าหมายที่ ชัดเจนในการลด ละ เลิกยาเสพติด และรวมสรุปการ เรียนรู้จากการ เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม

งานวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัย โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพตามกระบวนการจัด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตที่ได้รับตรวจสอบคุณภาพ
โปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเรียบร้อยแล้ว นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการทดลอง คือ ผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐแบบผู้ป่วยใน ในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ ผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจในสถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 27 คน ได้มา
จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ จากนั้นจึงสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random assignment) เข้ากลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ซึ่งเข้าเกณฑ์การคัดเลือกมีดังนี้

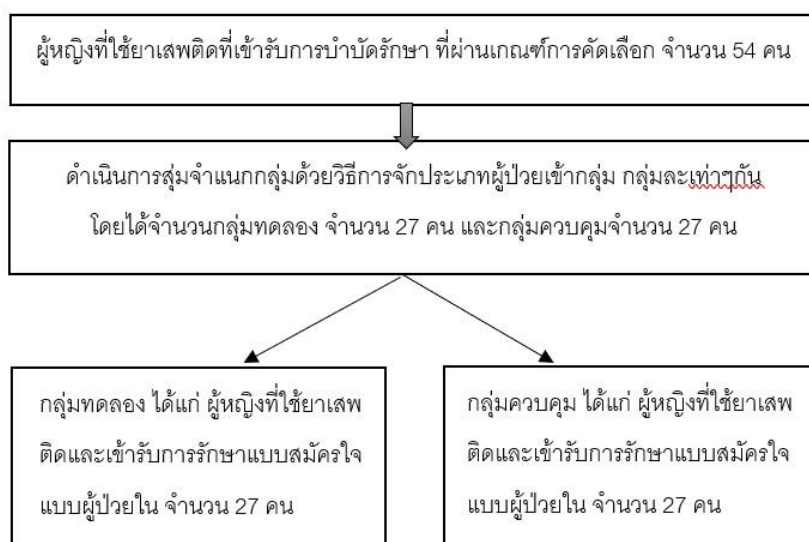
1. เป็นผู้หญิงที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา
เสพติดในจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดเชียงใหม่

2. มีประวัติการใช้สารเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตตามีน (ยาบ้า/ยาไอซ์) อย่างน้อย 1 ปี

3. สามารถอ่านออก เขียนได้

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. คัดเลือกผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ข้อ และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูล จำนวน 54 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบจำแนกกลุ่มผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนเท่ากัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. นำกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพ กลุ่มทดลองจำนวน 27 คน โดยได้เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพ และกลุ่มควบคุมจำนวน 27 คน เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพ ทำแบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์สุขภาพ และแบบวัดสุขภาวะทางจิต

3. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพสำหรับผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด จำนวน 27 ครั้ง กับผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนและกิจกรรมการดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพ (Health empowerment Theory) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist theory) เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

4. เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์สุขภาพ และแบบวัดสุขภาวะทางจิต พร้อมทั้งบันทึกผลข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้เทคนิคของการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลเพื่อพัฒนาและสร้างกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาโปรแกรมกระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จากนั้นจึงเริ่มการเก็บข้อมูลวิจัยในเชิงปริมาณ โดยการนำโปรแกรมที่ได้จากขั้นตอนแรกมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับวิเคราะห์ตัวแปรที่ต้องการศึกษา คือ พฤติกรรมที่สัมพันธ์สุขภาพของสตรีที่ใช้ยาเสพติดและสุขภาพทางจิต ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูล	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	ผู้เกี่ยวข้อง
1.ระยะก่อนการทดลอง	• ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานบริการภาครัฐ	• แนวคำถามกึ่ง โครงสร้าง สำหรับ	• ผู้วิจัย • ผู้ช่วยวิจัย-เจ้าหน้าที่ที่
1.1เพื่อศึกษา ค้นหา ทำความเข้าใจบริบท ของแหล่งทรัพยากร ด้านบุคคลและแหล่ง ทรัพยากรด้านสังคม ในการเสริมสร้าง พลังสุขภาพของสตรี ที่ใช้ยาเสพติด	จำนวน 3 คน • ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยผู้หญิง ที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด ปัจจุบันสามารถเลิกยา เสพติดได้และยังคง ทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือ คนไข้ ในสถานบริการ ภาครัฐ จำนวน 3 คน	การสัมภาษณ์เชิง ลึก • ตัวผู้วิจัย • เครื่อง บันทึกเสียง	คอยอำนวยความสะดวก สะดวกประจำตัวผู้ป่วย • ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้หญิง • บุคลากรสหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ เป็นต้น
1.2เพื่อออกแบบ กระบวนการ เสริมสร้างพลัง สุขภาพสำหรับสตรีที่ ใช้ยาเสพติด	• เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ เป็นต้น จำนวน 4 คน • รวม 10 คน		

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูล	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	ผู้เกี่ยวข้อง
2.ระยะทดลอง	• สตรีที่ใช้ยาเสพติด ที่	• แบบวัดสุขภาวะ	• ผู้วิจัย
2.1 พัฒนาโปรแกรม	เข้ารับการรักษาแบบ	ทางจิต	• สตรีที่ใช้ยาเสพติด
กระบวนการเสริมสร้าง	สมัครใจใน	• แบบวัดพฤติกรรม	ที่เข้ารับการรักษา
พลังทางสุขภาพ	สถานพยาบาลของรัฐ	ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	แบบสมัครใจใน
2.2 ติดตามประเมินผล	จำนวน 54 คน	• โปรแกรมการ	สถาน พยาบาลของ
การเปลี่ยนแปลง		เสริมสร้างพลังทาง	รัฐ
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ		สุขภาพ	
สุขภาพและสุขภาวะ			
ทางจิตของสตรีที่ใช้ยา			
เสพติดก่อนการเข้าร่วม			
โปรแกรมและสิ้นสุด			
โปรแกรม			

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการวิจัยในระยะเริ่มต้นก่อนการสร้างโปรแกรมกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1.แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

เพื่อศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรในการเสริมสร้างพลังสุขภาพเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพ สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์

ลักษณะเครื่องมือ เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและทรัพยากรด้านสังคม ที่มีส่วนช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติด สามารถลด ละ เลิกการใช้ยาเสพติดได้ เพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ

2. ผู้วิจัยนำแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อนร่วมงานและบุคลากรสหวิชาชีพ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบการใช้ภาษาและตรวจสอบเนื้อหาว่าความครอบคลุมเนื้อหาตามนิยามเชิงปฏิบัติการ

3. ผู้วิจัยนำแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานและบุคลากรสหวิชาชีพ ที่ผ่านการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ เพื่อพิจารณาภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในคำถาม และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ตัวอย่างเครื่องมือ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล - สตรีที่ใช้ยาเสพติด

1. สาเหตุอะไรที่ทำให้คุณใช้ยาเสพติด
2. ระหว่างที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกยาเสพติด คุณได้รับความช่วยเหลือหรือรับการดูแลจากใครบ้างที่ทำให้คุณรู้สึกประทับใจ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล - ผู้ช่วยเหลือคนไข้

1. ใครหรืออะไรที่ส่งเสริมให้คุณเลิกใช้ยาเสพติด
2. สุขภาพของคุณภายหลังจากการเลิกใช้ยาเสพติดแล้วเป็นอย่างไรบ้างแตกต่างจากช่วงที่ใช้ยาเสพติดอย่างไร

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล - บุคลากรสหวิชาชีพ

1. ในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ คุณได้ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้านไหนบ้างที่นอกเหนือจากการปฏิบัติหน้าที่
2. คุณอยากส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องใดบ้าง นอกเหนือจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำในระหว่างอยู่โรงพยาบาล

2. แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ลักษณะเครื่องมือ เป็นการวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์สุขภาพใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ยาเสพติด 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการรับประทานอาหาร และ 4) ด้านการพักผ่อน เพื่อวัดผลประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 5 หน่วย จาก “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ปฏิบัติน้อยที่สุด” มีวิธีการสร้างและหาประสิทธิภาพของแบบวัดดังนี้

1. กำหนดข้อคำถามของแบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพทั้ง 4 ด้าน โดยด้านความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยได้พัฒนาตามนิยามเชิงปฏิบัติการและปรับปรุงข้อคำถามจาก แบบวัดของนันท์ชิตส์สันท์ สกุลพงศ์ (2559) ดังนั้น 3 ด้านที่เหลือ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ผู้วิจัยจึงสร้างข้อคำถามของแบบวัดพฤติกรรม จำนวน 60 ข้อ โดยสร้างให้ครอบคลุมตามนิยามเชิงปฏิบัติการ

2. ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่สร้างขึ้น ไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา (Index of item objective Congruence: IOC) และ ความครอบคลุมของเนื้อหา เพื่อให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เกณฑ์กำหนด ดังนี้

- +1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
- 0 หมายถึง เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
- 1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

นำเสนอผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้ประเมินข้อคำถามทั้ง 5 ท่าน ในแต่ละข้อ นำมาหาค่าว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์ตามนิยามปฏิบัติการ ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มาหาค่าความสอดคล้อง (IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้ ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม และนำไปทดลองใช้ โดยผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพฉบับที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ที่ใช้ยาเสพติด ที่เข้ามาใช้บริการที่สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐแบบไปกลับ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง และหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) โดยใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ตัดคะแนนข้อนั้น (Corrected item-total Correlation) เพื่อคัดเลือกข้อที่มีคุณภาพ คือค่าที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวกและมีค่า ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป โดย แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพเมื่อมีการเก็บวิจัยการทดลอง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง 0.838 - 0.852

3.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -Coefficient)

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่เหมาะสมสูง และผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพน้อย แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่เหมาะสมน้อย

การแปลความหมายคะแนน

ปฏิบัติมากที่สุด(5)	หมายถึง	ข้อความนั้นปฏิบัติมากที่สุด
ปฏิบัติมาก(4)	หมายถึง	ข้อความนั้นปฏิบัติมาก
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง(3)	หมายถึง	ข้อความนั้นปฏิบัตินานๆ ครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง(2)	หมายถึง	ข้อความนั้นปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย(1)	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

ตัวอย่างเครื่องมือ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ปฏิบัติมากที่สุด (5)	ปฏิบัติมาก (4)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (3)	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย (1)
1.ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด					
1.1 ฉันมีแผนการที่จะทำให้ตนเองเลิกใช้ยาเสพติด					
2.ด้านการออกกำลังกาย					
2.1 ฉันออกกำลังกายได้ถูกต้องโดยมีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย					
3.ด้านการรับประทานอาหาร					
3.1 ฉันรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน					
4.ด้านการพักผ่อน					
4.1 ฉันเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา					

3.แบบวัดสุขภาวะทางจิต

ลักษณะเครื่องมือ ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิต โดยอ้างอิงจากรีฟี่ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1)การยอมรับในตนเอง (Self-

acceptance) 2)การมีสัมพันธภาพเชิงบวก (Positive relations with others) 3)การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 4)การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) 5)การมีจุดหมายในชีวิต (Purpose in life) และ 6) ความงอกงามในตนเอง (Personal growth) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) มี 5 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย”

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดสุขภาวะทางจิต มีขั้นตอนการสร้างและหาประสิทธิภาพของแบบวัดดังนี้

1. สร้างข้อคำถามของแบบวัดสุขภาวะทางจิตทั้ง 6 ด้าน จำนวน 120 ข้อ โดยสร้างให้ครอบคลุมตามนิยามเชิงปฏิบัติการ

2. ผู้วิจัยนำแบบวัดสุขภาวะทางจิตที่สร้างขึ้น ไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Index of item objective Congruence: IOC) เพื่อให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เกณฑ์กำหนด ดังนี้

- +1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
- 0 หมายถึง เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
- 1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ขอการพิจารณาความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ในประเด็นของภาษาที่ใช้ ความครบถ้วนสมบูรณ์ตรงตามนิยามปฏิบัติการ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มาหาค่าความสอดคล้อง (IOC) โดยการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้ จากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม และนำไปทดลองใช้ โดยผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

3. นำแบบวัดสุขภาวะทางจิต ฉบับที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ามาใช้บริการที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่แบบไปกลับ เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (r) โดยใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ตัดคะแนนข้อนั้น (Corrected item-total Correlation) เพื่อคัดเลือกข้อที่มีคุณภาพ คือค่าที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวกและมีค่า

ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป โดยแบบวัดสุขภาวะทางจิต เมื่อนำไปใช้พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.824 – 0.922

3.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -Coefficient) พบว่าหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.974

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางจิตสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตสูง และผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางจิตต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตน้อย

การแปลความหมายคะแนน

จริงที่สุด(5)	หมายถึงข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด
ส่วนใหญ่จริง(4)	หมายถึงข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเป็นส่วนมาก
จริงพอประมาณ(3)	หมายถึงข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเพียงร้อยละ 50
	หรือเพียงครึ่งหนึ่ง
จริงเพียงเล็กน้อย(2)	หมายถึงข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงเพียงเล็กน้อย
ไม่จริงเลย(1)	หมายถึงข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเลย

ตัวอย่างเครื่องมือ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด(5)	จริงมาก(4)	ค่อนข้างจริง(3)	ไม่ค่อยจริง(2)	ไม่จริงเลย(1)
1.ด้านการยอมรับในตนเอง					
1.1 ฉันหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ข้อบกพร่องของตนเอง					
2. ด้านการมีสัมพันธภาพเชิงบวก					
2.1 ฉันสามารถสร้างความคุ้นเคยกับบุคคลอื่นได้ง่าย					
3. ด้านการเป็นตัวของตัวเอง					
3.1 ฉันกล้าที่จะตัดสินใจสิ่งต่างๆด้วยตนเอง					
4. ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม					
4.1 ฉันเป็นอาสาสมัครที่ทำงานเป็น					

ประโยชน์ต่อสังคม					
5.ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต					
5.1 ฉันรู้สึกไรจุดมุ่งหมายในชีวิต ไม่รู้ว่าจะทำอะไร					
6.ด้านความงอกงามในตนเอง					
6.1 ฉันหมั่นพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง					

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ผลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยจะถอดถ้อยคำจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำออกมาในรูปแบบของบทสนทนา มีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปบันทึกการสัมภาษณ์ซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน จากนั้นจึงนำมาถอดรหัสและจัดหมวดหมู่ เพื่อรวบรวมประเด็นหลักและประเด็นย่อย นำมาเขียนบรรยายข้อมูลในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก ใน 3 กลุ่ม จำนวนทั้งหมด 10 คน ได้แก่ 1) สตรีที่เสพยาเสพติดจำนวน 3 คน 2) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 3 คน และ 3) สหวิชาชีพจำนวน 4 คน

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

งานวิจัยนี้ ส่วนที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้น่า มีความน่าเชื่อถือ จึงมีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรในทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพ(Health empowerment Theory) และแนวคิดทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist theory) ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของสตรีที่เสพยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของสตรีที่เสพยาเสพติด ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของลินคอล์นและกูปา(Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1.ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ก่อนเริ่มต้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยต่อผู้วิจัย ไว้วางใจ และสะดวกใจในการสัมภาษณ์ จากนั้นจึงผู้ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) คือ ตรวจสอบแหล่งบุคคลทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 3 คน 2) สตรีที่เสพยาเสพติดจำนวน 3 คน และ

3) สหวิชาชีพนำนวน 4 คน และตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Methodological triangulation) โดยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม การสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ และการจดบันทึกภาคสนาม มาตรวจสอบว่ามีความสอดคล้องในทิศทางเดียวกันหรือไม่ รวมถึงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตรวจสอบและแสดงความเห็นต่อข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ (Member checks) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ตรงกับการสัมภาษณ์ สอดคล้องกับความจริง ความคิด และความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบริบทด้านบุคคลและสังคม ของสตรีที่เข้ายาเสพติดที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ในสถานบริการภาครัฐ 2 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐ มีจำนวนทั้งหมด 6 แห่งตามแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย โดยให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ที่ได้ออกแบบ สามารถนำไปประยุกต์ปฏิบัติในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐแห่งอื่นๆได้

3. ความสามารถในการเชื่อถือได้ (Dependability) เกิดจากการตรวจสอบผลการวิจัยซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยสามารถอธิบายให้เห็นถึงขั้นตอนของการทำวิจัยอย่างชัดเจน เช่น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกเก็บรวบรวมอย่างไร สามารถตรวจสอบและติดตามข้อมูลหรือเรื่องราวจากผู้ให้สัมภาษณ์ได้ รวมถึงอธิบายวิธีการได้มาของข้อมูล และความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) เป็นการยืนยันความเป็นกลางของข้อมูล ตั้งแต่เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา มีการตรวจสอบขั้นตอนการวิจัยจากอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโททุกขั้นตอน การตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้คุณวุฒิ มีหลักฐานยืนยัน และเก็บรวบรวมข้อมูลทุกอย่างเป็นระบบระเบียบด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 โดยใช้สถิติดังนี้

2.1 สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistical) ประกอบด้วย จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของสตรีที่อดีตเคยใช้ยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง (Pre test) หลังการทดลอง (Post test) โดยการทดสอบ MANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-2

2.3 ทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (One-way MANOVA with Repeated measures) ในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2-3

การรับรองจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

หลังจากอนุมัติหัวข้อเค้าโครงปฏิญญาสิทธิมนุษยชนเรียบร้อยแล้ว ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขออนุมัติเอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เพื่อรับรองว่างานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้ใบรับรอง เลขที่ SWUEC-G225 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 และได้ขออนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐ ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ 029/2566 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 ทั้งนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเปราะบาง (ผู้ติดยาเสพติด) โดยในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ และกลุ่มควบคุมจะไม่ได้โปรแกรมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ แต่ได้รับตามโปรแกรมปกติของสถาบันบำบัดฟื้นฟูฯ เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ติดยาเสพติด ตามหลักของของจริยธรรมการวิจัย คือหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) เมื่อได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองแล้ว จึงเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัยต่อไป โดยผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย มีการชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยจนกว่าจะเข้าใจ ที่สำคัญที่สุดคือมีการปกปิดข้อมูลที่ยังถึงตัวบุคคล โดยการนำเสนอผลที่บุคคลเป็นชื่อสมมติ จะมีการเผยแพร่เฉพาะส่วนของผลการวิจัยเท่านั้น โดยจะใช้ชื่อสมมติ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมถึงข้อมูลทั้งหมดที่นำเสนอจะใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ผลการวิจัยผสมวิธีแบบจัดกระทำ (Mixed Methods: The Intervention Design) ตามแนวคิดของเครสเวลล์ (Creswell, 2015) ดำเนินการทดลองด้วยแบบแผนการทดลองที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ และดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 กับผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้หญิงที่เสพยาเสพติด 2) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และ 3) เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ รวมจำนวน 10 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจองค์ประกอบและเงื่อนไขของพฤติกรรมเพื่อนำข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพมาสร้างและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอ ผลการวิจัยเป็น 2 ตอนตามระยะการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1 และข้อมูลบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางจิต

ตอนที่ 2 ประกอบด้วย ผลการวิจัยระยะที่ 2 สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย และผลการติดตามประเมินผลของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในสตรีที่ใช้สารเสพติด

ตอนที่ 1 ผลการวิจัยระยะที่ 1

ผลการวิจัยระยะที่ 1 งานวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำ ในกลุ่มสตรีที่เสพยาเสพติด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรี

การทำความเข้าใจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิต ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถส่งเสริมวิถีชีวิตของสตรีที่เคยมีประสบการณ์การเข้ายาเสพติดให้กลับมามีสุขภาพที่ดีขึ้น สตรีกลุ่มนี้เผชิญความท้าทายหลากหลาย ทั้งบทบาททางเพศ ความคาดหวังทาง

สังคม และอิทธิพลทางวัฒนธรรม ซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ การจัดการปัจจัยดังกล่าว จึงมีความสำคัญ ต่อสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดจะได้รับการดูแลและสนับสนุนที่เหมาะสม ประสพการณ์การใช้สารเสพติดเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ซึ่งสามารถถ่ายทอดได้อย่างมีนัยสำคัญผ่าน ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงหรือผู้ที่มีบทบาทช่วยเหลือ ทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทที่แตกต่างกันของ แต่ละบุคคล นำไปสู่การสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพผ่านประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อทำความเข้าใจบริบทของทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่เคยใช้สารเสพติด การวิจัยนี้ มุ่งศึกษาทรัพยากรที่มีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการตีความข้อมูลที่แฝงอยู่ในถ้อยคำ ท่าทาง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังวิเคราะห์วิธีที่สตรีสามารถเผชิญและจัดการ กับประสบการณ์การใช้สารเสพติด รวมถึงความคาดหวังในอนาคต ผลการวิเคราะห์เน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์การใช้สารเสพติดในมิติส่วนบุคคลและสังคม โดยพิจารณาบริบทและภูมิหลังที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านกระบวนการตีความที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับ สภาพแวดล้อมเฉพาะบุคคล

การทำความเข้าใจประสบการณ์ของสตรีที่เคยใช้สารเสพติดและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล สตรี เป็นการศึกษาที่มุ่งหาความประสบการณ์เฉพาะบุคคลและบริบทแวดล้อมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related behavior) การวิเคราะห์นี้อาศัยแนวคิดการ เสริมสร้างพลังสุขภาพ (Health Empowerment Theory) ของ Shearer (2009) เพื่อเชื่อมโยงการ ดูแลสุขภาพกับประสบการณ์การใช้สารเสพติด โดยแนวคิดนี้ยังสอดคล้องกับมุมมองสตรีนิยมที่ให้ความสำคัญกับการเปิดเผยบทบาทของอำนาจทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ และการกระทำของสตรีในบริบทที่มักถูกครอบงำโดยโครงสร้างชายเป็นใหญ่ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าสตรีแต่ละคนมีประสบการณ์ที่ต่างกัน ซึ่งสะท้อนถึงความหลากหลายของการดูแล สุขภาพในบริบทของแต่ละบุคคล โดยจากการศึกษาพบว่า สตรีแต่ละคนมีประสบการณ์ที่ต่าง กัน โดยมีประเด็นนำเสนอ ดังนี้

1. ภูมิหลังและข้อมูลทั่วไป

ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ สตรีที่เสพยาเสพติด และผู้ให้ ข้อมูลรอง ได้แก่ 1) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และ 2) สหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดยาเสพติด

เพศที่เข้ารับการรักษาระบบสมัครใจในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง รวม จำนวน 10 คน โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ในช่วง 26- 51 ปี สถานภาพสมรส 5 คน โสด 3 คน หย่าร้าง 1 คน และแยกกันอยู่ 1 คน ในกลุ่มสตรีที่ใช้สารเสพติด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 1 คน และจบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 2 คน กลุ่มผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 2 คน และระดับปวส 1 คน ส่วนกลุ่มสหวิชาชีพทุกคนจบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ภูมิลำเนาเป็นคนภาคกลาง 4 คน ภาคเหนือ 2 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 คน ภาคใต้ 1 คน ภาคตะวันออก 1 คน และภาคตะวันตก 1 คน ในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติดและกลุ่มผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีประวัติการเสพยาเสพติด อยู่ในช่วง 1- 23 ปี โดยมีเหตุผลแรกเริ่มในการใช้ยาเสพติด โดยความอยากรู้อยากลองใช้ตามเพื่อน ความเครียด และการใช้เพื่อลดน้ำหนักซึ่งได้รับอิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิดและสื่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลจะเป็นส่วนหนึ่งในการทำความเข้าใจสตรีที่ใช้สารเสพติด สะท้อนถึงเบื้องหลังการตัดสินใจใช้สารเสพติด พบว่าปัจจัยสำคัญ ได้แก่ อิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนหรือครอบครัว ที่ส่งเสริมการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการใช้ตามกลุ่มเพื่อน หรือการเข้าใจผิดว่าการใช้สารเสพติดสามารถช่วยลดน้ำหนักได้ นอกจากนี้ สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีระดับการศึกษาช่วงมัธยมศึกษาตอนปลายและไม่เลือกศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย เชื่อมโยงกับทฤษฎีสตรีนิยมแสดงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างชายเป็นใหญ่มีบทบาทในการกำหนดโอกาสและตัวเลือกของสตรี สะท้อนให้เห็นถึงการขาดการสนับสนุนและการเข้าถึงทรัพยากรที่เท่าเทียมกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อการตัดสินใจและวิถีชีวิตของสตรีที่ใช้สารเสพติด ผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นประเด็นต่างๆต่อไป

ตาราง 5 นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 3 กลุ่ม

กลุ่มสตรีที่เสพยาเสพติด							
คนที่	ชื่อสมมติ	อายุ/ปี	ภูมิลำเนา	สถานภาพ	การศึกษา	จุดเปลี่ยนในการเริ่มใช้ยาเสพติด/บทรบพทหน้าที่ของกลุ่มสหวิชาชีพ	จำนวนปีที่เข้าเสพยาเสพติด/จำนวนปีในการทำงานในกลุ่มสหวิชาชีพ
1	ทานตะวัน	27	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	โสด	มัธยมศึกษาตอนปลาย	น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ใช้ยาเสพติดเพื่อเป็นการลดน้ำหนัก	1ปี 6 เดือน
2	ดาวเรือง	37	ภาคกลาง	แยกกันอยู่	มัธยมศึกษาตอนต้น	เพื่อนกลุ่มเดิมย้ายโรงเรียน ทำให้เปลี่ยนเพื่อนกลุ่มใหม่ ใช้ยาเสพติดตามเพื่อน เพราะคิดว่าไม่น่าจะติด	20 ปี
3	เฟื่องฟ้า	30	ภาคกลาง	หย่าร้าง	ประถมศึกษา	เครียดจากการเลี้ยงลูกคนเดียว เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว	1 ปี
กลุ่มผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย							
4	กุหลาบ	36	ภาคกลาง	สมรส	มัธยมศึกษาตอนปลาย	คบเพื่อนกลุ่มเกเร ผลการเรียนไม่ค่อยดี รู้สึกผิดหวัง เลยใช้ตามเพื่อน	3 ปี
5	มะลิ	26	ภาคตะวันตก	สมรส	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ช่วงวัยรุ่นรูปร่างค่อนข้างอวบอ้วน เห็นพี่สาวใช้แล้วผอม ก็เลยอยากใช้เพื่อให้ตัวเองผอม	6 ปี
6	บานชื่น	45	ภาคเหนือ	โสด	ปวส	ใช้ตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น เพราะอยากลองตามเพื่อน	23 ปี

ตาราง 5 (ต่อ)

กลุ่มสตรีที่เสพยาเสพติด							
คนที่	ชื่อสมมติ	อายุ/ ปี	ภูมิลำเนา	สถาน ภาพ	การศึกษา	จุดเปลี่ยนในการเริ่มใช้ ยาเสพติด/ บทบาทหน้าที่ของ กลุ่มสหวิชาชีพ	จำนวนปีที่ ใช้ยาเสพติด/ จำนวนปี ในการ ทำงานใน กลุ่มสห วิชาชีพ
สหวิชาชีพ							
7	พุทธรักษา	38	ภาค ตะวันออก	โสด	ปริญญาตรี	ทำแบบประเมินหรือ แบบทดสอบทางจิตวิทยา ให้การบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม	15 ปี
8	สายหยุด	35	ภาคเหนือ	สมรส	ปริญญาตรี	จัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู ให้กับผู้ป่วย ดูแลการทำ กิจกรรมบำบัดทั้งในส่วน ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ บำบัดด้วยยาและระยะ ฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย	11 ปี
9	เบญจมาศ	40	ภาคใต้	สมรส	ปริญญาตรี	ดูแลคนใช้ยาเสพติดใน เรื่องของการรักษา ทั้งใน ระยะบำบัดยาและระยะ ฟื้นฟู รวมถึงการให้ คำปรึกษาต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว	22 ปี
10	ชบา	51	ภาคกลาง	สมรส	ปริญญาตรี	ทำแบบทดสอบทาง จิตวิทยาคลินิกเพื่อ ประเมินผู้ป่วย ออกแบบ กระบวนการบำบัดให้ เหมาะสมกับผู้ป่วย	28 ปี

2. ผลการศึกษาริบทด้านบุคคลและสังคม

ตามทฤษฎีพลังสุขภาพ (Health Empowerment Theory) ของ Shearer (2009) แรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตมีรากฐานมาจากการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและทรัพยากรด้านสังคมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก เมื่อเชื่อมโยงกับทฤษฎีสตรีนิยม แสดงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่อยู่ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงทรัพยากรดังกล่าวของสตรีที่ใช้สารเสพติด การขาดการสนับสนุนเข้าถึงทรัพยากรส่งผลให้สตรีเผชิญกับอุปสรรคในการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด การเสริมสร้างพลังสุขภาพผ่านการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมและการเพิ่มความตระหนักในสิทธิและศักยภาพของตนเองจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านกายและจิตใจของสตรีกลุ่มนี้ พบผลการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของสตรีที่เคยผ่านการใช้สารเสพติดสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างทางประสบการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล ทั้งในด้านส่วนบุคคลและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน ในการศึกษาระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจาก 3 กลุ่ม คือ สตรีที่ใช้สารเสพติด ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และกลุ่มสหวิชาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบริบทที่แตกต่างและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีแต่ละกลุ่ม เมื่อเชื่อมโยงกับทฤษฎีสตรีนิยม พบว่าปัจจัยทางสังคม เช่น อิทธิพลของบทบาททางเพศ ความคาดหวังทางสังคม ล้วนส่งผลให้สตรีเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่ส่งเสริมสุขภาพ การทำความเข้าใจบริบทเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบแนวทางฟื้นฟูที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่ใช้ยาเสพติด โดยการวิจัยในระยะนี้ จะศึกษาถึงบริบทด้านบุคคลและบริบทด้านสังคมที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนของสตรี ดังข้อมูลต่อไปนี้

2.1) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการเลิกยาเสพติด

การติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีที่ใช้สารเสพติด ทั้งในแง่มุมของการเริ่มใช้ยา หรือในแง่มุมของการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้วิจัยจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงบริบทด้านสังคม ที่จะส่งผลกระทบ ละ เลิกใช้ยาเสพติดของสตรีที่ใช้ยาเสพติด แม้ว่าประสบการณ์การใช้ยาของสตรีแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป แต่ก็มีตัวบ่งชี้บางอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันในกลุ่มสตรีที่ใช้สารเสพติด เมื่อเชื่อมโยงกับทฤษฎีสตรีนิยมแล้วจะมองเห็น

ถึงสังคมและวัฒนธรรม เป็นตัวกระตุ้นในชีวิตประจำวันของสตรี เช่น อิทธิพลกลุ่มเพื่อน ความกดดันทางสังคม ค่านิยมในสังคม เป็นต้น การตระหนักถึงสัญญาณเหล่านี้ ช่วยให้อาสาสมัครเกิดการยอมรับในตนเอง ว่าอยู่ในภาวะติดสารเสพติด และจะแสวงหาการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อลด ละ เลิก การติดยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร แหล่งบริการความช่วยเหลือ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคล

การทำความเข้าใจบริบทด้านบุคคลในการเลิกยาเสพติดจำเป็นต้องพิจารณาผ่านกรอบแนวคิดสตรีนิยม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของโครงสร้างทางสังคมที่กดทับบทบาทและตัวตนของสตรีในหลายมิติ การตระหนักถึงตัวกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด มักได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์การรับรู้ถึงค่านิยมในสังคม ให้ผู้หญิงดูแลรูปร่างของตนเอง ความสวยงามที่ได้รับการยอมรับในสังคม ซึ่งบริบทส่วนบุคคลมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การทำความเข้าใจถึงแรงจูงใจส่วนบุคคลและความมุ่งมั่นที่จะเลิกใช้ยาเสพติดของสตรีที่ใช้สารเสพติดพบว่าส่วนใหญ่ สิ่งที่จะทำให้สตรีเลิกใช้สารเสพติดได้ ต้องใช้แรงจูงใจส่วนตัวที่หนักแน่นและแน่วแน่ รวมถึงการยอมรับสุขภาพของตนเอง การตระหนักรู้ในตนเองนี้ จะทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นที่ทรงพลัง ย้ำเตือนสตรีที่ใช้ยาเสพติดถึงความปรารถนาของตนเอง ที่อยากมีอนาคตที่ดี เพื่อควบคุมแรงจูงใจส่วนบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและสร้างความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งความมุ่งมั่นนี้ จะนำมาซึ่งการตัดสินใจอย่างแน่วแน่ที่จะเลิกยาเสพติด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์ผ่านประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า

- การมีเป้าหมายในชีวิตเชิงบวก

การมีเป้าหมายของสตรีผู้ใช้ยาเสพติด เมื่อมองในมุมมองของทฤษฎีสตรีนิยมตามแนวคิดอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ซึ่งเน้นการสร้างอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกในชีวิตของสตรีที่มักถูกจำกัดโดยโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เท่าเทียม การที่สตรีมีเป้าหมายในชีวิต เช่น การมีความฝันในชีวิตที่อยากเปลี่ยนแปลงอนาคตตนเองให้ดีขึ้น การปรับปรุงตนเองให้มีสุขภาพที่ดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ซึ่งเป้าหมายเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้สตรีในการก้าวข้ามปัญหาเสพติดและเริ่มต้นสร้างชีวิตใหม่ ถือเป็นการเสริมสร้างอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเองและแสดงให้เห็นถึงการทลายข้อจำกัดที่สังคมกำหนดไว้เกี่ยวกับบทบาทของสตรี การทำลายกำแพงที่สังคมวางไว้

จะช่วยให้สตรีสามารถมองเห็นความเป็นไปได้ในอนาคตและก้าวข้ามจากการใช้สารเสพติดได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากเปลี่ยนแปลงตัวเองแล้ว มันถึงเวลาที่เราจะต้องรู้จักคำว่า พอแล้วนะ กะชีวิตที่ผ่านมา ทุกวันนี้มันมีอาการที่ฝืนถึงการใช้ยา แต่ทุกครั้งที่เราดิ้นขึ้นมา เราจะรู้สึกที่เรา เราไม่ชอบชีวิตตรงนั้นแล้ว มันเป็นเรื่องอะไรที่เวลาเรานึกถึงความฝันว่า เราเสพยาเข้าไปมันรู้สึกว่ามีแต่คำว่าแข่งกับการใช้ยา” (ดาวเรือง)

“อยากมีชีวิตใหม่ค่ะ อยากเป็นคนที่มีคุณภาพ เป็นคนที่สามารถอยู่ร่วมกับสังคมปกติได้ค่ะ เราก็อยากไปยืนอยู่ในสังคมนั้นได้ค่ะ เพราะถ้าเราใช้ยาเราสังคมจะไม่ต้อนรับเรา” (มะลิ)

- การเห็นคุณค่าในตนเอง

แนวคิดอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) สามารถเชื่อมโยงกับการลดการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรีที่ใช้ยาเสพติด โดยสตรีมักจะถูกตีกรอบให้มีบทบาทที่ด้อยกว่าผู้ชาย ซึ่งอาจทำให้สตรีประสบปัญหาความรู้สึกต่ำต้อยและความไม่มั่นใจในตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองจึงเป็นสิ่งที่ถูกท้าทายจากการยึดมั่นในอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ เมื่อสตรีเผชิญกับภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ เช่น ความหงุดหงิดหรือซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการใช้ยาเสพติด ยิ่งทำให้การเห็นคุณค่าของตนเองลดลงไปอีก ทั้งนี้ การเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองในสตรีสามารถช่วยพัฒนาและเพิ่มทักษะใหม่ๆ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังในการควบคุมชีวิต และสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในการทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ โดยการสร้างความภาคภูมิใจในตนเองและการพัฒนาความสามารถใหม่ๆ ที่ไม่ถูกจำกัดโดยค่านิยมและบทบาทในสังคมที่มีอำนาจเหนือสตรี ดังคำกล่าวที่ว่า

“จริงๆมันครบกำหนดกลับบ้านแล้วค่ะ ในระยะเวลา 4 เดือนนี้คือ หากออกไปความเสี่ยงที่จะใช้ยามีสูงมากค่ะ ก็เลยขออยู่ต่อเพื่อ เพื่อดูแลตัวเองให้แข็งแรงขึ้น มั่นใจมากขึ้น เห็นคุณค่าของตัวเอง แล้วก็เหมือนกับว่าคืออยู่เพื่อเปลี่ยนตัวเองไปเลย เพราะว่าเหมือนกับว่าเราอยู่ในนี้แล้ว เราได้รับโอกาสหลายๆอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการเรียนต่อ กศน. หรือการฝึกอาชีพ หรือว่าหากเราผ่านพ้นตรงนี้ได้เราก็อาจจะมีอาชีพ ซึ่งมันแตกต่างจากข้างนอกถ้าเราออกไปภายในระยะเวลาที่จิตใจเรายังไม่แข็งแรง การกลับมาที่นี้ซ้ำๆซากๆบ่อยๆต้องเกิดขึ้นได้ แล้วอีกอย่างเราอายุเยอะแล้ว ใจเราไม่อยากจะเสียเวลา” (ดาวเรือง)

- การตระหนักรู้ถึงผลเสียของยาเสพติด

สภาพสังคมปัจจุบัน มีการสะท้อนถึงค่านิยมในสังคมที่มุ่งเน้นการควบคุมร่างกายและบทบาทของสตรี โดยเฉพาะในมิติของรูปร่างและการมีรูปลักษณ์ที่สอดคล้องกับมาตรฐานความงามที่ได้รับการกำหนดจากสังคม ทำให้สตรีบางคนเลือกใช้สารเสพติดเพื่อลดน้ำหนักหรือบรรลुरुปร่างที่มีความผอมตามมาตรฐานความงามที่มักได้รับการส่งเสริมในสังคม แต่เมื่อพบว่าการใช้สารเสพติดทำให้ร่างกายทรุดโทรมและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์ สตรีบางรายอาจเริ่มมีความต้องการที่จะหยุดใช้ยาเสพติดเพื่อฟื้นฟูร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิม ต้องการรักษาร่างกายให้แข็งแรงและฟื้นฟูสุขภาพที่ดีในสตรี ภายใต้กรอบของความคาดหวังทางสังคมที่มักบังคับให้สตรีมองตัวเองผ่านมาตรฐานความงามที่ถูกกำหนดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ละคนที่มาตอนแรก คือร่างกาย หน้าตา โทรมคือแบบไม่ใช่สภาพแบบนี้ เห็นชัดเลยคะ พออยู่เดือนหนึ่ง ดีขึ้นกว่าตอนที่มาครั้งแรกอีก” (เพ็ญฟ้า)

“ร่างกายเรานั้นเริ่มแย่ เริ่มไม่ไหว ทั้งสุขภาพร่างกายคือเราไม่มีแรงเลย พอเราไม่ใช้ยาเราไม่มีแรงแบบว่าเราจะนอนอยู่แบบนั้น คือเหมือนเราช่วยเหลือตัวเองแทบจะไม่ได้แล้วคะ” (กุหลาบ)

แหล่งทรัพยากรด้านสังคม

ภายใต้กรอบของอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ที่เน้นการควบคุมและกำหนดบทบาทของสตรีในครอบครัวและสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญในกระบวนการเลิกยาเสพติดของสตรี ซึ่งแสดงถึงความคาดหวังของสังคมมีต่อบทบาทของสตรีในครอบครัว ทั้งในฐานะภรรยา แม่ หรือสมาชิกของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบและสนับสนุนครอบครัว สอดคล้องกับการมองเห็นสตรีในฐานะผู้ที่ต้องรักษาบทบาทนี้ให้สำเร็จในกระบวนการฟื้นฟูตนเองจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งสามารถช่วยให้สตรีรู้สึกมีคุณค่า มีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตตามที่สังคมคาดหวัง โดยเฉพาะในด้านการกลับสู่ความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ ในฐานะสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญในครอบครัว พบว่า

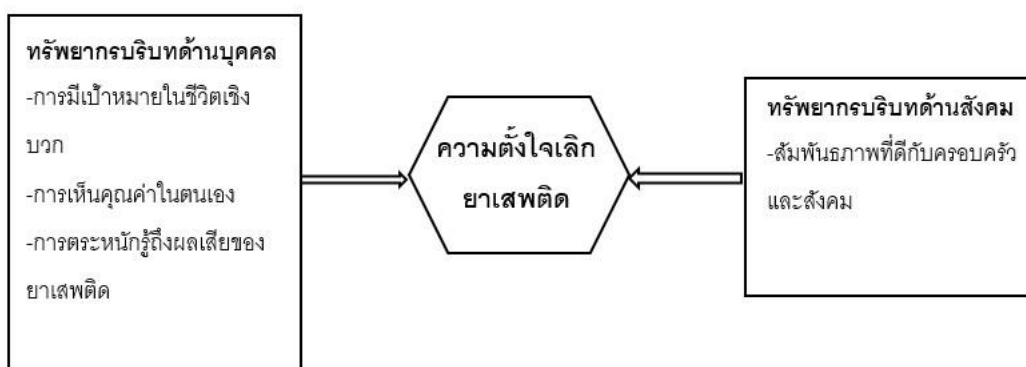
- สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสังคม

สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสนับสนุนให้สตรีเลิกใช้ยาเสพติด ซึ่งหมายถึง การได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัว จากเพื่อน จากสังคม จะช่วยเติมกำลังใจให้สตรีที่ใช้ยาเสพติด รู้สึกไม่โดดเดี่ยว ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางทีก็ไม่ได้มีความต้องการที่จะเลิกยาเสพติด แต่ว่าด้วยสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว สิ่งแวดล้อมหรือแม้แต่คนในครอบครัวที่เข้าใจเขาคอยผลักดันแล้วก็เป็นการกำลังใจให้ ก็จะทำให้มีความหวัง ตั้งเป้าหมายที่จะเลิกยาเสพติดได้ค่ะ” (สายหยุด)

“ถ้าเราไม่เล่น ไม่ยุ่ง เราก็จะได้ไม่ต้องห่างลูก เพราะแบบนั้นมีเส้นที่ต้องรักษา แล้วเราขาดการติดต่อกับลูก ก็เลยไม่อยากเล่น อยากเลิกไปเลย” (เพ็ญฟ้า)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพข้างต้น สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลและสังคมมีผลต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติด

2.2) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย

ตามแนวคิดของทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist Theory) การส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของสตรีต้องพิจารณาจากบริบทด้านสังคม รวมถึงแรงกดดันจากมาตรฐานทางสังคมที่มักคาดหวังให้สตรีมีรูปร่างที่ผอมและสวย การออกกำลังกายจึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพที่ไม่เพียงแต่ช่วยในเรื่องของร่างกาย แต่ยังเป็นวิธีการที่สตรีสามารถใช้เพื่อฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเอง กระตุ้นให้สตรีที่เคยใช้สารเสพติดหันมาดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการท้าทายและต่อต้านบทบาทแบบดั้งเดิมที่สังคมมักบังคับให้สตรีต้องปฏิบัติตาม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจึงสามารถช่วยให้สตรีรู้สึกถึงพลังในการควบคุมชีวิตและร่างกายของตนเอง ทำให้สตรีมีความสุขและความคล่องตัวทั้งในด้านร่างกายและจิตใจตามแนวทางของการเสริมพลังให้กับสตรีในกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพ

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคล

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีที่เข้าเสพติดหันมาสนใจการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพทั้งกายและจิตใจของทุกคน แม้ว่าผู้ที่เข้าเสพติดอาจมีความยากลำบากในการรักษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ แต่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถมีผลต่อการออกกำลังกายของผู้เข้าเสพติดได้ ได้แก่

- แรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านความสวยงาม

ตามแนวคิดสตรีนิยม (Feminist Theory) การดูแลตนเองด้านความสวยงามในสตรีที่เคยเข้าเสพติดมักมีความเชื่อมโยงกับการปรับปรุงร่างกายตามมาตรฐานสังคมที่มักมีความคาดหวังให้สตรีมีรูปร่างที่ผอมและสมส่วน การออกกำลังกายจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายนี้ โดยเฉพาะในบริบทของสตรีที่เข้าเสพติด ซึ่งอาจเกิดจากความเชื่อที่ผิด เช่น การใช้สารเสพติดเพื่อควบคุมหรือปรับปรุงร่างให้ผอมลง เมื่อสตรีเหล่านี้สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายผ่านการออกกำลังกาย จะเกิดความรู้สึกดีต่อร่างกายและตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตัวเอง ทั้งนี้ การออกกำลังกายเป็นการพัฒนาร่างกายให้ตรงตามค่านิยมทางสังคมและเป็นกระบวนการเสริมพลังให้สตรีได้มีความเป็นเจ้าของร่างกายและชีวิตของตนเอง ส่งผลต่อการยอมรับและการเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเองตามแนวทางของการเสริมพลังและการต่อต้านการคาดหวังที่ไม่เป็นธรรมจากสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อก่อนบางคนเข้าใจว่าความผอม ตัวเล็ก หุ่นดี คือความโอเคอย่างหนึ่ง แล้วการเล่นยาส่วนหนึ่งที่หันมาเสพก็เพราะว่าต้องการผอม พอไม่ได้เสพยาล่ะ ไข้โรคอ้วนมันก็มาหาเรา ส่วนการที่เราได้อยู่ในนี้ ในเมื่อมันไม่มียาให้เสพ ทุกคนก็จะหันมาใส่ใจกับสุขภาพโดยการออกกำลังกายหรือควบคุมอาหาร” (ดาวเรือง)

“ในผู้หญิงหลายคนจะใช้เพราะว่า เธอความรักสวยรักงามอยากลดน้ำหนัก แต่ว่าในผู้ชายก็จะมีส่วนน้อยที่จะเข้าเสพติดเพื่อให้น้ำหนัก ความเป็นจริงก็น้ำหนักลดเนอะ เพราะว่า เพราะใช้ยามันหมกมุ่นมันไม่ได้ทานข้าว ไม่ได้นอนหลายวันติดกัน มันมีผลกับสุขภาพร่างกายอยู่แล้วอะค่ะ” (พุทธรักษา)

- แรงจูงใจให้สุขภาพแข็งแรง

ในกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับสตรีที่ใช้ยาเสพติด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีพลังงานที่เพียงพอในการรับมือกับชีวิตประจำวัน จัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล และทำให้อารมณ์ดีขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยในกระบวนการรักษาและการกลับคืนสู่สภาวะที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“อย่างบางคนก็อยากผอม อยากผอมแล้วไม่ออกกำลังกาย ลดอาหาร มันแค่ผอม แต่มันจะไปลงส่วนอื่น แต่ถ้าออกกำลังกายจะลดหมดทุกจุดค่ะ” (เฟื่องฟ้า)

“ทำให้เราสุขภาพไม่ดี จะทำงานจะทำอะไรมันก็ส่งผลเสียต่อชีวิตเรา ถ้าเราเป็นโรค” (มะลิ)

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านสังคม

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายในสตรีที่ใช้ยาเสพติดนั้น พบว่า บทบาททางเพศนั้นส่งผลต่อการออกกำลังกาย ผู้หญิงถูกผลักดันให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ตรงความคาดหวังที่เกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักที่เป็นที่ยอมรับ สื่อต่างๆ มีผลต่อการมองเห็นและความเชื่อของผู้คนในสังคมเกี่ยวกับรูปร่าง การเปรียบเทียบรูปร่างในสื่อ อาจสร้างแรงกดดันให้ผู้หญิง ต้องการตรงตามมาตรฐานความสวยงามที่ถูกกำหนด เป็นต้น ทั้งนี้ สภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนในการออกกำลังกาย เช่น พื้นที่สาธารณะที่เหมาะสม อุปกรณ์กีฬา รวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนให้ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดมีแรงจูงใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายได้ง่ายขึ้น

- วัฒนธรรมความสวยความงามของรูปร่างจากสังคม

วัฒนธรรมความสวยความงามเป็นเรื่องที่หลากหลายและมีความหมายที่แตกต่างในทุกสังคมและยุคสมัย โดยส่วนใหญ่แล้ววัฒนธรรมและความสวยความงามเกี่ยวข้องกับค่านิยม การแสดงออก และความเชื่อของแต่ละสังคมผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิต เป็นค่านิยมที่คนในสังคมให้การยอมรับ ในบางสังคม ความสวยงามนอกจากเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและสถานะในสังคม เช่น คนที่มีรูปร่างที่เหมาะสมและสุขภาพดีอาจถูกพิจารณาว่าสวยและมีความสุข ผมยาวคือความสวย ผอมขาวคือความสวยงาม ในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติด พบว่าส่วนหนึ่งมักจะขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความเชื่อมั่น ต้องการผอม หรือรูปร่างดี เพื่อให้ผู้อื่นยอมรับ หรือให้

ความสนใจ เพื่อสร้างความภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นในสตรีที่เข้ายาเสพติดหลายคน จึงมีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เนื่องจากไม่ยากจน อยากให้ร่างกายสมส่วน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เริ่มอยากสวย เริ่มแข่งกันอยากสวยแล้ว ก็เลยมาออกกำลังกาย” (เฟื่องฟ้า)

“เราก็แต่งตัวแบบมอมแมม ดูไม่โอเค เพื่อนเราไปเรียนมหาลัย แต่งตัวสวย ก็ทำให้เราอยากเลียนแบบคะ หมายถึงว่าเพื่อนเขาไปทำงานดี ๆ ไปเรียน แต่งตัวสวยงาม แต่มามองตัวเองเราแบบนุ่งเสื้อผ้าอะไรเนี่ย แล้วก็จมปลักอยู่แต่กับยา ไม่ได้มีอะไรที่ดี” (มะลิ)

“ถ้าพูดถึงว่าความสวยความงามหลักๆก็คืออยากให้คนอื่นเห็น ว่าตัวเองดูดีสวยงาม เหมือนเป็นการยอมรับจากแฟน เหมือนเป็นการยอมรับจากสังคม แล้วก็เหมือนว่าเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ตัวเองด้วย” (สายหยุด)

- การมีกลุ่มเพื่อนที่ร่วมกันออกกำลังกาย

การออกกำลังกายกับกลุ่มเพื่อน สามารถสร้างแรงบันดาลใจและสนุกสนาน นอกจากช่วยเสริมสร้างสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกายแล้ว ยังช่วยให้การออกกำลังกายไม่เครียดและความสนุกสนาน การออกกำลังกายกับกลุ่มเพื่อนจะเป็นการสร้างบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความสนุกและการสนับสนุนที่ช่วยให้การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“อย่างเพื่อนก็หันมาเล่นฮูล่าฮูปแล้ว ฟังเห็นเมื่อสองสามวันคะ มันก็เป็นกีฬา เป็นการออกกำลังกายที่ถ้าสมมุติว่ามีเพื่อนคุยหรือเพื่อนเล่นมันก็เป็นอะไรที่เพลินนะ” (ดาวเรือง)

“พอมีผู้นำคนหนึ่งเหมือนกระตุ้นไปด้วย มันก็เหมือนทำให้คนในกลุ่มก็อยากออกกำลังกายด้วยแบบ มันมีการช่วยกันเป็นระยะ หรือช่วยกันนับ แต่ว่าในเรื่องของเพลงหรือ หรือเรื่องของต้นแบบวิดีโอในเรื่องของนำเนี่ยมันก็มีส่วนเหมือนกันนะ ถ้าเปิดเพลงเฉยๆไม่มีวิดีโอให้เห็นภาพ เขาก็จะไม่มีกระตุ้น” (ดาวเรือง)

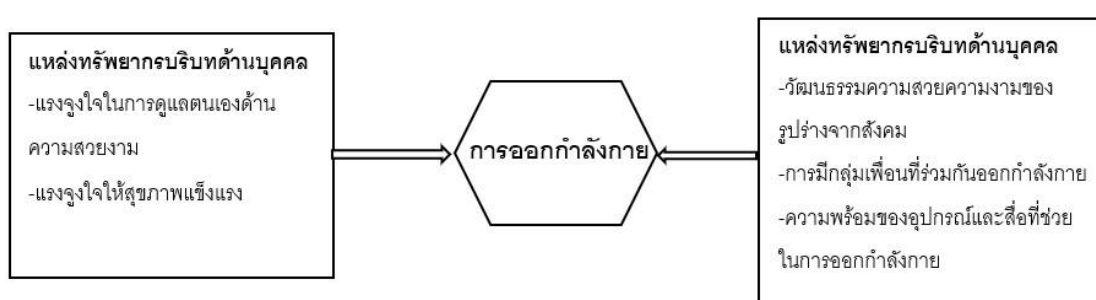
- ความพร้อมของอุปกรณ์ และสื่อที่ช่วยในการออกกำลังกาย

ความหลากหลายในกิจกรรม อุปกรณ์ และบทเพลงที่น่าสนใจ สามารถทำให้การออกกำลังกายกลายเป็นประสบการณ์ที่สนุกสนาน เพิ่มความน่าสนใจ ความหลากหลายในกิจกรรมช่วยให้ร่างกายไม่รู้สึกเบื่อหรือเครียดจากการทำกิจกรรมเดิม รวมถึง การเลือกบทเพลงที่มีจังหวะที่เหมาะสมสามารถช่วยเพิ่มสมาธิและสนุกในระหว่างการออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพลงก็มีส่วนค่ะ ว่าถ้าเกิดว่าเราออกแต่เพลงซ้ำๆ เดิมๆ รูปแบบเดิมๆ มันได้ยินอยู่ทุกวัน มันก็เกิดอาการเบื่อหน่ายค่ะ ถ้าเกิดว่ามีการแบบออกกำลังกายวันนี้เป็นอีกเพลงหนึ่ง แบบสลับสับเปลี่ยนกันไปมันก็จะไม่น่าเบื่อค่ะ” (ทานตะวัน)

“ชอบเต้นแอโรบิก ชอบมาก ชอบแบบสุดๆ ไปเลย คือเราผู้หญิง เราอมรับว่าที่นี่มันไม่ได้มีอุปกรณ์หรือสถานที่อะไร ไม่มีอะไรพร้อมเลย ถ้ามีเครื่องออกกำลังกายก็คงจะชอบ” (บานชื่น)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพข้างต้น สรุปได้ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 แหล่งทรัพยากรระดับบุคคลและสังคมมีผลต่อการออกกำลังกาย

2.3) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและสังคมต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ การละเลยโภชนาการหรือการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้สึกไม่สามารถควบคุมชีวิตหรือร่างกายของตนเองจากการใช้ยาเสพติด หรือให้ความสำคัญกับรูปร่างที่ผอมบางมากเกินไป ในขณะเดียวกันบางคนอาจมองว่าอาหารไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการเสพยาเสพติด ทำให้เกิดการละเลยโภชนาการไปโดยไม่รู้ตัว การตระหนักถึงบริบทด้านบุคคลและสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารสามารถช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในคุณค่าทางโภชนาการและกระตุ้นให้สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดเริ่มให้ความสำคัญกับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถส่งเสริมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทั้งนี้การเสริมสร้างความรู้และทรัพยากรที่ถูกต้องในสังคมสามารถช่วยให้สตรีได้เลือกอาหารที่ดีต่อร่างกาย เพื่อสร้างชีวิตที่มีสุขภาพดีและสมดุลอย่างยั่งยืน

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคล

การสร้างแหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคลที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของสตรีที่ใช้ยาเสพติดมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความตระหนักรู้ถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายดี ซึ่งสามารถกระตุ้นให้สตรีเห็นคุณค่าในอาหาร เลือกอาหารที่เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับคุณประโยชน์ของอาหารและการรับประทานที่ถูกต้อง ช่วยสร้างความเข้าใจในวิธีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อสุขภาพ การสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างทักษะในการเลือกอาหารที่ดีและการวางแผนการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย โดยไม่ถูกกำหนดหรือจำกัดโดยสังคมที่มักให้ความสำคัญกับลักษณะภายนอกหรือรูปร่างในลักษณะเฉพาะ เพื่อให้สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับร่างกายของตนเองและสร้างชีวิตที่มีสุขภาพดี

- ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

การรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของสตรีที่ใช้ยาเสพติด การบริโภคอาหารที่ให้โภชนาการสมดุลเป็นพื้นฐานในการรักษาสุขภาพที่ดีและฟื้นฟูร่างกายในกลุ่มสตรีที่ใช้สารเสพติด ในแต่ละมื้อควร มีอาหารที่หลากหลายกลุ่ม แต่ละกลุ่มอาหาร ควรประกอบไปด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ช่วยในการรักษาน้ำหนักที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนหลักเลยก็จะเป็นเพื่อร่างกายค่ะ สุขภาพร่างกายก็คือจะเป็นสัดส่วนของร่างกาย ถ้าเกิดว่าเรากินอาหารที่มีประโยชน์ มันก็จะไปช่วยบำรุงแล้วก็ซ่อมแซมส่วนที่สึกหลอของร่างกายค่ะ” (ทานตะวัน)

“เมื่อก่อนมะลิเป็นคนท้องผูก คือกินแบบไม่ค่อยได้สนใจค่ะ ว่าจะต้องกินผักผลไม้ คือกินง่าย ๆ อย่างมาม่วง ไข่ต้ม แต่พอหลังจากที่ท้องผูกแล้วต้องไปผ่าริดสีดวง แล้วเลือดตัวเองก็น้อย เลยหันมากินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แบบกินเนื้อสัตว์บ้าง เครื่องในไก่เพื่อบำรุงเลือด กินผักกินผลไม้ เพื่อที่จะแบบให้ได้ถ่ายเป็นปกติค่ะ” (มะลิ)

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านสังคม

ตามแนวคิดสตรีนิยม การเข้าใจบริบทด้านสังคมที่มีผลต่อการเลือกทานอาหารของสตรีที่ใช้ยาเสพติดสามารถสะท้อนถึงอิทธิพลจากทั้งสื่อและการรับรู้ในสังคมเกี่ยวกับอาหาร การที่สตรีที่

ใช้ยาเสพติดได้รับการบำบัดในสถานบริการของรัฐซึ่งจำกัดการเข้าถึงอาหารจากภายนอก และมักได้รับอาหารที่มีรสชาติไม่คุ้นเคยหรือไม่ตรงกับความต้องการทางร่างกาย ทำให้พวกเขามักพึ่งพาการนำอาหารจากภายนอกที่มีรสชาติจัดหรือทอด ซึ่งมีผลต่อสุขภาพในระยะยาว การพึ่งพาอำนาจทางสังคมและการตัดสินใจเกี่ยวกับอาหารเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการขาดแคลนการเข้าถึงทรัพยากรที่ดีต่อสุขภาพในสภาพแวดล้อมทางสังคมที่จำกัด ดังนั้นการสนับสนุนให้สตรีที่ใช้สารเสพติดเข้าใจถึงวิธีการดูแลตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์

- ความหลากหลายของอาหารจากครอบครัวหรือญาติที่มาเยี่ยม

เนื่องจากการรับการรักษาในสถานบริการของรัฐ ถูกกำหนดอาหารโดยนักโภชนาการ ทำให้อาหารไม่ถูกปากสตรีที่ใช้ยาเสพติด ดังนั้นหลายครั้งเมื่อมีญาติมาเยี่ยม สตรีที่ใช้ยาเสพติดจึงมักจะให้ครอบครัวหรือญาตินำอาหารจากภายนอกเข้ามา ญาติหรือครอบครัวมักมีแนวโน้มที่จะทำตามสิ่งที่สตรีที่ใช้ยาเสพติดต้องการในเรื่องของอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันได้กินข้าวเดิม แล้วก็กับข้าวมันไม่ค่อยอร่อย ค่อนข้างมีรสจัดแล้วก็รสจัดค่ะแล้วมันก็แบบมันไม่อยากจะกินเลยค่ะ” (ทานตะวัน)

“เราก็จะมีการที่แบบให้เขาวางแผนเวลาที่แบบญาติมาเยี่ยมมันก็จะให้พวกอาหารที่นอกเหนือจากโภชนาการค่ะ พวกหมูทอด ไก่ทอด ก็จะเหมือนแบบได้กินอาหารหลากหลายเหมือนไม่เบื่ออาหาร” (กุหลาบ)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แหล่งทรัพยากรระดับบุคคลและสังคมมีผลต่อการรับประทานอาหาร

2.4) แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการนอนพักผ่อน

แหล่งทรัพยากรที่มีผลต่อคุณภาพการนอนพักผ่อนของสตรีที่ใช้ยาเสพติด แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบริบทด้านบุคคลและสังคม เช่น สภาพแวดล้อมในการนอนหลับอยู่มีผลให้การนอนอย่างสบาย สภาพอากาศที่ไม่ร้อนเกินไปหรือเย็นเกินไป รวมถึงเสียงรบกวนขณะนอนหลับ ทั้งนี้ความเครียด ความวิตกกังวล ย่อมส่งผลต่อการนอนหลับ สภาวะจิตใจที่เสียบงบและผ่อนคลายช่วยส่งเสริมการนอนให้มีคุณภาพ สำหรับในสถานบริการของรัฐ จะปรับพฤติกรรมการนอน โดยจะมีการปิดไฟเพื่อนอนหลับในเวลาสามทุ่ม ดังนั้นจึงเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนที่สตรีที่ใช้ยาเสพติดทุกคนต้องปฏิบัติตาม ซึ่งจะส่งผลให้มีเวลานอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ เวลาการนอนที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายและจิตใจฟื้นตัว และช่วยลดความเครียดได้

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านบุคคล

การมีการนอนที่ดีและสบายนั้นเป็นผลมาจากบริบทด้านบุคคล มีผลต่อระบบการนอนของสตรีที่ใช้ยาเสพติด ความเครียดและภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี อาจส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอน การจัดการความเครียดและภาวะอารมณ์โดยวิธีการออกกำลังกาย เรียนรู้วิธีหายใจลึกๆ ผีอกสมาธิ สวดมนต์ หรือการพักผ่อนอื่นๆ เช่น อ่านหนังสือเบาๆ ก่อนนอน จะช่วยลดปัญหานอนไม่หลับ

- การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการนอนหลับ

จิตใจที่สงบและผ่อนคลายมีผลดีต่อการนอนหลับของสตรีที่ใช้ยาเสพติด โดยในสถานบริการของรัฐจะมีกิจกรรมให้สวดมนต์ทำสมาธิก่อนนอน เพื่อสร้างสภาวะจิตใจที่สงบและผ่อนคลายก่อนนอน สามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการนอนหลับอย่างสบายหรือหลับง่ายขึ้น เมื่อสตรีที่ใช้ยาเสพติดมีความเครียดและความกังวลเกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้นอนไม่หลับ หรือหลับยากขึ้น หากเมื่อความเครียดและวิตกกังวลลดลง ร่างกายและจิตใจจะมีโอกาสที่จะสลับไปสู่สถานะการพักผ่อนและหลับในอย่างง่ายขึ้นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพราะว่าการพักผ่อนนี้ก็จะเป็นการทำให้สมองเราได้พักผ่อน แล้วถ้าเกิดเราพักผ่อนเต็มที่ สมองเราก็จะตื่นขึ้นมาสมองเราก็จะทำงานได้ดีค่ะ” (ทานตะวัน)

“ตั้งใจตอนเข้าสวดมนต์ เ็นก็สวดมนต์ ก่อนขึ้นไปนอนก็สวดมนต์ค่ะ ผีอกให้รู้จักมีสมาธิ เวลาสวดมนต์ไม่ใช่เข้าห้องไปแล้วให้รู้สึกเวลาเข้าต้องสวดมนต์ เพื่ออะไร เพื่อให้จิตใจเราสงบเวลาเราเข้านอนเราจะได้ไม่ฝันร้าย” (บานชื่น)

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านสังคม

แหล่งทรัพยากรบริบทด้านสังคมที่ทำให้เกิดการนอนหลับพักผ่อนที่ดี ได้แก่ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลายและสบายใจ เช่น การใช้หมอนและผ้าห่มที่เหมาะสม การสร้างบรรยากาศที่เงียบสงบ สามารถช่วยให้การนอนหลับมีคุณภาพดีขึ้น ยารักษาโรคที่ได้รับจากการดูแลของแพทย์ พยาบาลก็มีส่วนช่วยให้่วงนอน รวมถึงการปรับพฤติกรรมการนอน จะมีส่วนช่วยให้การนอนมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

- การได้รับยาที่ช่วยเอื้อต่อการนอนหลับ

การรักษาอาการทางร่างกายและจิตใจของสตรีที่ใช้ยาเสพติด ย่อมส่งผลต่อการนอน ยาที่ได้รับตามประเภทของอาการและสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ซึ่งแพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย คำแนะนำด้านการรักษาและการจัดการกับอาการที่มีผลต่อการนอนอาจแตกต่างกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในระยะฟื้นฟู คุณหมอจะปรับยาในเรื่องของดยาช่วงเช้า ถ้าคนที่พออยู่ได้แล้วไม่ได้มีอาการทางจิตอะไรเยอะ หมอจะลดเพื่อให้ไปกินก่อนนอน เพราะจะได้ไม่ง่วง” (เบญจมาศ)

“บางคนก็หลับพร้อมกัน แต่ทำไมเขาถึงง่วง หรือเป็นเพราะว่ากินเยอะหรือว่าอาจจะจะเป็นเพราะยาด้วยค่ะ” (ดาวเรือง)

- การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนของสตรีที่ใช้ยาเสพติด การออกกำลังกายช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ทำให้เสียเหงื่อเพิ่มขึ้น ซึ่งการเสียเหงื่อสามารถช่วยทำให้ร่างกายหลับสบายขึ้น และส่งเสริมการหลับให้มีคุณภาพดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ของหนูก็จะเป็นทำงานหนักค่ะ แบบว่าได้ใช้แรง ทำให้นอนหลับง่ายขึ้นดีกว่าค่ะ เพราะปกติหลับยาก หากได้ออกกำลังกายหรือว่าได้ทำงานก็จะทำให้เหนื่อยแล้วก็นอนได้เร็วค่ะ” (ทานตะวัน)

“เพราะว่าพอออกกำลังกาย แล้วมันเหนื่อย ทำจนชิน แล้วอาบน้ำนอน มันสบาย มันหลับได้สนิทนะ” (ชบา)

- การกำหนดเวลานอนจากสถาบันบำบัด

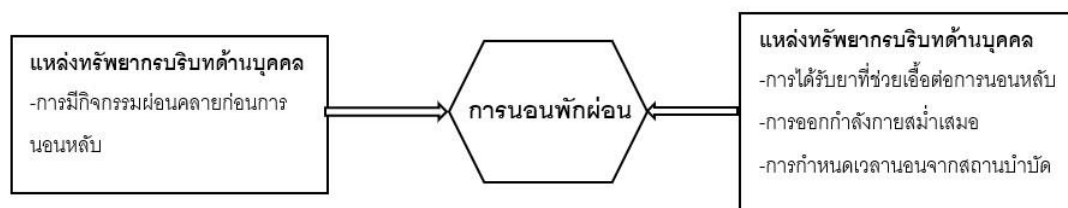
การควบคุมเวลานอนหลับและปลุกตามเวลาที่กำหนด จากสถานบริการของรัฐที่สตรีเข้ารับการรักษา จะช่วยรักษาสมดุลในการนอน โดยเป็นการปรับพฤติกรรมการนอนตามเวลาเดียวกัน

ทุกวัน การปิดไฟในเวลาสามทุ่มตรงของทุกวัน จะทำให้ห้องนอนมีความมืดและสงบ เพื่อส่งสัญญาณให้กับร่างกายว่าเวลานอนถึงแล้ว การลดเสียงและแสงที่รบกวนอาจช่วยให้การนอนหลับเป็นไปได้ง่ายขึ้น ช่วยปรับสภาพร่างกายให้นอนหลับในเวลาที่เหมาะสมและเสถียรภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“นอนตรงเวลาค่ะ พอสองทุ่มปิด สามทุ่มขึ้นไปก็นอนกันทุกคนล่ะ เพราะคือกฎของบ้านก็คือห้ามเดินเฟ้นผ่านข้างเตียงหรือเตียงคนอื่นก็ต้องเตียงใครเตียงมัน แล้วมันก็คล้ายๆกับว่าเป็นตัวบังคับให้นอนหลับไป” (เพ็ญฟ้า)

“อย่างบนเรือนนอนเราให้ไม่เกินสามทุ่ม ค่ะ แต่เราจะมาทำกิจกรรมข้างล่าง เราก็จะขึ้นประมาณสองทุ่มครึ่ง แต่บางคนเขาก็ก็นั่งดูหนัง บางคนก็ต้องทาครีม ก็เลยสรุปว่าให้ไม่เกินสามทุ่ม” (กุหลาบ)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ดังภาพประกอบ 11

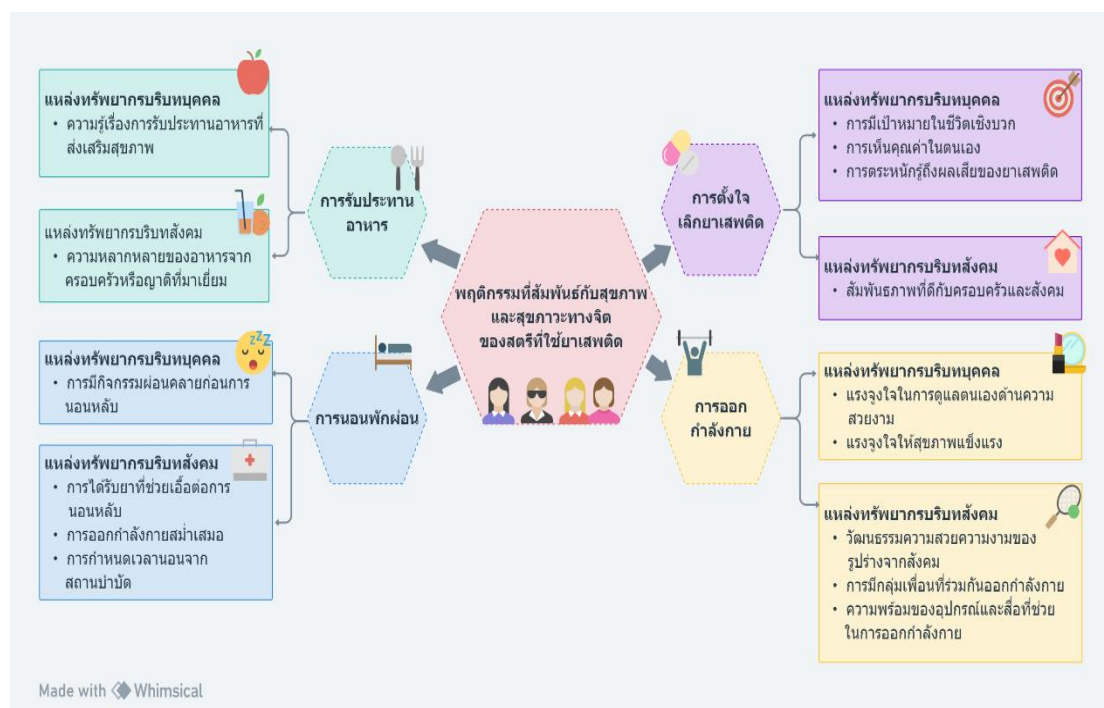


ภาพประกอบ 11 แหล่งทรัพยากรระดับบุคคลและสังคมมีผลต่อการนอนพักผ่อน

สรุปผลการวิเคราะห์พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพในสตรีที่ใช้ยาเสพติด ประกอบด้วย

(1) ความตั้งใจเลิกยาเสพติด แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่ช่วยส่งเสริมได้แก่ 1) การมีเป้าหมายในชีวิตเชิงบวก 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) การตระหนักรู้ถึงผลเสียของยาเสพติด และแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ได้แก่ 1) สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสังคม (2) การออกกำลังกาย แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่ช่วยส่งเสริมได้แก่ 1) แรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านความสวยงาม 2) แรงจูงใจให้สุขภาพแข็งแรง และแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ได้แก่ 1) วัฒนธรรมความสวยงามของรูปร่างจากสังคมความแตกต่างของนักเรียนในชั้นเรียน 2) การมีกลุ่มเพื่อนที่ร่วมกันออกกำลังกาย 3) ความพร้อมของอุปกรณ์ และสื่อที่ช่วยในการออกกำลังกาย (3) การรับประทานอาหาร แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่ช่วยส่งเสริมได้แก่ 1) ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่

ส่งเสริมสุขภาพ และแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ได้แก่ 1) ความหลากหลายของอาหารจาก ครอบครัวหรือญาติที่มาเยี่ยม (4) การนอนพักผ่อน แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่ช่วยส่งเสริมได้แก่ 1) การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการนอนหลับ และแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ได้แก่ 1) การได้รับ ยาที่ช่วยเอื้อต่อการนอนหลับ 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) การกำหนดเวลานอนจากสถาบัน บำบัด สรุปดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 ปัจจัยแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และสุขภาวะทางจิตของสตรีที่ป่วยาเสพติด

การเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 สู่วิจัยระยะที่ 2

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 และการสังเคราะห์ผลการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่ป่วยาเสพติดที่มีความสอดคล้องกับบริบทส่วนบุคคลและสังคม โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งประสบการณ์ในอดีต ที่สตรีแต่ละคนได้รับ ซึ่งมีความแตกต่าง รวมถึงการรับรู้ถึง ปัญหาและการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทำการ สังเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของสตรีที่ป่วยาเสพติด จาก ผลการวิจัยในระยะที่ 1 สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของเซอร์เรอร์

(HEALTH EMPOWERMENT THEORY) ร่วมกับทฤษฎีสตรีนิยม (FEMINIST THEORY) ที่กล่าวถึงประสบการณ์ของผู้หญิงในอดีตที่ถูกกดทับโดยอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ โดยประสบการณ์เหล่านี้ มีความแตกต่างกันตามมุมมองสตรีแต่ละคน ที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ เพื่อออกแบบกิจกรรมสำหรับพัฒนาโปรแกรมการวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งสามารถแสดงได้ดังตาราง 6

ตาราง 6 การวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับเชื่อมโยงสู่การวิจัยระยะที่ 2

องค์ประกอบของตัวแปร ในการวิจัยระยะที่ 1	ข้อค้นพบ	ความเชื่อมโยงสู่การวิจัย ในระยะที่ 2 เพื่อ ออกแบบกิจกรรม
แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกยาเสพติด		
แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล	1.การมีเป้าหมายในชีวิตเชิงบวก 2.การเห็นคุณค่าในตนเอง 3.การตระหนักรู้ถึงผลเสียของยาเสพติด	1.ออกแบบกิจกรรมการมีเป้าหมายในชีวิต 2.ออกแบบกิจกรรมการเห็นคุณค่าในตนเอง 3.ออกแบบชุดความรู้ผลเสียของการใช้สารเสพติด
แหล่งทรัพยากรด้านสังคม	1.สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสังคม	4.ออกแบบกิจกรรมคนสำคัญ
แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย		
แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล	1.แรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านความสวยงาม 2.แรงจูงใจให้สุขภาพแข็งแรง	5.ออกแบบชุดความรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย
แหล่งทรัพยากรด้านสังคม	1.วัฒนธรรมความสวยความงามของรูปร่างจากสังคม 2.การมีกลุ่มเพื่อนที่ร่วมกันออกกำลังกาย 3.ความพร้อมของอุปกรณ์ และสื่อที่ช่วยในการออกกำลังกาย	6.ออกแบบชุดความรู้เรื่อง การดูแลร่างกาย

ตาราง 6 (ต่อ)

องค์ประกอบของตัวแปร ในการวิจัยระยะที่ 1	ข้อค้นพบ	ความเชื่อมโยงสู่การวิจัย ในระยะที่ 2 เพื่อออกแบบ กิจกรรม
แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร		
แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล	1.ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ	7.ออกแบบชุดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ดี
แหล่งทรัพยากรด้านสังคม	1.ความหลากหลายของอาหารจากครอบครัวหรือญาติที่มาเยี่ยม	8.ออกแบบชุดความรู้การเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์
แหล่งทรัพยากรที่สัมพันธ์กับการนอนพักผ่อน		
แหล่งทรัพยากรด้านบุคคล	1.การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอนหลับ	9.ออกแบบชุดความรู้เรื่องประโยชน์ของการนอนพักผ่อน
แหล่งทรัพยากรด้านสังคม	1.การได้รับยาที่ช่วยเรื่องการนอนหลับ 2.การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3.การกำหนดเวลานอนจากสถานบำบัด	10.ทบทวนความรู้ที่เรียนมา

ตอนที่ 2 ผลการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย คือ 1) สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2) สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง 3) สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ 4) สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯในกลุ่มทดลองมีค่าสุข

ภาวะทางจิตสูงขึ้นตามช่วงเวลาที่ทำการวัดกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพ โดยเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของเซอร์เรอร์ ร่วมกับ แนวคิดทฤษฎีสตรีนิยม โดยในระยະนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยมีการวัดก่อน และหลัง การทดลอง(PRETEST-POSTTEST DESIGN) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2

การนำเสนอการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล 2) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง 3) ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร และ 4) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1.สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 7

ตาราง 7 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์/อักษรย่อ	แทน
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Sk	ค่าความเบ้ (Skewness)
Ku	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
n	จำนวนคนในกลุ่ม
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson
SS	ผลรวมกำลังสอง (Sum of Square)
df	ค่าองศาอิสระ (Degree of freedom)
MS	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of Square)
F	ค่าสถิติทดสอบเอฟ
p-value	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐบาลในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 54 คน

จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 27 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ และกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ ดังนี้ สามารถสรุปดังตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
น้อยกว่า 20 ปี	2	7.41	1	3.70	3	5.56
20 – 29 ปี	9	33.32	11	40.75	20	37.04
30 – 39 ปี	7	25.93	6	22.22	13	24.07
40 – 49 ปี	7	25.93	6	22.22	13	24.07
ตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป	2	7.41	3	11.11	5	9.26
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด						
ระหว่าง 1 – 5 ปี	9	33.33	11	40.74	20	37.04
ระหว่าง 6 – 10 ปี	10	37.04	8	29.63	18	33.34
ระหว่าง 11 – 15 ปี	3	11.11	4	14.82	7	12.96
ระหว่าง 16 – 20 ปี	4	14.82	3	11.11	7	12.96
20 ปีขึ้นไป	1	3.70	1	3.70	2	3.70

ตาราง 8 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ						
โสด	11	40.75	15	55.56	26	48.14
สมรส/คู่	9	33.33	5	18.52	14	25.93
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	25.92	7	25.92	14	25.93
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	37.04	11	40.74	21	38.89
มัธยมศึกษา	11	40.74	10	37.04	21	38.89
ปวช / ปวส	4	14.81	4	14.81	8	14.81
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	7.41	2	7.41	4	7.41
การประกอบอาชีพ						
รับจ้างทั่วไป	13	48.15	11	40.74	24	44.44
ไม่ได้ทำงาน	6	22.22	8	29.63	14	25.93
แม่บ้าน	3	11.11	5	18.52	8	14.81
เกษตรกร	3	11.11	1	3.70	4	7.41
ค้าขาย	2	7.41	2	7.41	4	7.41
รวม	27	100.00	27	100.00	54	100.00

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เป็นผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในสถานบริการของรัฐ ที่อยู่ในระยะฟื้นฟู จากตาราง 8 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุระหว่าง ระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 37.04 รองลงมา มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และระหว่าง 40-49 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 24.07 มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จำนวน 5

คน คิดเป็นร้อยละ 9.26 และกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 คน เมื่อจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนมากมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด อยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 37.04 รองลงมา อยู่ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 33.34 อยู่ระหว่าง 11-15 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 12.96 อยู่ระหว่าง 16-20 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 12.96 และส่วนน้อยที่สุดมีระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.70

เมื่อจำแนกตามสถานภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพโสด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 48.14 รองลงมามีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 25.93 และมีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 25.93 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 การศึกษาอยู่ในระดับปวช./ปวส. จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 และส่วนน้อยที่สุดศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.41 เมื่อจำแนกตามการประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 40.74 รองลงมาไม่ได้ทำงาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 25.93 ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 ประกอบอาชีพค้าขายและประกอบอาชีพเกษตรกร ในสัดส่วนที่เท่ากัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.41

3. ดำเนินการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรพหุนาม

ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรพหุนาม (Multivariate analysis of variance: MANOVA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบสมมติฐานในแต่ละครั้งของการทดสอบ ดังนี้

3.1 การทดสอบก่อนการทดลองของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

3.1.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)					กลุ่มควบคุม (n = 27)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
ความตั้งใจเลิก ยาเสพติด	3.98	0.32	-0.57	-0.16	.952	3.99	0.32	-0.64	-0.19	.946
การออกกำลังกาย	3.39	0.45	1.08	3.16	.921*	3.39	0.45	1.05	3.02	.928
การรับประทานอาหาร	3.45	0.53	0.47	-0.55	.945	3.45	0.53	0.43	-0.67	.949
การพักผ่อน	3.25	0.40	0.07	-0.88	.971	3.30	0.45	0.24	-0.80	.964
พฤติกรรมรวม	3.50	0.25	0.57	-0.73	.930	3.52	0.30	0.61	-0.64	.933

จากตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ย 3.98 ($SD = 0.32$) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.45 ($SD = 0.53$) ด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.39 ($SD = 0.45$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.25 ($SD = 0.40$)

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ย 3.99 ($SD = 0.32$) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.45 ($SD = 0.53$) ด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.39 ($SD = 0.45$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน มีคะแนนเฉลี่ย 3.30 ($SD = 0.45$) ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z-values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง -0.64 ถึง 1.08 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) และค่า z-values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -0.88 ถึง 3.16 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3.1.2 การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Box' M Test ในตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ของการทดสอบก่อนการทดลอง ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 10 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร (Variance-covariance matrices) พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				6.636
<i>F</i>				.608
<i>p</i>				.808
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p-value</i>
ความตั้งใจเลิกยาเสพติด	.001	1	52	.976
การออกกำลังกาย	.002	1	52	.961
การรับประทานอาหาร	.014	1	52	.907
การพักผ่อน	.313	1	52	.578
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 36.41$, <i>df</i> = 6, <i>p-value</i> < .001				

จากตาราง 10 พบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง มีค่า Box's M เท่ากับ 6.636 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .608$, *p-value* = .808) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด ($F = .001$, *p-value* = .976) ด้านการออกกำลังกาย ($F = .002$, *p-value* = .961) ด้านการรับประทานอาหาร ($F = .014$, *p-value* = .907) และ ด้านการพักผ่อน ($F = .313$, *p-value* = .578)

เมื่อทำการทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่มีความเป็นมิติ

เอกลักษณ์ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 36.41$, $df = 6$, $p\text{-value} < .001$) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

3.1.3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

แหล่ง ความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.992	4	49	.099	.982	.008

จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่ไม่แตกต่างกัน (Wilks's lambda = .992, $F = .099$, $p\text{-value} = .982$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีคะแนนการทดสอบก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน จึงไม่ต้องทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน และเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

3.2 การทดสอบหลังการทดลองของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

3.2.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)					กลุ่มควบคุม (n = 27)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
ความตั้งใจเลิกยาเสพติด	4.22	0.33	-0.90	1.84	.939	3.75	0.44	0.05	-0.45	.973
การออกกำลังกาย	3.65	0.47	0.05	0.87	.971	3.26	0.43	0.71	2.11	.939
การรับประทานอาหาร	3.70	0.46	-0.11	-0.45	.973	3.22	0.56	0.88	0.19	.913*
การพักผ่อน	3.48	0.45	-0.60	0.14	.955	3.20	0.49	0.37	-0.84	.949
พฤติกรรมรวม	3.75	0.28	0.02	-1.23	.943	3.34	0.37	0.24	-0.79	.960

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ย 4.22 ($SD = 0.33$) รองลงมา คือ ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ย 3.70 ($SD = 0.46$) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.65 ($SD = 0.47$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน มีค่าเฉลี่ย 3.48 ($SD = 0.45$)

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด มีคะแนนเฉลี่ย 3.75 ($SD = 0.44$) รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.26 ($SD = 0.43$) ด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ย 3.22 ($SD = 0.56$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการพักผ่อน มีค่าเฉลี่ย 3.20 ($SD = 0.49$) ตามลำดับ ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z-values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง -0.90 ถึง 0.88 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) และค่า z-values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -0.84 ถึง 2.11 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3.2.2 การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Box' M Test ในแต่ละตัวแปร ของการทดสอบหลังการทดลอง ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 13 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				11.964
<i>F</i>				1.097
<i>p</i>				.360
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p-value</i>
ความตั้งใจเลิกยาเสพติด	3.242	1	52	.078
การออกกำลังกาย	.103	1	52	.749
การรับประทานอาหาร	.724	1	52	.399
การพักผ่อน	.599	1	52	.443
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 75.617$, <i>df</i> = 6, <i>p-value</i> < .001				

จากตาราง 13 พบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง มีค่า Box's M เท่ากับ 11.964 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.097$, *p-value* = .360) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด ($F = 3.242$, *p-value* = .078) ด้านการออกกำลังกาย ($F = .103$, *p-value* = .749) ด้านการรับประทานอาหาร ($F = .724$, *p-value* = .399) และด้านการพักผ่อน ($F = .599$, *p-value* = .443) เมื่อทำการทดสอบมิติเอกลักษณ์ของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่มีความเป็นมิติเอกลักษณ์ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 75.617$, *df* = 6, *p-value* < .001) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สตรีในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าสตรีในกลุ่มควบคุม

3.2.3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง

แหล่ง ความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.648	4	49	6.657	<.001	.352

จากตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda = .648, $F = 6.657$, $p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีคะแนนการทดสอบหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ด้าน จึงทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้านต่อไป

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง

ตัวแปร	แหล่ง ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta ²
ความตั้งใจเลิกยา เสพติด	Group	2.927	1	2.927	19.732	<.001	.275
	Error	7.713	52	.148			
การออกกำลังกาย	Group	2.066	1	2.066	10.217	.002	.164
	Error	10.515	52	.202			
การรับประทาน อาหาร	Group	3.073	1	3.073	11.694	.001	.184
	Error	13.666	52	.263			
การพักผ่อน	Group	1.007	1	1.007	4.586	.037	.081

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 จำแนกตามรายองค์ประกอบได้แก่

1) ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 19.732$, $p\text{-value} < .001$)

2) ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.217$, $p\text{-value} = .002$)

3) ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 11.694$, $p\text{-value} = .001$)

4) ด้านการพักผ่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.586$, $p\text{-value} = .037$)

แสดงให้เห็นว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3.3 การทดสอบก่อนการทดลองของสภาวะทางจิต

3.3.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของสภาวะทางจิต ในการทดสอบก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)					กลุ่มควบคุม (n = 27)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
การยอมรับในตนเอง	3.31	0.52	0.56	-0.23	.947	3.33	0.54	0.55	-0.33	.947
การมีสัมพันธภาพเชิงบวก	3.63	0.46	1.07	1.17	.882**	3.61	0.46	1.11	1.18	.896*

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)					กลุ่มควบคุม (n = 27)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
การเป็นตัวของตัวเอง	3.43	0.50	1.12	0.85	.896*	3.44	0.51	1.09	0.73	.901*
การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม	3.28	0.74	1.30	0.68	.826***	3.25	0.75	1.23	0.56	.840** *
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.40	0.66	1.55	1.32	.764***	3.38	0.67	1.60	1.41	.754** *
ความงอกงามในตนเอง	3.29	0.66	0.64	1.28	.915*	3.26	0.68	0.64	1.15	.916*
สุขภาวะทางจิต	3.39	0.52	1.38	0.82	.788***	3.38	0.53	1.38	0.79	.784** *

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของตัวแปร สุขภาวะทางจิต จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ย 3.63 ($SD = 0.46$) รองลงมา คือ ด้านการเป็นตัวของตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.43 ($SD = 0.50$) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย 3.40 ($SD = 0.66$) ด้านการยอมรับในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.31 ($SD = 0.52$) ด้านความงอกงามในตน มีคะแนนเฉลี่ย 3.28 ($SD = 0.66$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 3.27 ($SD = 0.74$)

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ย 3.61 ($SD = 0.46$) รองลงมา คือ ด้านการเป็นตัวของตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.44 ($SD = 0.51$) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย 3.38 ($SD = 0.67$) V2.1

ด้านการยอมรับในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.33 ($SD = 0.54$) ด้านความงอกงามในตน มีคะแนนเฉลี่ย 3.26 ($SD = 0.68$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 3.25 ($SD = 0.75$) ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z -values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง 0.55 ถึง 1.60 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) และค่า z -values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -0.33 ถึง 1.41 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถทำการวิเคราะห์ MANOVA ต่อไป

3.3.2 การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Box' M Test ในแต่ละตัวแปรสุขภาพจิตของการทดสอบก่อนการทดลอง ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 17 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				.537
F				.022
p				1.000
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	F	$df1$	$df2$	p -value
การยอมรับในตนเอง	.028	1	52	.867
การมีสัมพันธภาพเชิงบวก	.007	1	52	.934
การเป็นตัวของตัวเอง	.007	1	52	.933
การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม	.021	1	52	.886
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	.000	1	52	.999
ความงอกงามในตนเอง	.026	1	52	.874
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 297.745$, $df = 15$, p -value < .001				

จากตาราง 17 พบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง มีค่า Box's M เท่ากับ .537 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($F = .022, p\text{-value} = 1.000$) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการยอมรับในตนเอง ($F = .028, p\text{-value} = .867$) ด้านการมีความสัมพันธ์ทางเชิงบวก ($F = .007, p\text{-value} = .934$) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ($F = .007, p\text{-value} = .933$) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม ($F = .021, p\text{-value} = .886$) ด้านการมีจุดหมายในชีวิต ($F = .000, p\text{-value} = .999$) และด้านความมั่งคั่งในตน ($F = .026, p\text{-value} = .874$) เมื่อทำการทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่เป็นมิติเอกลักษณะ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 297.745, df = 15, p\text{-value} < .001$) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 สถิติที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพลังทางสุขภาพมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

3.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) ของคะแนนสุขภาวะทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง

แหล่ง ความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.993	6	47	.056	.999	.007

จากตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาวะทางจิต ด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks's lambda = .993, $F = .056, p\text{-value} = .999$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนการทดสอบก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน จึงไม่ทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน และเปรียบเทียบรายคู่

3.4 การทดสอบหลังการทดลองของสภาวะทางจิต

3.4.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรสภาวะทางจิต จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)					กลุ่มควบคุม (n = 27)				
	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD	Sk	Ku	Shapiro Wilk
การยอมรับในตนเอง	3.92	0.72	0.29	-0.85	.916*	3.21	0.42	0.43	0.30	.953
การมีสัมพันธภาพเชิงบวก	4.12	0.55	0.18	-0.85	.952	3.42	0.31	0.43	-0.61	.928
การเป็นตัวของตัวเอง	4.00	0.63	0.19	-0.94	.945	3.44	0.38	0.11	-1.26	.918*
การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม	3.78	0.72	0.49	-0.82	.924*	3.16	3.90	0.32	-0.41	.965
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.88	0.71	0.54	-0.95	.875**	3.17	0.31	1.81	5.53	.853***
ความองกงามในตนเอง	3.87	0.66	0.43	-0.29	.951*	3.13	0.51	-0.30	-0.20	.932
สภาวะทางจิต	3.93	0.61	0.72	-0.75	.882**	3.25	0.30	0.75	0.62	.956

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของตัวแปรสภาวะทางจิต จำแนกตามกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีความสัมพันธ์เชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ย 4.12 ($SD = 0.55$) รองลงมา คือ ด้านการยอมรับในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.92 ($SD = 0.72$) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย 3.88 ($SD = 0.71$) ด้านความองกงามในตน มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 ($SD = 0.66$) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 3.78 ($SD = 0.72$) และน้อยที่สุด คือ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 ($SD = 0.63$)

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.44 ($SD = 0.38$) รองลงมา คือ ด้านการมีความสัมพันธ์ทางเพิงบก มีคะแนนเฉลี่ย 3.42 ($SD = 0.31$) ด้านการยอมรับในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.21 ($SD = 0.42$) ด้านการมีจุดหมายในชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย 3.17 ($SD = 0.31$) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 3.16 ($SD = 3.90$) และน้อยที่สุด คือ ด้านความมั่งคั่งในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.13 ($SD = 0.51$) ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรบางตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001 แสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่า z -values ของความเบ้ พบว่า อยู่ระหว่าง -0.30 ถึง 1.81 ซึ่งไม่เกิน ± 3.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) และค่า z -values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -1.26 ถึง 5.53 ซึ่งไม่เกิน ± 10.00 ตามเกณฑ์ของ Kline (2016) จึงถือว่าการแจกแจงของข้อมูลยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สามารถทำการวิเคราะห์ MANOVA ต่อไป

3.4.2 การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance-covariance matrices) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Box' M Test ในแต่ละตัวแปร ของการทดสอบหลังการทดลอง ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 20 ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง

Multivariate Test of Homoscedasticity				
Box's Test of Equality of Covariance Metrics				
Box's M				41.288
F				1.722
p				.021
Univariate Test of Homoscedasticity				
Levene's Test of Equality of Error Variance	F	$df1$	$df2$	p -value
การยอมรับในตนเอง	7.260	1	52	.009
การมีความสัมพันธ์ทางเพิงบก	8.740	1	52	.005
การเป็นตัวของตัวเอง	6.534	1	52	.014
การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม	9.945	1	52	.003
การมีจุดหมายในชีวิต	15.082	1	52	<.001
ความมั่งคั่งในตนเอง	1.557	1	52	.218
Bartlett's Test of Sphericity: $\chi^2 = 368.942$, $df = 15$, p -value <.001				

จากตาราง 20 พบว่า คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง มีค่า Box's M เท่ากับ 41.288 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 1.722$, $p\text{-value} = .021$) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิต มี 5 ด้าน ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001 ได้แก่ ด้านการยอมรับในตนเอง ($F = 7.260$, $p\text{-value} = .009$) ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก ($F = 8.740$, $p\text{-value} = .005$) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ($F = 6.534$, $p\text{-value} = .014$) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม ($F = 9.945$, $p\text{-value} = .003$) และ ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ($F = 15.082$, $p\text{-value} < .001$)

มีเพียง 1 ด้าน ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความงอกงามในตน ($F = 1.557$, $p\text{-value} = .218$) แม้ว่าจะมีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น แต่ด้วยความแกร่ง (Robust) ของสถิติที่จะทำการทดสอบ การละเมิดข้อตกลงจึงส่งผลกระทบต่อเพียงเล็กน้อย ไม่ทำให้ผลการทดสอบเกิดความคลาดเคลื่อน แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่นำผลการทดลองไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงข้อจำกัดนี้ด้วย เมื่อทำการทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์กันไม่เป็นมิติเอกลักษณะ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 368.942$, $df = 15$, $p\text{-value} < .001$) ถือได้ว่าคะแนนของตัวแปรตามมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐานต่อไป

3.4.3 การเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลองตามสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนสุขภาวะทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง

แหล่ง ความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value	Partial Eta ²
Group	.546	6	47	6.511	<.001	.454

จากตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาวะทางจิต ด้านต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks's lambda = .546, $F = 6.511$, $p\text{-value} < .001$)

value <.001) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนทดสอบหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ด้าน จึงทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน และเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการทดสอบหลังการทดลอง

ตัวแปร	แหล่ง ความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta ²
การยอมรับใน ตนเอง	Group	6.736	1	6.736	19.434	<.001	.272
	Error	18.022	52	.347			
การมีสัมพันธภาพ เชิงบวก	Group	6.736	1	6.736	33.722	<.001	.393
	Error	10.386	52	.200			
การเป็นตัวของตัวเอง	Group	4.327	1	4.327	15.902	<.001	.234
	Error	14.149	52	.272			
การมีความสามารถ จัดการกับ สิ่งแวดล้อม	Group	5.085	1	5.085	15.332	<.001	.228
	Error	17.248	52	.332			
การมีจุดมุ่งหมาย ในชีวิต	Group	6.635	1	6.635	22.217	<.001	.299
	Error	15.530	52	.299			
ความงอกงามใน ตนเอง	Group	7.355	1	7.355	21.227	<.001	.290
	Error	18.017	52	.346			

จากตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จำแนกตามองค์ประกอบ ได้แก่

1) ด้านการยอมรับในตนเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 19.434$, $p\text{-value} < .001$)

2) ด้านการมีความสัมพันธ์ทางบวก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 33.722$, $p\text{-value} < .001$)

3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 15.902$, $p\text{-value} < .001$)

4) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 15.332$, $p\text{-value} < .001$)

5) ด้านการมีจุดหมายในชีวิต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 22.217$, $p\text{-value} < .001$)

6) ด้านความงอกงามในตน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 21.227$, $p\text{-value} < .001$)

แสดงให้เห็นว่า หลังจากที่ได้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว กลุ่มทดลองมีสุขภาพทางจิตที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยสังเกตจากการเพิ่มขึ้นของระดับคะแนนในแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการยอมรับในตนเอง ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม ด้านการมีจุดหมายในชีวิต และด้านความงอกงามในตน สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล และมุมมองเชิงบวกจากการดูแล ในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง ตามภาพกราฟเส้น ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 13 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 14 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 15 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 16 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 17 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้านการพักผ่อน จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 18 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 19 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับในตนเอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 20 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 21 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านความเป็นตัวของตัวเอง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 22 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 23 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านการมีจุดหมายในชีวิต จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพประกอบ 24 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตด้านความงอกงามในต้น จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4

3.5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement ANOVA)

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และสุขภาวะทางจิต ระหว่างระยะการวัดผลในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 23

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (กลุ่มทดลอง)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p-value	η^2
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	Sphericity	การวัดผล	0.811	1	0.811	15.156***	<.001	0.368
	Assumed	Error	1.392	26	0.054			
สุขภาวะทางจิต	Sphericity	การวัดผล	3.906	1	3.906	14.445***	<.001	0.357
	Assumed	Error	7.031	26	0.270			

จากตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การวัดผล ทั้ง 2 ครั้ง ของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะการวัดผล มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F =$

15.156, $p\text{-value} = <.001$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันในการวัดผล

นอกจากนี้ การวัดผล ทั้ง 2 ครั้ง ของตัวแปรสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลอง โดยใช้ค่าที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ระยะการวัดผล มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 14.445$, $p\text{-value} <.001$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันไปตามในครั้งการวัดผล

ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบอิทธิพลย่อย (Simple Effect) เพื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละครั้งของการวัดผล ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison) โดยวิธีของ Bonferroni ดังตาราง 24

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และสุขภาวะทางจิต รายคู่ในแต่ละระยะการวัดผล (กลุ่มทดลอง)

ตัวแปร	ระยะการวัด	M	SE.	Mean Different (d)	SE.
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	3.50	.048		
	หลังการทดลอง	3.75	.054	-.245***	.063
สุขภาวะทางจิต	ก่อนการทดลอง	3.39	.100		
	หลังการทดลอง	3.93	.118	.538***	.142

หมายเหตุ * $p\text{-value} < .05$, ** $p\text{-value} < .01$, *** $p\text{-value} < .001$

จากตาราง 24 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลองรายคู่ในแต่ละระยะการวัดผล พบว่า การวัดผลหลังการทดลอง ($M = 3.75$, $SE. = .054$) มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง ($M = 3.50$, $SE. = .048$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = -.245$, $SE. = .063$) แสดงว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลองรายคู่ในแต่ละระยะการวัดผล พบว่า 1) การวัดผลหลังการทดลอง ($M = 3.93$, $SE. = .118$) มีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง ($M = 3.39$, $SE. = .100$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .538$, $SE. = 0.142$) แสดงว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

ตาราง 25 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง				
คะแนนรวม พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	1-5	3.16 – 4.03	3.50	0.25
V1.1 ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด	1-5	3.29 – 4.50	3.98	0.32
V1.2 ด้านการออกกำลังกาย	1-5	2.56 – 4.81	3.39	0.45
V1.3 ด้านการรับประทานอาหาร	1-5	2.59 – 4.41	3.45	0.53
V1.4 ด้านการพักผ่อน	1-5	2.50 – 4.00	3.25	0.40
หลังการทดลอง				
คะแนนรวม พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	1-5	3.29 – 4.17	3.75	0.28
V1.1 ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด	1-5	3.29 – 4.86	4.22	0.33
V1.2 ด้านการออกกำลังกาย	1-5	2.50 – 4.75	3.65	0.47
V1.3 ด้านการรับประทานอาหาร	1-5	2.76 – 4.47	3.70	0.46
V1.4 ด้านการพักผ่อน	1-5	2.50 – 4.25	3.48	0.45

จากตาราง 25 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง รายคู่ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกตามองค์ประกอบ พบว่า

- 1) ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด หลังการทดลอง ($M = 4.22$, $SD. = 0.33$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.98$, $SD. = 0.32$)
- 2) ด้านการออกกำลังกาย หลังการทดลอง ($M = 3.65$, $SD. = 0.47$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.39$, $SD. = 0.45$)
- 3) ด้านการรับประทานอาหาร หลังการทดลอง ($M = 3.70$, $SD. = 0.46$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.45$, $SD. = 0.53$)
- 4) ด้านการพักผ่อน หลังการทดลอง ($M = 3.48$, $SD. = 0.45$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.25$, $SD. = 0.40$)

ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง				
คะแนนรวม สุขภาวะทางจิต	1-5	3.14 – 5.00	3.93	0.61
V2.1 ด้านการยอมรับในตนเอง	1-5	2.57 – 4.57	3.31	0.52
V2.2 ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก	1-5	3.07 – 4.86	3.63	0.46
V2.3 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	1-5	2.86 – 4.79	3.43	0.50
V2.4 ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม	1-5	2.43 – 5.00	3.28	0.74
V2.5 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	1-5	2.71 – 5.00	3.40	0.66
V2.6 ด้านความงอกงามในตน	1-5	2.21 – 5.00	3.29	0.66
หลังการทดลอง				
คะแนนรวม สุขภาวะทางจิต	1-5	3.14 – 5.00	3.93	0.61
V2.1 ด้านการยอมรับในตนเอง	1-5	2.64 – 5.00	3.92	0.72
V2.2 ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก	1-5	3.14 – 5.00	4.12	0.55
V2.3 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	1-5	2.93 – 5.00	4.00	0.63
V2.4 ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม	1-5	2.71 – 5.00	3.78	0.72
V2.5 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	1-5	3.00 – 5.00	3.88	0.71
V2.6 ด้านความงอกงามในตน	1-5	2.57 – 5.00	3.87	0.66

จากตาราง 26 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลอง รายคู่ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกตามองค์ประกอบ พบว่า

- 1) ด้านการยอมรับในตนเอง หลังการทดลอง ($M = 3.92$, $SD. = 0.72$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.31$, $SD. = 0.52$)
- 2) ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก หลังการทดลอง ($M = 4.12$, $SD. = 0.55$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.63$, $SD. = 0.46$)

3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง หลังการทดลอง ($M = 4.00$, $SD. = 0.63$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.43$, $SD. = 0.50$)

4) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม หลังการทดลอง ($M = 3.78$, $SD. = 0.72$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.28$, $SD. = 0.74$)

5) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หลังการทดลอง ($M = 3.88$, $SD. = 0.71$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.40$, $SD. = 0.66$)

6) ด้านความงอกงามในตน หลังการทดลอง ($M = 3.87$, $SD. = 0.66$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.29$, $SD. = 0.66$)

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (กลุ่มควบคุม)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	η^2	
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	Sphericity Assumed	การวัดผล	0.420	1	0.420	3.030	.094	0.104
	Error		3.603	26	0.209			
สุขภาวะทางจิต	Sphericity Assumed	การวัดผล	0.209	1	0.139	1.133	.297	0.042
	Error		4.788	26	0.184			

จากตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การวัดผล ทั้ง 2 ครั้ง ของตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะเวลาการวัดผล ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.030$, $p\text{-value} = .094$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันในการวัดผล

นอกจากนี้ การวัดผล ทั้ง 2 ครั้ง ของตัวแปรสุขภาวะทางจิตของกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ระยะเวลาการวัดผล ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.133$, $p\text{-value} = .297$) ซึ่งหมายความว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละครั้งของการวัดผล จึงไม่ต้องทำการทดสอบอิทธิพลย่อย (Simple Effect) เพื่อพิจารณาความแตกต่างของการวัดผล ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพและผลกระทบด้านสุขภาพและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิตของสตรีที่ใช้สารเสพติด ดำเนินการออกแบบการวิจัยแบบวิธีแบบจัดกระทำ (Mixed Methods research – Intervention design) ตามแนวคิดของเครสเวลล์ (Creswell, 2014) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพนำ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) เพื่อศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรทางด้านบุคคลและสังคมที่ช่วยในการเสริมสร้างพลังสุขภาพ นำมาออกแบบกลยุทธ์พัฒนาและตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำทางสุขภาพในสตรีที่มารับบริการในสถานบริการภาครัฐ และทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ มีการวัดก่อน และหลังการทดลอง (Pretest- Posttest Design) โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ระยะดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบและเงื่อนไขของแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยเสริมสร้างพลังสุขภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย สตรีที่เข้ารับการรักษายาเสพติดจำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยสตรีที่อดีตเคยใช้ยาเสพติด ปัจจุบันมีทั้งสามารถเลิกได้และยังคงทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในสถานบริการภาครัฐ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพจำนวน 4 คน คัดเลือกมาจากผู้มีประสบการณ์ทางการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดไม่น้อยกว่า 5 ปี มีหน้าที่ผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดในสถานพยาบาลที่ตนเองได้สังกัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกับสตรีที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟู ในสถานบริการของรัฐ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติด บริบทส่วนบุคคลและบริบทส่วนสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดในเพศหญิงที่มีจำนวนมากขึ้น การถูกเลือกปฏิบัติ ถูกกีดกันการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างจากเพศชาย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงบริบทของแหล่งทรัพยากรในทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพ(Health empowerment Theory) เพื่อนำไปออกแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพของสตรีเพื่อลดผลกระทบทางจิตสังคมและพฤติกรรม

ของสตรีที่เข้ายาเสพติด รวมถึงการคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้การถอดเทปแบบคำต่อคำ การถอดรหัส การวิเคราะห์หัวข้อย่อยและ หัวข้อหลัก รวมถึงประเด็นย่อยและประเด็นหลักที่ได้จากการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Data Triangulation) จากแหล่งผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่มและพิจารณาสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี ใช้วิธียืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบผลที่ได้รวมถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนต่าง ๆ ตามขั้นตอนที่ได้ปฏิบัติ

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยระยะการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ สุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับการบำบัดยาเสพติด โดยเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกำหนดสมมติฐานการทดสอบไว้ 4 ประการ คือ 1) สตรีที่เคยเข้ายาเสพติด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ สุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม 2) สตรีที่เคยเข้ายาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3) สตรีที่เคยเข้ายาเสพติด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ สุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และ 4) สตรีที่เคยเข้ายาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิต สูงกว่าก่อนการทดลอง

โดยการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 และพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ ให้มี ความสอดคล้องกับกลุ่มของสตรีที่เข้ายาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดย โปรแกรมฯ นี้ ในระยะเวลาในการทดลอง จำนวน 10 ครั้ง รวมระยะเวลาที่ดำเนินการจำนวน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นสตรีที่เข้ายาเสพติด และได้เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 54 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างการทดลอง โดยทำ การสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 27 คน โดยกลุ่มทดลอง จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ และกลุ่มควบคุมจะที่ไม่ได้รับการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีผู้เสพยาเสพติด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาเสพติด 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการรับประทานอาหาร และ 4) ด้านการพักผ่อน มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 5 หน่วย จาก “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ปฏิบัติน้อยที่สุด” และ 2) แบบวัดสุขภาวะทางจิต โดยอ้างอิงจากริฟฟ์(Ryff, 1995) ซึ่งครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1)การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพเชิงบวก (Positive relations with others) 3)การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 4)การมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) และ 6) ความงอกงามในตนเอง (Personal growth)

วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวนหลายตัวแปร (One-way MANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (MANOVA with Repeated measures) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของสตรีที่อดีตเคยใช้ยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

1.การศึกษาบริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพในมุมมองของสตรีไทยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด

พบว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตในกลุ่มสตรีที่ใช้สารเสพติด มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านบุคคลและสังคมที่หลากหลาย โดยจำแนกออกเป็น 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด 2) บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร 3) บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และ 4) บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการพักผ่อน โดยพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางจิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ การทำความเข้าใจพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาวิถีชีวิตที่นำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะใน

บริบทของสตรีที่เผชิญกับความท้าทายจากบทบาททางเพศ และอิทธิพลทางวัฒนธรรม การจัดการปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสมไม่เพียงช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่สตรีที่เคยใช้สารเสพติด แต่ยังช่วยให้พวกเธอได้รับการสนับสนุนอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติของสุขภาพกายและสุขภาพทางจิตใจ

ประสบการณ์การใช้สารเสพติดและการฟื้นฟูสุขภาพเป็นประสบการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะตัวและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์เหล่านี้มักมีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับบริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การนำประสบการณ์ตรงของผู้ที่ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้มาพร้อมกับความรู้จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลและช่วยเหลือ สามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะตัวและหลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่ใช้สารเสพติดสามารถจำแนกออกเป็น 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

องค์ประกอบแรกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด พบว่าการทำความเข้าใจบริบทด้านบุคคล เช่น แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง และปัจจัยเสี่ยงส่วนตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้สตรีสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่สนับสนุนกระบวนการเลิกยาเสพติดประกอบด้วย 1) การมีเป้าหมายในชีวิตเชิงบวก เช่น การปรับปรุงสุขภาพ การพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือการสร้างอนาคตที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและความหวัง 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง การติดยาเสพติดมักลดทอนความมั่นใจของสตรี การพัฒนาทักษะใหม่ ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความภูมิใจในตนเอง 3) การตระหนักรู้ถึงผลเสียของยาเสพติด เช่น ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดผลกระทบเหล่านั้น ในขณะเดียวกัน บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านสังคมมีบทบาทสำคัญเช่นกัน ได้แก่ 1) สัมพันธภาพเชิงสนับสนุนจากครอบครัว ที่ให้คำปรึกษา การยอมรับ และกำลังใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว 2) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ที่มีประสบการณ์ร่วม หรือสามารถให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์

องค์ประกอบที่สองเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เคยใช้สารเสพติด ซึ่งมักเผชิญปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการใช้ยาในอดีต การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่เพียงช่วยฟื้นฟูร่างกาย แต่ยังส่งผลดีต่อจิตใจและอารมณ์ โดยบริบทส่วนบุคคลและสังคมต่างมีบทบาทสำคัญในกระบวนการนี้ แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ 1) แรงจูงใจด้านความสวยงาม สตรีที่ใช้สารเสพติดมักมองว่าการออกกำลังกายเป็นวิธีลดน้ำหนักและรักษารูปร่าง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและสร้างความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง 2) แรงจูงใจด้านสุขภาพ การออกกำลังกายช่วยเพิ่มพลังงาน

ลดความเครียด และปรับปรุงอารมณ์ ส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ สำหรับแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ได้แก่ 1) ค่านิยมเกี่ยวกับรูปร่างที่สมส่วนและสุขภาพดี ซึ่งส่งเสริมการปรับปรุงตนเองเพื่อการยอมรับในสังคม 2) การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน กลุ่มที่ให้กำลังใจหรือร่วมกิจกรรมช่วยเสริมสร้างแรงใจและความมุ่งมั่นในการออกกำลังกาย 3) ความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์กีฬา หรือกิจกรรมที่กระตุ้นความสนใจ ซึ่งช่วยให้สตรีที่ใช้สารเสพติดเริ่มต้นและรักษาพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างยั่งยืน

องค์ประกอบที่สามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และถูกสุขลักษณะส่งผลสำคัญต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ละเลยมื้ออาหารหรือบริโภคอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่สมดุลและมีคุณค่าทางโภชนาการจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการฟื้นฟูร่างกายและลดผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงการสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพจิต แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโภชนาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมช่วยให้สตรีที่ใช้ยาเสพติดตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารหลากหลายกลุ่มในปริมาณที่สมดุล ควบคุมปริมาณแคลอรีและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูงหรืออาหารทอดยังช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง 2) การวางแผนมื้ออาหาร การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนมื้ออาหารที่ถูกต้อง เช่น การลดการบริโภคอาหารรสจัดและเพิ่มอาหารที่มีประโยชน์ เป็นแนวทางที่ช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี สำหรับแหล่งทรัพยากรด้านสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ ครอบครัวที่นำอาหารมาเยี่ยมผู้ป่วยในสถานบำบัดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการเลือกอาหารที่มีประโยชน์สามารถสนับสนุนการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การจัดการอาหารในสถานบำบัด นักโภชนาการในสถานบำบัดจัดอาหารให้เหมาะสมต่อสุขภาพของผู้ป่วย แม้อาหารเหล่านี้อาจไม่ถูกใจผู้ป่วย แต่ถือเป็นตัวอย่างที่ดีของอาหารที่ถูกสุขลักษณะ

องค์ประกอบที่สี่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการพักผ่อน การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพช่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติดซึ่งมักประสบปัญหาอนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท การส่งเสริมการพักผ่อนที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม แหล่งทรัพยากรด้านบุคคลที่มีบทบาท ได้แก่ 1) การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการนอน การจัดการความเครียดผ่านกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลงเบา ๆ หรือการทำสมาธิก่อนนอน ช่วยปรับสภาพจิตใจ การส่งเสริมกิจกรรมดังกล่าวในสถานบำบัด เช่น การทำสมาธิร่วมกัน ช่วยสร้างความสงบ ลดความวิตกกังวล

และทำให้การนอนมีคุณภาพยิ่งขึ้น ในด้านบริบทสังคม แหล่งทรัพยากรสำคัญได้แก่ 1) การใช้ยาที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ การรักษาทางการแพทย์สำหรับสตรีที่ใช้ยาเสพติดอาจรวมถึงการจ่ายยาช่วยนอนหลับตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อปรับสมดุลของร่างกายและส่งเสริมการนอนที่มีประสิทธิภาพ 2) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยลดความเครียด ปรับสมดุลของระบบฮอร์โมน และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้ การเผาผลาญพลังงานจากการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายเหนื่อยล้าและหลับสบาย 3) การกำหนดเวลานอนในสถานบำบัด เช่น การกำหนดเวลาปิดไฟในเวลา 21.00 น. ช่วยสร้างวินัยและปรับรูปแบบการนอน การลดแสงและเสียงรบกวนในพื้นที่พักผ่อนยังช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ

ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพด้วยกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ

1. ผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ในสตรีที่ใช้ยาเสพติดวัดผลพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สตรีที่ใช้ยาเสพติดกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda = .648, $F = 6.657$, $p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีคะแนนการทดสอบหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ด้าน จึงทำการเปรียบเทียบ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ได้แก่ 1) ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 19.732$, $p\text{-value} < .001$) 2) ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.217$, $p\text{-value} = .002$) 3) ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 11.694$, $p\text{-value} = .001$) และ 4) ด้านการพักผ่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.586$, $p\text{-value} = .037$)

1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพจำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001 ได้แก่ 1) ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด กลุ่มทดลอง ($M = 4.22$, $SD. = 0.33$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.75$, $SD. = 0.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .466$, $SE. = .105$) 2) ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง ($M = 3.65$, $SD. = 0.47$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.26$, $SD. = 0.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($d = .391$, $SE. = .122$) 3) ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลอง ($M = 3.70$, $SD. = 0.46$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.22$, $SD. = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .477$, $SE. = .140$) และ 4) ด้านการพักผ่อน กลุ่มทดลอง ($M = 3.48$, $SD. = 0.45$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.20$, $SD. = 0.49$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($d = .273$, $SE. = .128$) แสดงว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยสังเกตจากการเพิ่มขึ้นของระดับคะแนนในแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการพักผ่อน

จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ในสตรีที่ใช้ยาเสพติด วัดผลกับสุขภาวะทางจิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks's lambda = .546, $F = 6.511$, $p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนทดสอบหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ด้าน จึงทำการเปรียบเทียบจำแนกรายด้าน และเปรียบเทียบรายคู่ ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับในตนเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 19.434$, $p\text{-value} < .001$)

2) ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 33.722$, $p\text{-value} < .001$) 3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 15.902$, $p\text{-value} < .001$) 4) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 15.332$, $p\text{-value} < .001$) 5) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 22.217$, $p\text{-value} < .001$) และ 6) ด้านความมั่งคั่งในตน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 21.227$, $p\text{-value} < .001$)

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของสุขภาวะทางจิต จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการทดสอบหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับในตนเอง กลุ่มทดลอง ($M = 3.92$, $SD. = 0.72$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.21$, $SD. = 0.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .706$, $SE. = .160$) 2) ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก กลุ่มทดลอง ($M = 4.12$, $SD. = 0.55$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.41$, $SD. = 0.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .706$, $SE. = .122$) 3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง กลุ่มทดลอง ($M = 4.00$, $SD. = 0.63$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.44$, $SD. = 0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .566$, $SE. = .142$) 4) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม กลุ่มทดลอง ($M = 3.78$, $SD. = 0.72$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.16$, $SD. = 0.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .614$, $SE. = .157$) 5) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต กลุ่มทดลอง ($M = 3.88$, $SD. = 0.71$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.17$, $SD. = 0.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .701$, $SE. = .149$) และ 6) ด้านความมั่งคั่งในตน กลุ่มทดลอง ($M = 3.87$, $SD. = 0.66$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($M = 3.13$, $SD. = 0.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = .738$, $SE. = .160$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแล้ว กลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิตที่มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยสังเกตจากการเพิ่มขึ้นของระดับคะแนนในแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการยอมรับในตนเอง ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านความมั่งคั่งในตน

จึงสรุปได้ว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

3.สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองตามสมมติฐานข้อ 3

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลองรายคู่พบว่า การวัดผลหลังการทดลอง ($M = 3.75, SE. = .054$) มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง ($M = 3.50, SE. = .048$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = -.245, SE. = .063$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด หลังการทดลอง ($M = 4.22, SD. = 0.33$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.98, SD. = 0.32$) ด้านการออกกำลังกาย หลังการทดลอง ($M = 3.65, SD. = 0.47$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.39, SD. = 0.45$) ด้านการรับประทานอาหาร หลังการทดลอง ($M = 3.70, SD. = 0.46$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.45, SD. = 0.53$) และด้านการพักผ่อน หลังการทดลอง ($M = 3.48, SD. = 0.45$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.25, SD. = 0.40$)

จึงสรุปได้ว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

4.สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิต สูงกว่าก่อนการทดลองตามสมมติฐานข้อที่ 4

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะทางจิตรายคู่ของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด การวัดผลหลังการทดลอง ($M = 3.93, SE. = .118$) มีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง ($M = 3.39, SE. = .100$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = -.538, SE. = 0.142$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิต ด้านการยอมรับในตนเอง หลังการทดลอง ($M = 3.92, SD. = 0.72$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.31, SD. = 0.52$) ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก หลังการทดลอง ($M = 4.12, SD. = 0.55$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.63, SD. = 0.46$) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง หลังการทดลอง ($M = 4.00, SD. = 0.63$) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.43, SD. = 0.50$) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม หลังการทดลอง ($M = 3.78, SD. = 0.72$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.28, SD. = 0.74$) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หลังการทดลอง ($M = 3.88, SD. = 0.71$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.40, SD. = 0.66$) ด้านความงอกงามในตน หลังการทดลอง ($M = 3.87, SD. = 0.66$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.29, SD. = 0.66$) จึงสรุปได้ว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรี ซึ่งถือได้ว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ขายเสฟติดที่เป็นผู้หญิง ที่เข้ารับการบำบัดยาเสฟติดในสถานบริการภาครัฐ ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.บริบทของแหล่งทรัพยากรด้านบุคคลและสังคมในการเสริมสร้างพลังสุขภาพในมุมมองของสตรีไทยที่เข้ารับการบำบัดยาเสฟติดและครอบครัว

การศึกษานี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์องค์ประกอบของบริบททรัพยากรด้านบุคคลและสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางจิตในกลุ่มสตรีที่เคยใช้สารเสฟติด โดยประสบการณ์ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน การวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการตั้งประสบการณ์ตรงของผู้ที่เคยผ่านการเสฟติด รวมถึงข้อมูลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลและสนับสนุน ซึ่งเป็นการสร้างความเข้าใจต่อปัญหา แนวทางนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังสุขภาพ (Health Empowerment) ที่มุ่งสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางจิต โดยเฉพาะในบริบทของสตรีที่เคยใช้สารเสฟติด การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสฟติด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบริบทส่วนบุคคลและสังคมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ทั้งนี้ แนวคิดทฤษฎีสตรีนิยม (Feminist Theory) ที่มุ่งวิเคราะห์หุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ถูกนำมาใช้ร่วมกับทฤษฎีการเสริมพลังสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจมิติทางสังคมและการตัดสินใจของสตรี โดยอำนาจและบทบาททางเพศที่ไม่เท่าเทียมมักจำกัดสิทธิในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การตัดสินใจเลิกใช้ยาเสฟติด นอกจากนี้ มาตรฐานความงามทางสังคมยังส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนของสตรี โดยการศึกษาพบว่า การเน้นการเสริมสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจโดยไม่ถูกกดดันจากมาตรฐานเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ เช่น งานของ Pinho และคณะ (2019) ที่เน้นความสำคัญของการใช้ยาเสฟติด การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร และงานของ Meng และคณะ (2017) ที่วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาเสฟติดและสุขภาพในกลุ่มเยาวชน ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้แนวคิดเหล่านี้ช่วยแสดงให้เห็นการสนับสนุนสตรีในกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน (Jana Marie Havigerová et al., 2019; Meng Wang et al., 2017; Pinho & Pinto Borges,

2019) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้พบว่ามีความสำคัญทางด้านสุขภาพในกลุ่มของผู้ที่เข้าเสพติด โดยหากวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบ พบว่า

1. การเลิกใช้ยาเสพติดต้องการความตั้งใจที่มั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังสุขภาพ (Health empowerment) ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากปัจจัยทั้งทางบุคคลและสังคม การศึกษาพบว่า การเข้าใจแรงจูงใจและการตระหนักรู้ในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สตรีสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน โดยบริบทส่วนบุคคล เช่น การตั้งเป้าหมายในชีวิต เช่น การฟื้นฟูสุขภาพหรือการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรชาก้าและคณะ (Prochaska & DiClemente, 1983) ที่เน้นความสำคัญของแรงจูงใจส่วนบุคคลในการเลิกพฤติกรรมเสพติด นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะใหม่หรือการบรรลุเป้าหมายเล็ก ๆ ยังช่วยเสริมสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและฟื้นฟูความมั่นใจในคุณค่าและความสามารถของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทคีวิทและคณะ (Witkiewitz & Tucker, 2024) ที่เน้นการสนับสนุนทางสังคมและการตั้งเป้าหมายชีวิตในกระบวนการฟื้นตัวจากการเสพติด การตระหนักถึงผลเสียจากการใช้ยาเสพติด เช่น ความเสื่อมโทรมทางร่างกายและสุขภาพจิตที่ไม่มั่นคง ยังคงเป็นแรงผลักดันสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจเลิกยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิลเลอร์และคณะ (Miller, Forcehimes, & Zweben, 2019) ที่ระบุถึงปัจจัยที่ส่งเสริมการตัดสินใจเลิกยาเสพติด ในบริบททางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่นในการเลิกยา ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกใช้ยาเสพติดอย่างยั่งยืน ผลการศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับการวิจัยของลูเดตและคณะ (Laudet, Savage, & Mahmood, 2002) ที่เน้นการมีเป้าหมายชีวิตในการเลิกเสพติด โดยการสนับสนุนทางสังคม การตระหนักรู้ถึงผลเสียที่เกิดจากการเสพติด และความตั้งใจส่วนบุคคลที่ช่วยให้ผู้หญิงสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การศึกษาของครอปและคณะ (Koob & Le Moal, 2001) ที่วิเคราะห์ผลเสียของร่างกายและจิตใจจากการเสพติด และการตระหนักถึงผลเสียจากการเสพติดที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ การศึกษาของบัคกิงแฮมและคณะ (Buckingham, Frings, & Albery, 2013) ยังเน้นย้ำถึงบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนในการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการเลิกพฤติกรรมเสพติด โดยการให้คำปรึกษาเชิงสร้างสรรค์และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการลด ละ และเลิกการใช้ยาเสพติด การมีทรัพยากรทางสังคมที่เหมาะสมสามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองและเพิ่มแรงจูงใจได้

2. การออกกำลังกายเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เคยใช้สารเสพติด ซึ่งมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาในอดีต การออกกำลังกายไม่เพียงแต่ช่วยฟื้นฟูร่างกาย แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์และความมั่นใจในตนเอง บริบทส่วนบุคคลที่ส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มนี้ ได้แก่ แรงจูงใจด้านความสวยงาม ซึ่งช่วยให้สตรีที่เคยใช้สารเสพติดสามารถปรับรูปร่างและลดน้ำหนักได้ โดยสอดคล้องกับค่านิยมสังคมที่ให้ความสำคัญกับรูปลักษณ์ภายนอก ความสำเร็จในการรักษารูปร่างสามารถเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกดีต่อตนเอง ในขณะเดียวกัน แรงจูงใจด้านสุขภาพ เช่น การเพิ่มพลังงาน ลดความเครียด และปรับอารมณ์ให้ดีขึ้นจากการออกกำลังกาย จะส่งผลโดยตรงต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันและเสริมสร้างเสถียรภาพทางจิตใจ (Lee, Cho, & Yoo, 2013; Stathopoulou, Powers, Berry, Smits, & Otto, 2006) ที่เน้นถึงผลกระทบเชิงบวกของการออกกำลังกายต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ การลดความเครียดและการเพิ่มเสถียรภาพทางอารมณ์ การศึกษาในส่วนของแรงจูงใจด้านความสวยงามยังได้รับการสนับสนุนจากการวิจัยของบิตเติลและคณะ (Biddle & Mutrie, 2007) ที่กล่าวถึงบทบาทของแรงจูงใจด้านความงามและสุขภาพในการสนับสนุนการออกกำลังกาย รวมถึงงานวิจัยของมาร์คัสและคณะ (Marcus & Forsyth, 2004) ที่ให้ความสำคัญกับการใช้แรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยรวมแล้ว การออกกำลังกายถือเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ที่เคยประสบปัญหาการใช้สารเสพติดตามที่ได้ศึกษากันในงานวิจัยของฮอลเกรนและคณะ (Hallgren, Vancampfort, Giesen, Lundin, & Stubbs, 2017) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในแง่ของการส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติด (West & Brown, 2013)

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด มักจะละเลยมื้ออาหารหรือการเลือกบริโภคอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ การปรับพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้เกิดสมดุลต่อการฟื้นฟูร่างกาย ลดผลกระทบจากสารเสพติด และส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้น การสนับสนุนจากบริบทบุคคล เช่น ความรู้ด้านโภชนาการ การรับรู้ถึงอาหารที่สมดุล สามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพ เช่น น้ำหนักตัวเกิน หรือโรคเรื้อรัง การวางแผนมื้ออาหารเพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง อาหารทอด และอาหารรสจัดช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับมิชาและคณะ (Micha, 2019) ที่เน้นผลกระทบจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ งานวิจัยของโฮโรวิทซ์และคณะ (Horowitz, 2024) ได้เน้นบทบาทของโภชนาการในการรักษาผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด

การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสามารถช่วยฟื้นฟูทั้งสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงงานวิจัยของสเปียร์และคณะ(Spear, 2015) ที่กล่าวถึงผลกระทบจากการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่ดีในช่วงที่ร่างกายฟื้นตัวจากการใช้สารเสพติด สำหรับการสนับสนุนจากบริบทสังคม เช่น ครอบครัวและญาติ มีบทบาทสำคัญในกระบวนการฟื้นฟู โดยสตรีที่อยู่ในกระบวนการบำบัดมักได้รับอาหารจากครอบครัวที่มาเยี่ยม ซึ่งอาจไม่เหมาะสมหรือขาดคุณค่าทางโภชนาการ การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดีและเหมาะสมจึงมีความจำเป็น สอดคล้องกับการวิจัยของแครนฟอร์ดและคณะ(Cranford, Eisenberg, & Serras, 2009) ที่เชื่อมโยงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับการใช้สารเสพติด การสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรทั้งส่วนบุคคลและสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้สตรีที่ใช้ยาเสพติดสามารถปรับนิสัยการรับประทานอาหารและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพที่ยั่งยืน โดยการรับประทานอาหารที่สมดุลและมีคุณค่าทางโภชนาการจะช่วยปรับสมดุลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจในระยะยาว(Naren, Cook, Armstrong, & Manger, 2022)

4. พฤติกรรมสุขภาพด้านการพักผ่อน โดยเฉพาะการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดซึ่งมักประสบปัญหาการนอนหลับ การส่งเสริมการพักผ่อนสามารถทำได้ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการจัดการอารมณ์และความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ งานวิจัยของเอสปีและคณะ(Espie, 2002) แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของความเครียดและความวิตกกังวลที่มีต่อการนอนหลับ พร้อมทั้งวิธีการจัดการ เช่น การผ่อนคลายหรือการทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ในระดับบุคคล การมีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลงเบาๆ หรือการสวดมนต์ ช่วยลดความเครียดและทำให้ร่างกายพร้อมสำหรับการพักผ่อน การส่งเสริมกิจกรรมเหล่านี้ในสถานบริการของรัฐก็สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้เช่นกัน นอกจากนี้ การใช้ยาช่วยนอนหลับภายใต้คำแนะนำของแพทย์ในกรณีจำเป็น ยังสามารถช่วยปรับสมดุลร่างกายและจิตใจ ทำให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพมากขึ้น การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยปรับสมดุลของระบบฮอร์โมน ลดความตึงเครียด และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ โดยช่วยเผาผลาญพลังงานและทำให้ร่างกายเหนื่อยล้าจนหลับง่ายขึ้น งานวิจัยของสเตปanskiและคณะ(Stepanski & Wyatt, 2003) พบว่า ปัจจัยแวดล้อม เช่น แสง เสียง และอุณหภูมิ มีผลต่อการนอนหลับ การลดแสงและเสียงรบกวนในห้องนอนสามารถช่วยให้การนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการพฤติกรรมกรรมการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ทั้งในระดับบุคคลและสังคม ช่วย

ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจและร่างกาย เช่น สตรีที่เข้ายาเสพติด

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผลานวิธีจัดทำ ซึ่งผู้วิจัยออกแบบการทดลอง ที่มีการวัดก่อน และหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design) มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนทำการทดลอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริมและสนับสนุนโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิตในสตรีที่เข้ายาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 พบว่า

สมมติฐานข้อ 1 สตรีที่เข้ายาเสพติดกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 1) ด้านความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 19.732$, $p\text{-value} < .001$) 2) ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.217$, $p\text{-value} = .002$) 3) ด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 11.694$, $p\text{-value} = .001$) และ 4) ด้านการพักผ่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.586$, $p\text{-value} = .037$)

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของสตรีที่เข้ายาเสพติดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุม การได้รับโปรแกรมช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับผลเสียของยาเสพติด และกระตุ้นเป้าหมายชีวิต ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นที่สูงขึ้น การสนับสนุนด้านสุขภาพแบบองค์รวม เช่น การออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการพักผ่อน มีผลอย่างมีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย งานวิจัยของซาราและคณะ (Sahranavard & Miri, 2018) พบว่า การบำบัดด้วยสติ (Mindfulness-Based Therapy) และการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

ติด และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การสนับสนุนแบบองค์รวม เช่น การออกกำลังกายช่วยลดความเครียด และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมช่วยปรับปรุงสุขภาพโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชนีพรและคณะ (รัชนีพร จันทรัมย์, ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนนเกษร, & ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558) ที่มีเป้าหมายในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ติดยาแอมเฟตามีน โดยใช้โปรแกรมที่เน้นกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความตั้งใจเลิกใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยของจิณห์จุฑาและคณะ (จิณห์จุฑา et al., 2563) โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ถูกออกแบบมาเพื่อเยาวชนไทยที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังถูกระบุว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยปรับสมดุลระบบฮอร์โมน ลดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดซึ่งมักประสบปัญหาสุขภาพกายและจิตที่อ่อนแอ การออกกำลังกายมีบทบาทในการฟื้นฟูความแข็งแรงของร่างกาย ลดอาการอยากยา และเสริมสร้างพลังงานเป็นปัจจัยในการสนับสนุนการเลิกใช้สารเสพติดและการฟื้นฟูสุขภาพโดยรวมอย่างมีประสิทธิภาพการศึกษาโดยประพันธ์และคณะ (ประพันธ์, 2567) แสดงให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานการออกกำลังกายกับกิจกรรมการฟื้นฟูอื่น ๆ ในชุมชนสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดความเสี่ยงในการกลับไปใช้ยาเสพติด ในด้านการรับประทานอาหาร การส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น การเสริมวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็น ช่วยฟื้นฟูระบบร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง (ศุภชัย, จุฬา, ทับปณ, & สมหมาย, 2565) ขณะเดียวกันการพักผ่อนที่เพียงพอและการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอน เช่น ลดแสงและเสียงรบกวน ช่วยฟื้นฟูสุขภาพจิตและลดความเครียด (นันทา, ศรีเมือง, กัณท์วิทย์, จรรยาภัทร, & ฉัตรนรินทร์, 2560) ดังนั้น โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพช่วยฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกยา และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดอย่างยั่งยืน

สมมติฐานข้อ 2 เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตของสตรีที่ใช้ยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุขภาวะทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks's lambda = .546, $F = 6.511$, $p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวแปรสุขภาวะทางจิต ทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนทดสอบหลังการทดลองแตกต่าง

กัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับในตนเอง 2) ด้านการมีความสัมพันธ์ภาพเชิงบวก 3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง 4) ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม 5) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) ด้านความงอกงามในตน

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพในสตรีที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งมีการให้ความสำคัญในเรื่องของความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งเรื่องเหล่านี้เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งเสริมสุขภาพจิตดีตามไปด้วย และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของซุซตารีและคณะ (Shooshtari, Abedi, Bahrami, & Samouei, 2018) ที่สำรวจบทบาทของสุขภาพจิตในการส่งเสริมพลังทางสุขภาพในสตรีพบว่าองค์ประกอบของสุขภาพจิต เช่น ความสงบ ความมั่นใจในตนเอง และความรู้ความเข้าใจที่ได้รับการพัฒนา มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยเน้นการจัดการความเครียดและการเพิ่มการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพจิตที่เหมาะสม โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพที่มุ่งเน้นสุขภาพจิตมีผลกระทบเชิงบวกต่อสตรีที่ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในด้านการปรับตัวและการฟื้นฟูจากปัญหาสุขภาพจิตหรือความยากลำบากที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด การดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดจึงมีความสำคัญ เนื่องจากยาเสพติดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกาย แต่ยังสร้างปัญหาต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของอาภรณ์ ภูมิ (2567) การศึกษาการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เสนอการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ใช้ภาคีเครือข่ายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟู โดยการรวมทีมจากหลายภาคส่วน เช่น ทีมสุขภาพจิตและทีมที่ปรึกษาด้านการเสพติด การดูแลรูปแบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติด โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โดยเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลเสีย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับมาเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าในครอบครัวและสังคมได้

สมมติฐานข้อ 3 เมื่อเปรียบเทียบสตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพของกลุ่มทดลอง ($M = 3.75, SE. = .054$) สูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง ($M = 3.50, SE. = .048$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = -.245, SE. = .063$)

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นโดยยึดตามทฤษฎี Health Empowerment Theory ซึ่งให้ความสำคัญกับบริบทด้านบุคคลและสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังสุขภาพในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติด โปรแกรมดังกล่าวได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมและมุ่งเน้นการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดี ผ่านการให้ความรู้ การสนับสนุนทักษะในตนเอง และการเสริมพลังการสนับสนุนจากสังคม เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของสตรีให้มีความมั่นใจในตนเองและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีข้อมูลที่ถูกต้อง ผลลัพธ์จากโปรแกรมนี้นี้ให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยสตรีในกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด การรับประทานอาหารสมดุล การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการพักผ่อนที่เพียงพอ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจในกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับงานวิจัยของนูรีและคณะ (Noori, Behboodimoghdam, Haghani, & Pashaeypoor, 2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเสริมพลังในกลุ่มผู้หญิงชาวอิหร่านแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับปรุงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่งานวิจัยของโมกาดัมและคณะ (Moghdam et al., 2018) ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV และมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด พบว่าโปรแกรมดังกล่าวส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของเกลบาชและคณะ (Ghelbash, Alavi, Noroozi, & Mahdavianfar, 2024) ซึ่งพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการเสริมพลังในวัยรุ่นหญิงที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ทั้งนี้ ผลการวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมเสริมพลังสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกทั้งในด้านสุขภาพและพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้ ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของทยูตา ประทุมมา และพรณทิพา (2562) พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพในอาสาสมัครเรือนจำแสดงความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของกฤต กุลบุตรดีและคณะ (2566) ที่พัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของสังคมในกลุ่มผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม พบผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของเทอดศักดิ์ เนียมเปี้ย และวุฒิชัย จริยา (2564) ยังชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังด้านการเสพยาบ้ามีผลต่อความตั้งใจเลิกเสพยาบ้าของผู้ต้องขังในเรือนจำอย่างชัดเจน

จากสมมติฐานข้อที่ 3 ชี้ให้เห็นว่าการนำกลยุทธ์เสริมพลังมาใช้ สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในอนาคต ควรพิจารณาการพัฒนาโปรแกรมที่ปรับให้เข้ากับความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น สตรีที่ใช้ยาเสพติดที่เผชิญกับ

ความเครียดหรือปัญหาสังคม หรือในกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบไปกลับ นอกจากนี้ การวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบในระยะยาวของโปรแกรมฯ รวมถึงความสามารถในการปรับใช้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย อาจช่วยกำหนดแนวทางในการวางแผนนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขในอนาคต การรวมเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น เครื่องมือสุขภาพผ่านมือถือหรือการแพทย์ทางไกล อาจเป็นวิธีที่สร้างสรรค์ในการมีส่วนร่วมและสนับสนุนสตรีที่ใช้ยาเสพติดในการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 4 สตรีที่เคยใช้ยาเสพติดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะทางจิตรายคู่ของสตรีที่เคยใช้ยาเสพติด การวัดผลหลังการทดลอง ($M = 3.93, SE. = .118$) มีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าการวัดผลก่อนการทดลอง ($M = 3.39, SE. = .100$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($d = -.538, SE. = 0.142$)

โปรแกรมเสริมพลังสุขภาพเป็นโปรแกรมที่มุ่งหวังส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในแต่ละบุคคล โดยเมื่อสุขภาพดีย่อมส่งผลให้สุขภาวะทางจิตดีตามไปด้วย โดยริฟฟ์ (1995) ได้กล่าวถึงสุขภาวะทางจิตว่าประกอบด้วย การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance), การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relations with others), ความเป็นตัวเอง (Autonomy), การมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆ (Environmental mastery), การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) และการเจริญงอกงาม (Personal Growth) โดยในสตรีที่ใช้ยาเสพติดต้องประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเนื่องมาจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังสุขภาพฯ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สตรีที่ใช้ยาเสพติดจะต้องเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพจิตมากมาย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม สตรีที่ใช้ยาเสพติดจำนวนมากมาจากภูมิหลังที่ถูกละเลย การเผชิญกับความยากลำบากทางเศรษฐกิจและสังคม และเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพจิตได้จำกัด ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปที่แพร่หลายในกลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริรัตน์ จรรย์รัตน์และพิชชาดา ประสิทธิโชค (2566) การศึกษาผลกระทบของโปรแกรมป้องกันการใช้สารเสพติดที่ใช้โมเดล S.E.C.U.R.E. ซึ่งมีการเน้นในด้านการพัฒนาความรู้และทัศนคติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตที่ดี โดยการศึกษาได้พบว่า การปรับปรุงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของจำลองลักษณ์ ชาสังข์ ชมชื่น สมประเสริฐ และสารรัตน์ วุฒิอาภา (2565) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรม

การปรับพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ที่พึ่งพาสารเสพติดพบว่า โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพัฒนาแนวทางการดูแลตัวเองในด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเลมอนและคณะ (Lemon et al., 2024) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในภูมิภาคเอเชีย, รวมถึงประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการทำงานร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ จากงานวิจัยทั้งหมดจะพบว่า โปรแกรมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของกลุ่มสตรีที่ใช้ยาเสพติด ส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี โดยหากมีการพัฒนาโปรแกรมที่มีความจำเพาะเจาะจงในเรื่องสุขภาพ ก็จะช่วยสตรีที่ใช้ยาเสพติด สามารถรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก หากในอนาคตมีการการบูรณาการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายขึ้น จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติดเผชิญได้อย่างมีนัยสำคัญ ความร่วมมือในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้โปรแกรมด้านสุขภาพในอนาคตมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและท้ายที่สุดแล้วจะช่วยให้ลดการติดยาเสพติดและเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรี

ข้อจำกัดในการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพเพื่อประเมินประสิทธิผลของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิตของสตรีที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการของภาครัฐ โปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้หญิงที่ใช้ยาเสพติด ผลการทดลองพบว่าสตรีที่เข้ารับการบำบัดมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่

1. ความเหมาะสมในกลุ่มเป้าหมาย: โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ อาจไม่ตอบสนองความต้องการของสตรีที่อยู่ในระยะบำบัดยา เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ใช้ยาเสพติดในระยะนี้

2. การขาดการวัดผลในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ ยังไม่ได้ทดสอบในกลุ่มสตรีที่รับการบำบัดในรูปแบบไป-กลับ (ไม่พักฟื้นในสถานบริการ) ซึ่งอาจมีวิถีชีวิตและปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างจากผู้ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

จากงานวิจัยโดยการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ มาใช้ พบว่าโปรแกรมดังกล่าวส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพฯ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้หญิงที่ใช้สารเสพติด หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการดังนี้

1. การประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น กิจกรรมเสริมสร้างความมั่นใจ การฝึกจัดการความเครียด และการตั้งเป้าหมายชีวิตอย่างสร้างสรรค์ พร้อมปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้เข้าร่วม

2. การฝึกอบรมบุคลากร เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น เทคนิคการสื่อสารสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และการให้คำปรึกษาอย่างเห็นอกเห็นใจ รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ

3. การสนับสนุนในระดับชุมชน ด้วยการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Groups) และลดการตีตราผ่านการให้ความรู้แก่ชุมชน

4. การติดตามและประเมินผล ผ่านระบบที่สามารถติดตามความก้าวหน้าในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมต่อสุขภาพและนำข้อมูลมาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม

5. การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณเพื่อสนับสนุนโปรแกรม พร้อมสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ NGOs และภาคเอกชน

การดำเนินงานในลักษณะนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้หญิงที่ใช้สารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารของสถานบำบัดและฟื้นฟูหรือคลินิกบริการ สามารถนำคู่มือและโปรแกรมฯ ไปประยุกต์เป็นนโยบายกำหนดแนวทางปฏิบัติให้บุคคลในสังกัดได้ใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงาน

2. หน่วยงานสถานบริการของรัฐ สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพฯ ร่วมกับโปรแกรมปกติของสถานบริการ หรือนำไปจัดแยกกิจกรรมในกลุ่มสตรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยทำครั้งต่อไป

เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งต่อไปควรจะ

1. ขยายกลุ่มเป้าหมาย: โดยการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพฯ สำหรับสตรีที่ใช้ยาเสพติดซึ่งรับการบำบัดแบบไป-กลับ โดยไม่ต้องพักฟื้นในสถานบริการ

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง: ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล หรือชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสตรีกลุ่มนี้ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลระยะยาว: ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางจิตในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม ฯ

4. ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม: พัฒนากิจกรรมและเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของสตรีในระยะบำบัดและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแบบพักในสถานบำบัดและแบบไปกลับ

5. การดำเนินการเหล่านี้จะช่วยสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีที่ใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมฯ นี้สามารถนำไปใช้ทดสอบซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงในกลุ่มสตรีที่ได้รับการบำบัดในสถานฟื้นฟูแหล่งอื่นในประเทศไทย โดยใช้การวิจัยผสมวิธี แบบ exploratory sequential mixed methods โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองนำด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้การมีแบบอย่างที่ดีของการส่งเสริมพลังทางสุขภาพด้วยตนเองของสตรีที่เคยติดยาเสพติดที่มีความเข้มแข็งและสามารถฟื้นตัวกลับได้อย่างดีและต่อเนื่องในระยะยาว

บรรณานุกรม

- Adams, T. B., Bezner, J. R., Drabbs, M. E., Zambarano, R. J., & Steinhardt, M. A. (2000). Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American college health*, 48(4), 165-173.
- Bartholomew. (2016). *Planning health promotion programs : an intervention mapping approach* (3rd ed.): San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention mapping: a process for developing theory and evidence-based health education programs. *Health education & behavior*, 25(5), 545-563.
- Biddle, S., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*: Routledge.
- Billington-Greig, T. (1900). *Towards woman's liberty / by Teresa Billington-Greig* (Book). Letchworth, Herts.: Garden City Press.
- Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being.
- Brown, & Sturgeon. (2006). Healthy start of life and reducing early risks. In: Prevention of Mental Disorders: Effective Strategies and Policy Options
- Bryson, V. (2004). Marxism and feminism: can the 'unhappy marriage' be saved? *Journal of Political Ideologies*, 9(1), 13-30.
- Buckingham, S. A., Frings, D., & Albery, I. P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1132.
- Chodorow, N. (2002). The reproduction of mothering: A reappraisal - Response and afterword. *Feminism & Psychology*, 12(1), 49-53.
- Chou, J. L., Pierce, K. J., Pennington, L. B., Seiler, R., Michael, J., Mc Namara, D., & Zand, D. (2018). Social support, family empowerment, substance use, and perceived parenting competency during pregnancy for women with substance use disorders. *Substance use & misuse*, 53(13), 2250-2256.
- Cranford, J. A., Eisenberg, D., & Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental

- health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addict Behav*, 34(2), 134-145.
- Crawford Shearer, N. B., & Reed, P. G. (2004). Empowerment: reformulation of a non-Rogerian concept. *Nurs Sci Q*, 17(3), 253-259.
- Creswell, J. W. (2013). Steps in conducting a scholarly mixed methods study.
- Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*: SAGE publications.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*: Sage publications.
- Creswell, J. W., & Tashakkori, A. (2007). Developing publishable mixed methods manuscripts. In: Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Cummins, R. A. (2005). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos *Citation classics from social indicators research* (pp. 559-584): Springer.
- Daly, M. (1990). *Gyn/ecology: the metaethics of radical feminism* (Book). Boston: Beacon Press.
- Drugs, brains, and behavior : the science of addiction*. (2014). NIH publication: no. 14-5605 (Monograph).
- Elgen, Sommerfelt, & Markestad. (2002). Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birthweight children at 11 years of age. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition.*, 87(2), F128-F132.
- Ellis-Stoll, C. C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *ANS Adv Nurs Sci*, 21(2), 62-68.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual review of psychology*, 53(1), 215-243.
- Fernandez, M. E., Ruiter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. *Frontiers in Public Health*, 7(209), 110-172.
- Ferreira Da Silva, D. (2014). Toward a Black Feminist Poethics. *Black Scholar*, 44(2), 81-97.

- Ghelbash, Z., Alavi, M., Noroozi, M., & Mahdavianfar, M. (2024). Development, implementation and evaluation an empowerment program for adolescent girls with substance use disorders: Protocol for a mixed methods study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*, 21(6), 1201-1210.
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A., & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(14), 1058-1064.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 224.
- Hassen, A., & Kibret, T. (2016). Health-Related Behaviors. *Health Consciousness and Psychological Wellbeing among Teaching Faculty in Jimma University, Ethiopia. Clin Exp Psychol*, 2, 113.
- Horovitz, O. (2024). Nutritional Psychology: Review the Interplay Between Nutrition and Mental Health. *Nutrition Reviews*, nuae158.
- J. W. Sit, S. Y. Chair, K. C. Choi, C. W. Chan, D. T. Lee, A. W. Chan, . . . R. E. Taylor-Piliae. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.*, 11, 1441-1450.
- Jaggar. (1993). *Feminist frameworks: alternative theoretical accounts of the relations between women and men* (Book). New York: McGraw-Hill.
- Jana Marie Havigerová, Jaroslava Dosedlová, & Iva Burešová. (2019). One health behavior or many health-related behaviors? *Psychology research and behavior management.*, 12, 23.
- Jeffreys, S. (2011). Kate Millett's Sexual Politics: 40 years on. *Women's studies international forum*, 34(1), 76-84.
- Johnston, J. (1973). *Lesbian nation : the feminist solution* (Book). New York: Simon and

Schuster.

Jua, S., & Limb, J.-Y.). Impact of Social Capital on the Health-related Behaviors of Adolescents.

Kalivas, P. W., & O'Brien, C. (2008). Drug Addiction as a Pathology of Staged Neuroplasticity, 166.

Katherine D Daly. (2011). *Test of a culturally sensitive health empowerment intervention on stress, health promoting behaviors, blood glucose and blood pressure among diverse adults with type 2 diabetes from low-income households*. University of Florida.

Kennedy, J. S. (2017). Embrace DSM-5 and ICD-10-CM in drug use, abuse, and dependency. *HIM Briefings*, 32(4), 18-21.

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.

Kim Shifren, & Alexandra Chong. (2012). Health-related behaviors: A study among former young caregivers. *Journal of Adult Development.*, 19(2), 111-121.

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129.

Kramarae, C. (1992). *Amazons, bluestockings and crones: a feminist dictionary* (Book). London: Pandora.

Langhorst, D. M. (2003). *The relative contribution of client and program factors influencing early substance abuse treatment retention for women and men*. Virginia Commonwealth University, Ann Arbor. (Ph.D.).

<https://search.proquest.com/docview/305221901?accountid=44800> ProQuest Dissertations & Theses Global database. (3116844)

Laudet, A. B., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *Journal of psychoactive drugs*, 34(3), 305-311.

Lee, C. G., Cho, Y., & Yoo, S. (2013). The relations of suicidal ideation and attempts with physical activity among Korean adolescents. *Journal of physical activity and*

health, 10(5), 716-726.

Lemon, C. A., Svob, C., Bonomo, Y., Dhungana, S., Supanya, S., Sittanomai, N., . . .

Sartorius, N. (2024). Priorities for research promoting mental health in the south and east of Asia. *Lancet Reg Health Southeast Asia*, 23, 100287.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Establishing Trustworthiness. Naturalistic inquiry*: sage.

Lopez, V., Dustman, P., & Williams, T. (2016). Drug-involved Mexican-origin girls' HIV prevention needs: A pilot study. *Women Health*, 56(3), 326-344.

Marcus, B., & Forsyth, L. (2004). Motivating People to be Physically Active. *PHYSIOTHERAPY CANADA*, 56, 114-115.

McNay, L. (1992). *Foucault and feminism: power, gender and the self* (Book). Cambridge, Cambridgeshire: Polity Press.

Meng Wang, Hao Wang, Fang-Rong Fei, Chun-Xiao Xu, Xiao-Fu Du, & Jie-Ming Zhong. (2017). The associations between cigarette smoking and health-related behaviors among Chinese school-aged adolescents. *Tobacco induced diseases*, 15(1), 1-7.

Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., & Imamura, F. . (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 393(10184), 1958-1972.

Miller, W. R., Forcehimes, A. A., & Zweben, A. (2019). *Treating addiction: A guide for professionals*: Guilford Publications.

Moghadam, Z. B., Rezaei, E., Sharifi, B., Nejat, S., Saeieh, S. E., & Khiaban, M. O. (2018). The Effect of Empowerment and Educational Programs on the Quality of Life in Iranian Women with HIV. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 17, 2325958218759681.

Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 251-266.

Naren, T., Cook, J., Armstrong, F., & Manger, S. (2022). Lifestyle interventions in the management of substance use disorder. *Aust J Gen Pract*, 51(8), 560-564.

NEWS, B. (2019). รายงานยาเสพติดโลก 2019. สืบค้นจาก

<https://www.bbc.com/thai/international-48765558>

- Noori, F., Behboodimoghadam, Z., Haghani, S., & Pashaeypoor, S. (2021). The Effect of an Empowerment Program on the Health-promoting Behaviors of Iranian Women Workers: A Randomized Controlled Trial. *J Prev Med Public Health*, 54(4), 275-283.
- Organization, W. H. (2002). *Prevention and promotion in mental health*: World Health Organization.
- Phillips, A. (1998). *Feminism and Politics* Oxford Readings in Feminism (Book). New York: OUP Oxford.
- Pinho, M., & Pinto Borges, A. (2019). The Views of Health Care Professionals and Laypersons Concerning the Relevance of Health-Related Behaviors in Prioritizing Patients. *Health education & behavior*, 46(5), 728-736.
- Pinto, C. R. J. (2014). O conceito de responsabilidade em Iris Young. *Lua Nova*(91), 77-104.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.
- Ramesh Devi Thakur, Julie D Fleury, Nelma B Crawford Shearer, & Michael Belyea. (2020). Feasibility Study of the Health Empowerment Intervention in Older Adults With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing.*, 35(6), 538-544.
- Reinaerts, E., De Nooijer, J., & De Vries, N. (2008). Using intervention mapping for systematic development of two school-based interventions aimed at increasing children's fruit and vegetable intake. *Health Education*.
- Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing science quarterly*, 5(1), 27-34.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, p.104 - 199.
- Sahranavard, S., & Miri, M. (2018). A comparative study of the effectiveness of group-based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing

- depressive symptoms in Iranian women substance abusers. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31, 15.
- Scarlet, R. R. (2019). What does it mean to be a feminist educator and why is it so important now? *Redress*(1), 18.
- Sekine, Y., Iyo, M., Ouchi, Y., Matsunaga, T., Tsukada, H., Okada, H., . . . Mori, N. (2001). Methamphetamine-Related Psychiatric Symptoms and Reduced Brain Dopamine Transporters Studied With PET, 1206.
- Sen, B., & Seenprachawong, U. (2018). Employment of Women and Domestic Violence: Empirical Evidences from Cambodia ; การจ้างงานสตรีและความรุนแรงในครัวเรือน : กรณีศึกษาประเทศกัมพูชา.
- Shearer, N. B. C. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 30(2 Suppl), 4-10.
- Shooshtari, S., Abedi, m. r., Bahrami, M., & Samouei, R. (2018). Empowerment of women and mental health improvement with a Preventive approach. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 31.
- Short, & Mollborn. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current opinion in psychology.*, 5, 78-84.
- Sigrid M Mohnen, Beate Völker, Henk Flap, & Peter P Groenewegen. (2012). Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health-a multilevel analysis. *BMC public health.*, 12(1), 1-12.
- Smith, M., & Puczkó, L. (2008). *Health and wellness tourism*: Routledge.
- Spear, L. P. (2015). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology & behavior*, 148, 122-130.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., & Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical psychology: Science and practice*, 13(2), 179.
- Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev*, 7(3), 215-225.
- Swarbrick, M. (2006). A wellness approach. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(4), 311.

- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*: sage.
- Taylor, J., Lloyd, D. A., & Warheit, G. J. (2005). Self-Derogation, Peer Factors, and Drug Dependence Among a Multiethnic Sample of Young Adults, 39.
- Verbestel, V., De Henauw, S., Maes, L., Haerens, L., Mårild, S., Eiben, G., . . . Barba, G. (2011). Using the intervention mapping protocol to develop a community-based intervention for the prevention of childhood obesity in a multi-centre European project: the IDEFICS intervention. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 1-15.
- Volkow, N. D. (2010). Drugs, brains, and behavior: The science of addiction. *Retrieved on March, 23, 2011*.
- Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Ding, Y.-S., Sedler, M., . . . Pappas, N. (2003). Low Level of Brain Dopamine D2 Receptors in Methamphetamine Abusers: Association With Metabolism in the Orbitofrontal Cortex. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1(2), 150.
- Voogt, C. V., Poelen, E. A. P., Kleinjan, M., Lemmers, L. A. C. J., & Engels, R. C. M. E. (2013). The development of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among college students: an Intervention Mapping approach. *Health Promotion International*, 29(4), 669-679.
- Wells, K. (2012). *Gender, race, year in school and five co-occurring health related behaviors of Colorado State University students*. Colorado State University.
- West, R., & Brown, J. (2013). Theory of addiction.
- Witkiewitz, K., & Tucker, J. A. (2024). Whole person recovery from substance use disorder: a call for research examining a dynamic behavioral ecological model of contexts supportive of recovery. *Addiction research & theory*, 1-12.
- Woodward, K., & Open, U. (2004). *Questioning Identity : Gender, Class, Nation* Introduction to the Social Sciences (Book) (Vol. 2nd ed). London: Routledge.
- world drug report. (2019). world drug report. from United nations publication
- Zand, D. H., Chou, J. L., Pierce, K. J., Pennington, L. B., Dickens, R. R., Michael, J., . . .

- White, T. (2017). Parenting self-efficacy and empowerment among expectant mothers with substance use disorders. *Midwifery*, 48, 32-38.
- กมล อาจดี. (2563). The Causal Relationship Model of Health Empowerment and Health Literacy Affect Community Health Problem Solving Behavior by Participation Approach Among Public Health Students at Sirindhorn College of Public Health in Praboromarajchanok Institute. *Journal of Behavioral Science for Development* . Vol. 12 No. 2, 196-214.
- กรมราชทัณฑ์. (2563). รายงานสถิติ รท.103 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563.
<http://www.correct.go.th/rtnew103/filepdf/1602214560.pdf>
<http://www.correct.go.th/rtnew103/index.php?&page=1>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต.
<https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27856>
- กระทรวงยุติธรรม. (2561). ป.ป.ส. สรุปผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด ประจำปี2561. สืบค้นจาก
<https://www.moj.go.th/view/21832>
- กระทรวงยุติธรรม. (2562). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปี
 งบประมาณ 2562. In กระทรวงยุติธรรม (Series Ed.), (pp. 66).
- กัลยา โสณทอง, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, อาภาพร เผ่าวัฒนา, & สุคนธา ศิริ. (2561). ผลของ
 โปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่. *Journal of Phrapokklao Nursing College-วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 29(1).
- กุนนที พุ่มสงวน. (2014). สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล Health
 and Health Promotion: Nurses' Important Role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 10-14.
- กุลรัตน์ แก้วเบ้ง. (2554). สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยสารเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลัง
 ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยาแบบบุคคลแนวพุทธ: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่มีผู้วิจัย
 เห็นชอบร่วมกัน. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จักรกฤษณ์ พลราชม. (2562). *The Causal Structural Relationship Model and Effectiveness of the Alcohol Drinking Behavior Modification Model on Undergraduate Students*. Kasetsart University.
- จิณห์จุฑา, ช., นุชนาถ, แ., ภาคินี, เ., หทัยชนก, เ., ศรีวิษฐ์, บ., & สุรชาติ, น. (2563). ผลของ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเฮโรอีน

จิราพร ชูศักดิ์. (2561). ความรุนแรงในการกระทำความผิดของผู้ต้องขังหญิงคดีจำหน่ายยาเสพติดวารสารสหวิทยาการวิจัย, 1.

ฉัตรขวัญ อกสิงห์, สังคีต พิริยะรังสรรค์, ชูลีรัตน์ เจริญพร, นิดาวรรณ เพาะสุนทร, & วณิ กอสุวรรณศิริ. (2559). วาทกรรมยาเสพติด: อิสรภาพของผู้ต้องขังหญิง. กรุงเทพฯ:

ณัฐวุธ แก้วสุทธา. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิเสธบุหรี่เชิงบวกในงานทันตกรรม โรงเรียนระดับประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร (THE EFFECT OF POSITIVE TOBACCO REFUSAL PROGRAM IN DENTAL SCHOOL PROGRAM OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS, BANGKOK). *Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences*, 9(17), 53-68.

ณาตกรการณ ชยุตสาหกิจ. (2557). การสนับสนุนจากครอบครัว ความหมายในชีวิต และสภาวะในเยาวชนผู้กระทำความผิดที่ใช้สารเสพติด: การวิจัยแบบผสมวิธี. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

ดารวันต์ รักสัจย์. (2557). อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรส่งผ่าน.

นงเยาว์ ไบยา, ชุมพร จำแสง, น้ำทิพย์ แพ้ชัยภูมิ, & จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย.

นภาพร หะวานนท์. (2555). การใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำข้อกำหนดกรุงเทพฯไปสู่การปฏิบัติ : กรณีศึกษาในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1.) (Non-fiction): สำนักกิจการในพระราชดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม.

นันท์ชิตส์สันห์ สกุลพงศ์. (2559). พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีทุระยะเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ. (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ. (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).

นันทา, ข., ศรีเมือง, พ., กัญทิวิ, ว., จรรยาภัทร, อ., & ฉัตรนรินทร์, เ. (2560). การพัฒนารูปแบบ

- การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. นาริรัมย์ รัตนสัมฤทธิ์, & เรณูมาศ มาอุ่น. (2562). รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ตามแนวคิดพัฒนาพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *Journal of MCU Nakhondhat.*, 6(9), 4455-4472.
- ปกรณ สิริยงค์. (2545). การเปรียบเทียบและการประเมินการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนบำบัด และการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่. *วารสารกรมการแพทย์*, 27(8), 370 – 384.
- ประพัทธ์, ธ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น*, 6(1), e268174-e268174.
- ปรีชญานันท์ นักพ่อน. (2561). การสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่เข้ารับบริการ ตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 21(2).
- พรพรหม โนนจ้อย. (2564). การให้สุขศึกษา. *Srinagarind Medical Journal*, 36(2), 246-251.
- พรศรี บุญสายบัว. (2563). กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงพุทธจิตวิทยาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology.*, 5(6), 442-457.
- พระมหาอำคา วรปัญญา. (2563). การส่งเสริมสุขภาพวิถีพุทธในความปกติ ใหม่. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 6(2), 455-469.
- มนตรี หลินภู, นฤมล พระใหญ่, อัจฉรา ประเสริฐสิน, & ประทีป จินนี้. (2563). สุขภาวะทางปัญญา และพฤติกรรมของผู้ต้องขังคดียาเสพติดตามหลักพุทธธรรม. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology.*, 5(3), 263-277.
- รัชนิพร จันทรธัมณี, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนนเกษร, & ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ผลของโปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีน Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy Program on Perceived Self-Efficacy and Intention to Drug Abstinence among Male Patie. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal-วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(4), 155-162.
- รัศมน กัลยาศิริ. (2561). ปัจจัยทางพันธุกรรมในการติดยาเสพติด ; Genetic factors in substance

dependence.

ราตรี หนุ่นดี, เพลินตา เทียงตรง, ผุสดี ชูชีพ, ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, กระแส ปัจฉิมสิริ, & รุจิรา อาภา
บุญยพันธ์. (2549). การประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสาย
ใหม่ (FAST Model) ผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับ

โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ. (สถาบันธัญญารักษ์).

ลธิดา ศรีธรรมชาติ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมการดูแล
ผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด. (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต).

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. (จิตวิทยาการศึกษา).

ลักษณ์, ไ., & จริญญาพร, ป. (2556). การศึกษานุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่ม Ex-addict
staffs. วารสารวิชาการยาเสพติด, 1(1), 44-56.

ลักษณ์ ศิริกรกุล. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาลประจำการโรงพยาบาล
ทั่วไป. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิดา จันทอง. (2541). ชุมชนบำบัดในงานราชทัณฑ์: ศึกษาเฉพาะกรณี ทณฑสถานบำบัดพิเศษ
หญิง จังหวัดปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์).

วิสาชา เทียมลม. (2561). สอยสังข์ได้: ผู้หญิงไทยกับศัลยกรรมความงามแบบเกาหลี. (ปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ. (วิทยาลัยสหวิทยาการ).

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี. (2560). ระบบสุขภาพไทยในทศวรรษ.

ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภาวิตา แสนศักดิ์, ชนิตตา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, & สมัทนา กลาง
คาร. (2561). ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณะสู่ไปสู่การ
ปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ.

ศุภชัย, น., จุฬา, ศ., ทับปณ, ส., & สมหมาย, ค. (2565). ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ การรักษาของ
ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. *Journal of Research in Nursing-
Midwifery and Health Sciences*, 42(2), 163-177.

สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม. (2562). รวมกฎหมายยาเสพติดพร้อมด้วยกฎกระทรวง
ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวง
ยุติธรรม. (ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบลิ๊ก)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). สรุปสาระสำคัญ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔. <https://>

www.nesdc.go.th/download/plan12/สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่12.pdf

ไหมไทย ไชยพันธุ์. (2557). จิตวิทยา: แนวคิดทฤษฎีการศึกษาการปรับตัวพฤติกรรมในชั้นเรียน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 1(1).

อังกูร ภัทรากร, & นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่(FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด:กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 60(1), 71-81.

อาภากร เบี้ยวเนิน, พูลพงศ์ สุขสว่าง, & ปิยะทิพย์ ประดุจพรม. (2563). การพัฒนามาตรวัดความผูกพันทางจิต. *Thai Journal of Nursing*, 69(2), 30-36.

อาภาพร อวดผล. (2557). พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิต และความเครียดของนักศึกษาหญิง ที่พักในหอพักของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อิทธิศักดิ์ พลงาม, วุฒิชัย พลสงคราม, สุพรรณษา พูลพัฒน์, สาทิต สมศรี, & จิตฤดี จันปัญญา. (2553). การวิจัยประเมินผล การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมไม่เข้มงวด. กรุงเทพฯ:

เอกชัย จันทอง. (2560). หญิงไทยเฝ้ายกดียาเสพติด ยอดติดคุกอันดับ4ของโลก. โพสต์ทูเดย์.

<https://www.posttoday.com/politic/report/494402>

เอกสารประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). แผนปฏิบัติการป้องกันปราบปราม และบำบัดยาเสพติด ปี 2562. กรุงเทพฯ:

เอกอุมา อิมคำ. (2556). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *Thai Science and Technology Journal.*, 697-710.





ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความที่เป็นจริงลงในช่องว่าง

ข้อ	คำถาม
1.	อายุ.....ปี เพศ.....
2.	ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด.....ปี
3.	สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2. สมรส/คู่ () 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4.	ระดับการศึกษา () 1.ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษา () 3. อนุปริญญา/ ปวช/ ปวส () 4. อนุปริญญา () 6.ปริญญาตรีขึ้นไป
5.	อาชีพ () 1.ไม่ได้ทำงาน () 2.เกษตรกร () 3. รับจ้างทั่วไป () 4.ค้าขาย () 5.แม่บ้าน () 5.อื่นๆ ระบุ.....

แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ข้อความ พฤติกรรมความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
1. ฉันตั้งใจที่จะหยุดใช้ยาเสพติด	5	4	3	2	1
2. ฉันมีแผนการที่จะทำให้ตนเองเลิกใช้ยาเสพติดได้	5	4	3	2	1
3. เนื่องจากการใช้ยาเสพติดในสังคมไทยเป็นเรื่องธรรมดาและไม่ผิดอะไร ดังนั้นการที่ฉันจะยังใช้ยาเสพติดจึงเป็นเรื่องธรรมดาและไม่ผิดอะไร	5	4	3	2	1
4. การใช้ยาเสพติดทำให้ชีวิตของฉันตกต่ำ ฉันจึงต้องหยุดใช้ยาเสพติด	5	4	3	2	1
5. ฉันต้องเลิกใช้ยาเสพติดเพราะการใช้ยาเสพติดทำให้ฉันเป็นที่รังเกียจของบุคคลรอบข้าง	5	4	3	2	1
6. ฉันต้องเลิกใช้ยาเสพติด เพราะการใช้ยาเสพติดทำให้ฉันควบคุมอารมณ์และการกระทำของตัวเองได้น้อยลง	5	4	3	2	1
7. ฉันมีการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่อการเลิกใช้ยาเสพติดเพราะฉันตั้งใจที่จะเลิกใช้ยาเสพติดอย่างจริงจัง	5	4	3	2	1
8. ฉันไม่แน่ใจว่าจะสามารถปฏิเสธการใช้ยาเสพติดหากเพื่อนหรือคนรักชวนได้	5	4	3	2	1
9. หากออกจากสถานบำบัด ฉันคิดว่าจะยังคงคบหากับกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดซึ่งจะทำให้ฉันยังคงใช้ยาเสพติดต่อไป	5	4	3	2	1
10. หากเกิดความเครียด ฉันมั่นใจว่าตนเองจะไม่กลับไปใช้ยาเสพติดอีก	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม พฤติกรรมความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
11. ฉันทราบแนวทางการจัดการความเครียดในตนเองโดยไม่ต้องใช้ยาเสพติดได้	5	4	3	2	1
12. ฉันตั้งใจว่าจะหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติด เช่น บัมบ้ามนัน บ้านเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด เป็นต้น	5	4	3	2	1
13. ฉันตั้งใจว่าจะกำจัดวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพยาเสพติดออกไปจากบ้านเพื่อมิให้กระตุ้นความอยากใช้ยาเสพติดของฉัน	5	4	3	2	1
14. ฉันมีการวางแผนด้านอาชีพที่จะก่อให้เกิดรายได้พอเพียงต่อการเลี้ยงตนเองได้โดยไม่ต้องเกี่ยวข้องกับกาใช้ยาเสพติด	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
1. ฉันสามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว ทำให้กล้ามเนื้อการทำงานของฉันได้ดีขึ้น	5	4	3	2	1
2. ฉันออกกำลังกายได้ถูกต้อง โดยมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย	5	4	3	2	1
3. ฉันเลือกชนิดของการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับความถนัดของตนเอง	5	4	3	2	1
4. ปกติครั้งฉันไม่สามารถแบ่งเวลามาออกกำลังกาย	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม พฤติกรรมอาการออกกำลังกาย	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
กายได้					
5. ฉันหลีกเลี่ยงออกกำลังกายกลางแจ้ง ในขณะที่อากาศร้อนจัด	5	4	3	2	1
6. ฉันออกกำลังกายอย่างมีความสุขสนุกสนาน	5	4	3	2	1
7. ฉันออกกำลังกายในสถานที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกและปลอดภัย	5	4	3	2	1
8. ฉันทำกิจกรรมอย่างอื่นต่อเนื่องได้โดยหลังจากออกกำลังกายเสร็จโดย ไม่จำเป็นต้องพักก่อน	5	4	3	2	1
9. ฉันออกกำลังกายมากอย่างไรก็ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อร่างกายฉัน	5	4	3	2	1
10. ฉันออกกำลังกายได้ถูกต้องถึงแม้จะออกเฉพาะบางส่วนของร่างกาย ก็เพียงพอต่อสุขภาพ	5	4	3	2	1
11. ฉันเริ่มออกกำลังกาย ในวันแรกๆ ให้เหนื่อยที่สุด แล้วฉันจึงขยับมากขึ้นในวันถัดไป	5	4	3	2	1
12. ฉันออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้สุขภาพของฉันดีขึ้น	5	4	3	2	1
13. ฉันสร้างสุขภาพให้แข็งแรงขึ้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเลย	5	4	3	2	1
14. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ใน 3 วันต่อสัปดาห์	5	4	3	2	1
15. ถึงแม้ฉันจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยมากระหว่างออกกำลังกาย แต่ฉันก็ยังคงออกกำลังกายต่อ จนกว่าจะครบกำหนดเวลา	5	4	3	2	1
16. ฉันออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อและระบบหายใจฉันดีขึ้น	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม พฤติกรรมมารับประทานอาหาร	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
1. ฉันรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	5	4	3	2	1
2. ฉันรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ หรือ โปรตีน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	5	4	3	2	1
3. ฉันบริโภคอาหารมควัน ปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม	5	4	3	2	1
4. ฉันรับประทานเบหมีสำเร็จรูปแทนมื้ออาหาร	5	4	3	2	1
5. ฉันรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ	5	4	3	2	1
6. ฉันดื่มน้ำได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	5	4	3	2	1
7. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร สุกๆ ดิบๆ	5	4	3	2	1
8. ฉันรับประทานผักทุกมื้ออาหาร	5	4	3	2	1
9. ฉันรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่นทุเรียน มะม่วงสุก เงาะ ลำไย ละมุด เป็นต้น	5	4	3	2	1
10. ฉันรับประทานอาหารวันละ 1-2 มื้อ	5	4	3	2	1
11. ฉันรับประทานอาหารตามการโฆษณาชวนเชื่อ โดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของสารอาหารที่ได้รับ	5	4	3	2	1
12.ฉันรับประทานอาหารจานด่วน เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ไก่ทอด เป็นต้น	5	4	3	2	1
13.ฉันรับประทานอาหารประเภทขเคี้ยว ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน	5	4	3	2	1
14.ฉันรับประทานน้ำผลไม้บรรจุกล่องแทนผลไม้สด	5	4	3	2	1
15.ฉันรับประทานอาหารที่มีความสด สะอาด ปลอดภัย	5	4	3	2	1
16.ฉันรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นหลัก	5	4	3	2	1
17.ฉันรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน จะช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตได้ไ	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม พฤติกรรมกรนอนพักผ่อน	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ ค่อย จริง (2)	ไม่ จริง เลย (1)
1. ฉันเข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา	5	4	3	2	1
2. ฉันนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	5	4	3	2	1
3. ฉันเล่นโทรศัพท์ อ่านหนังสือก่อนนอน จนส่งผลให้นอนหลับยากขึ้น	5	4	3	2	1
4. ฉันดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนเข้านอน ช่วยให้หลับสนิท	5	4	3	2	1
5. ฉันนอนในเวลากลางวัน เนื่องจากนอนหลับไม่เพียงพอ	5	4	3	2	1
6. ฉันนอนพักผ่อนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก	5	4	3	2	1
7. ฉันพักผ่อนด้วยการเที่ยวกลางคืน หรือการสังสรรค์กลางคืน	5	4	3	2	1
8. ฉันเปิดไฟให้สว่างเพื่อให้หลับสนิทได้มากขึ้น	5	4	3	2	1
9. ฉันใช้เวลา นานกว่าจะนอนหลับได้	5	4	3	2	1
10. ฉันเข้านอนดึกเป็นประจำ โดยไม่มีผลเสียต่อร่างกาย	5	4	3	2	1
11. ฉันดื่มเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ก่อนนอน	5	4	3	2	1
12. ฉันทานยานอนหลับ เพื่อช่วยให้หลับได้	5	4	3	2	1
13. ฉันนอนไม่หลับสนิทมีเสียงดังรบกวนในขณะนอนหลับ	5	4	3	2	1
14. ฉันสะดุ้งตื่นหรือนอนฝันร้ายในตอนกลางคืน	5	4	3	2	1
15. ฉันนอนไม่หลับหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยแปลกที่	5	4	3	2	1
16. ฉันนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ	5	4	3	2	1

ชื่อ.....

แบบวัดสุขภาวะทางจิต

แบบวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
1. บางครั้งฉันจะเปลี่ยนวิธีปฏิบัติหรือวิธีคิด เพื่อให้เหมือนกับบุคคลอื่น	5	4	3	2	1
2. ฉันไม่รู้สึกลัวที่จะพูดถึงความคิดเห็นของตนเอง แม้จะขัดแย้งกับความคิดเห็นของคนอื่น	5	4	3	2	1
3. การกระทำของคนส่วนใหญ่ ไม่มีอิทธิพลกับการตัดสินใจของฉัน	5	4	3	2	1
4. ฉันรู้สึกกังวลกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อตัวฉัน	5	4	3	2	1
5. ฉันให้ความสำคัญกับการมีความสุขและความเป็นตัวของตัวเองมากกว่าการยอมรับจากบุคคลอื่น	5	4	3	2	1
6. ความคิดเห็นของบุคคลอื่นจะมีอิทธิพลต่อฉันเสมอ	5	4	3	2	1
7. เมื่อฉันไม่ต้องการทำอะไรคนอื่นก็จะไม่มีอิทธิพลต่อตัวฉัน	5	4	3	2	1
8. การสามารถเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความสำคัญกับฉันมากกว่าการอยู่คนเดียว	5	4	3	2	1
9. ฉันมีความมั่นคงในความคิดเห็นของตนเองแม้ไม่ตรงกับความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่	5	4	3	2	1
10. ฉันรู้สึกลำบากใจที่จะแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่มีการโต้แย้งกันอยู่	5	4	3	2	1
11. ฉันมักจะเปลี่ยนการตัดสินใจของตนเอง กลัวไม่เห็นด้วย	5	4	3	2	1
12. ฉันไม่ยอมให้แรงกดดันในสังคมมีผลต่อความ	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
คิดเห็นหรือการกระทำสิ่งต่างๆของฉัน					
13. ฉันรู้สึกกังวลว่าบุคคลอื่นจะรู้สึกอย่างไร กับสิ่งที่ฉันจะทำ	5	4	3	2	1
14. ฉันตัดสินใจด้วยตนเองในสิ่งที่ฉันให้ความสำคัญ โดยไม่ได้คำนึงถึงสิ่งที่คนอื่น	5	4	3	2	1
ด้านการมีสัมพันธภาพเชิงบวก					
1.ฉันสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้	5	4	3	2	1
2.ฉันรู้สึกผิดหวังบ่อยๆกับสิ่งที่คาดหวังในชีวิตประจำวัน	5	4	3	2	1
3.ฉันหมกมุ่นมีความรู้สึกขัดแย้งกับเพื่อนและบุคคลอื่นที่อยู่รอบๆตัวฉัน	5	4	3	2	1
4.ฉันรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถรับมือกับสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันของตนเองได้	5	4	3	2	1
5.ฉันมักรู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติ สิ่งที่ได้รับมอบหมาย	5	4	3	2	1
6.เมื่อฉันรู้สึกไม่มีความสุข กับความเป็นอยู่ปัจจุบันของตนเอง ฉันจะเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้ดีขึ้น	5	4	3	2	1
7.ฉันสามารถดูแลด้านการเงิน และกิจกรรมต่างๆของตนเองได้ดี	5	4	3	2	1
8.ฉันรู้สึกเครียด เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ได้ทันเวลา	5	4	3	2	1
9.ฉันรู้สึกดีที่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ได้ทันเวลา	5	4	3	2	1

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
10.แม้ไม่ค่อยมีเวลา แต่ฉันก็รู้สึกพึงพอใจ ที่ สามารถปฏิบัติสิ่งต่างๆได้สำเร็จ	5	4	3	2	1
11.ฉันรู้สึกหงุดหงิด เมื่อไม่ประสบความสำเร็จใน การทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่วางแผนไว้	5	4	3	2	1
12.ฉันมักจะประสบความสำเร็จ ในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ และการสร้างความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น	5	4	3	2	1
13.ฉันไม่สามารถจัดการกับชีวิตในรูปแบบ ที่ฉันพึง พอใจ	5	4	3	2	1
14.ฉันสามารถปฏิบัติกิจกรรม และดำเนินชีวิต ตามที่ต้องการได้	5	4	3	2	1
ด้านการเป็นตัวของตัวเอง					
1.ฉันไม่สนใจกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง หรือยัง ไม่เกิดขึ้น	5	4	3	2	1
2.แม้เวลาผ่านไป ฉันยังรู้สึกว่าต้องเรียนรู้ เพิ่มเติม ให้มากขึ้น	5	4	3	2	1
3.ฉันเป็นคนที่ชอบประสบการณ์ใหม่ๆให้ตนเอง	5	4	3	2	1
4.ฉันไม่ชอบ หาประสบการณ์ใหม่ๆ เพราะคิดว่า ชีวิต ชีวิตของฉันตอนนี้ดีอยู่แล้ว	5	4	3	2	1
5.ประสบการณ์ใหม่ๆ มีความสำคัญในการสร้าง ความท้าทายทางความคิด และการใช้ชีวิต ในโลก ใบนี้ ของฉัน	5	4	3	2	1
6.ฉันรู้สึกว่าหลายปีที่ผ่านไป ฉันไม่มีความก้าวหน้า ในชีวิต	5	4	3	2	1

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
7.ฉันเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาต่อไปได้	5	4	3	2	1
8.ฉันได้เรียนรู้และเข้าใจชีวิต ทำให้ฉันเข้มแข็ง และมีความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น	5	4	3	2	1
9.ฉันรู้สึกว่เมื่อเวลาผ่านไปฉันได้พัฒนาตนเองมากขึ้น	5	4	3	2	1
10.ฉันไม่ชอบอยู่ในสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิด หรือการกระทำ ในแบบที่ฉัน ไม่คุ้นเคย มาก่อน	5	4	3	2	1
11.สำหรับฉัน ชีวิตคือการระบวณการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงและการเติบโต อย่างต่อเนื่อง	5	4	3	2	1
12.ฉันมีความสุขที่เห็นการเปลี่ยนแปลง ทางด้านความคิด และการพัฒนา ด้านวุฒิภาวะของตนเอง	5	4	3	2	1
13.ฉันมักจะยอมแพ้ ในการพยายามพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง	5	4	3	2	1
14.ฉันเชื่อว่าไม่สามารถสอนสิ่งใหม่ๆ ให้กับคนที่มีอายุมากแล้ว	5	4	3	2	1
ด้านการมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม					
1. คนส่วนใหญ่บอกว่า ฉันเป็นคนน่ารักและรู้สึกชื่นชอบในตัวเอง	5	4	3	2	1
2. การรักษาสัมพันธภาพที่ดี เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ยาก และทำให้ฉันรู้สึกอึดอัดใจ	5	4	3	2	1
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว เพราะมีเพื่อนสนิทไม่กี่คนที่สามารถระบายความรู้สึกได้	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
4. ฉันพุดคุย เรื่องของตนเอง กับสมาชิก ใน ครอบครัวหรือเพื่อนๆ	5	4	3	2	1
5. เมื่อเพื่อนสนิทมา พุดคุยปัญหาของเขา ฉันจะ เป็นผู้ฟังที่ดี	5	4	3	2	1
6. เมื่อต้องการระบายปัญหา ฉันไม่มีเพื่อนหรือ ใครๆที่จะรับฟัง	5	4	3	2	1
7. ฉันรู้สึกเหมือนได้รับความรัก หรือสิ่งดีๆจาก บุคคลอื่นมากมาย	5	4	3	2	1
8. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆ มีเพื่อนมากกว่าฉัน	5	4	3	2	1
9. คนส่วนใหญ่บอกว่า ฉันเป็นผู้มีน้ำใจ และมีเวลา ให้คนอื่นเสมอ	5	4	3	2	1
10. ฉันไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก ที่ อบอุ่น และการได้รับความวางใจจากบุคคลอื่น	5	4	3	2	1
11. ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่เคยได้รับมิตรภาพจากบุคคล อื่น	5	4	3	2	1
12. ฉันและเพื่อนสนิท สามารถไว้วางใจกันและกันได้	5	4	3	2	1
13. ฉันรู้สึกลำบากใจ ในการเปิดใจพุดคุยกับบุคคล อื่น	5	4	3	2	1
14. ฉันและเพื่อนสนิท ต่างเข้าใจปัญหา ซึ่งกันและ กัน	5	4	3	2	1
ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต					
1. ฉันรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อนึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และสิ่งที่คาดหวังที่จะทำในอนาคต	5	4	3	2	1
2. ฉันใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และไม่เคย นึกถึงเรื่อง อนาคต	5	4	3	2	1

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
3. ฉันจะมุ่งมั่น ในเรื่องปัจจุบัน เพราะการนึกถึงอนาคต ทำให้ฉันรู้สึก วุ่นวายใจ	5	4	3	2	1
4. ฉันรู้สึกว่า ชีวิตของฉันมีเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการดำเนินชีวิต	5	4	3	2	1
5. กิจกรรมประจำวันของฉัน มักจะดูไร้ค่า และไม่มีค่า	5	4	3	2	1
6. ฉันไม่มีความจำเป็น ต้องพยายาม ทำอะไรให้สำเร็จในชีวิต	5	4	3	2	1
7. ฉันรู้สึกเสียเวลากับการตั้งเป้าหมายในชีวิต	5	4	3	2	1
8. ฉันสนุกกับการทำงานและวางแผนสำหรับอนาคต เพื่อให้ประสบความสำเร็จ	5	4	3	2	1
9. ฉันมีความกระตือรือร้นในการวางแผนสำหรับอนาคตของตัวเอง	5	4	3	2	1
10. บางคน อาจไม่มีจุดหมายในชีวิต แต่ฉันเป็นคนที่มีจุดหมายในชีวิต	5	4	3	2	1
11. ฉันรู้สึกว่า ได้ทำทุกสิ่ง ที่ต้องทำในชีวิตทั้งหมดแล้ว	5	4	3	2	1
12. การมีเป้าหมายในชีวิตทำให้ฉันรู้สึกพึงพอใจมากกว่าหงุดหงิดใจ	5	4	3	2	1
13. ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อนึกถึงความสำเร็จที่ผ่านมาในชีวิต	5	4	3	2	1
14. ฉันไม่แน่ใจว่า ชีวิตฉันได้รับการเติมเต็มอย่างเพียงพอ	5	4	3	2	1
ด้านความองกงามในตนเอง					
1. ฉันรู้สึกพึงพอใจกับเรื่องราว และสิ่งที่เกิดขึ้นใน	5	4	3	2	1

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	ค่อนข้าง จริง (3)	ไม่ค่อย จริง (2)	ไม่จริง เลย (1)
อดีต					
2. ฉันมีความมั่นใจและรู้สึกดีกับตนเอง	5	4	3	2	1
3. ฉันรู้สึกว่าบุคคลอื่นมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีกว่าฉัน	5	4	3	2	1
4. ถ้ามีโอกาสมีหลายสิ่งที่คุณอยากจะเปลี่ยนแปลง	5	4	3	2	1
5. ฉันชอบทุกบุคลิภาพของตนเอง	5	4	3	2	1
6. ในอดีตฉันเคยทำผิดพลาด แต่ฉันคิดว่าได้ทำ อย่างดีที่สุดแล้ว	5	4	3	2	1
7. ฉันรู้สึกผิดหวังหลายอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตของ ตนเอง	5	4	3	2	1
8. ฉันภูมิใจในสิ่งที่ทำ ที่สามารถนำพาชีวิตมาถึง ปัจจุบัน	5	4	3	2	1
9. ฉันรู้สึกอิจฉาบุคคลอื่นที่ประสบความสำเร็จใน ชีวิต	5	4	3	2	1
10. ฉันมักมองตนเองในทางลบ	5	4	3	2	1
11. ฉันรู้สึกขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต	5	4	3	2	1
12. แม้สิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตจะมีทั้งข้อดีและข้อเสีย แต่ฉัน ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงอะไร	5	4	3	2	1
13. เมื่อฉันเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อน และคนรู้จัก ทำให้ฉันรู้สึกดีเกี่ยวกับสิ่งที่ฉันเป็น	5	4	3	2	1
14. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีข้อด้อยมากกว่าคนอื่น	5	4	3	2	1

คู่มือพฤติกรรมที่
สัมพันธ์กับสุขภาพใน
ผู้หญิงวัยเยาเสพติด





พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การรับประทานอาหาร



งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่เข้าร่วมรับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ"
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การรับประทานอาหาร

ธงโภชนาการในผู้หญิงวัยทำงาน



ที่มา



สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

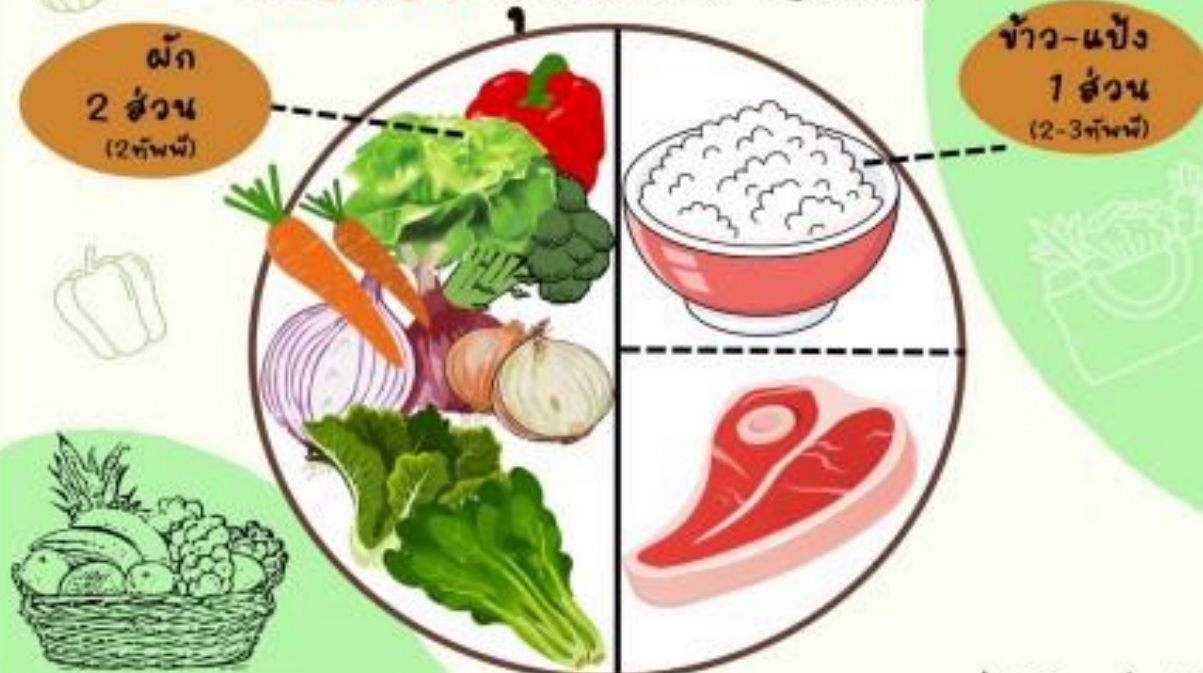
งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกรอบวงจรชีวิต กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่เข้าร่วมรับการบำบัดบำบัดจากสาเหตุจิตใจในสถานบริการภาครัฐ"

เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิสุขภาพการเสพติด (ศพก)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การรับประทานอาหาร

เคล็ดลับหุ่นสวย 2:1:1



*พร้อมผลไม้รสไม่หวานจัด 1 ถ้วยเล็ก

เคล็ดลับ : เลือกกินอาหารที่ใช้วิธีการ นึ่ง-ต้ม-อบ

ลด...หวาน/มัน/เค็ม 6:6:1

ลด
ส่วน
ต่อ
วัน



น้ำตาล
6
ช้อนชา/วัน



น้ำมัน
6
ช้อนชา/วัน



เกลือ
1
ช้อนชา/วัน

ที่มา ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุวชิรพยาบาล

งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดการ
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสภาวะทางจิต ที่เข้ามาจับ
บริหารจัดการสุขภาพที่ดีในสถานประกอบการรัฐ"
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การรับประทานอาหาร



รสเปรี้ยว

กินพอดี กระตุ้นระบบขับถ่าย บำรุง
ผิวพรรณ
กินมาก เสี่ยงท้องร่วงและผิว
เคลือบฟันถูกทำลาย



รสหวาน

กินพอดี ลดเครียด ร่างกาย
ตื่นตัว
กินมาก น้ำหนักเพิ่ม เสี่ยง
เบาหวาน



รสมัน

กินพอดี ดด
รรมวิตามินดีดี
หลายชนิด
กินมาก อ้วน
ลงพุง เสี่ยง
โรคไขมันใน
เลือดสูง



รสเค็ม

กินพอดี ปรับ
สมดุล ความ
ดันโลหิต
กินมาก เสี่ยง
โรคไต ความ
ดันโลหิตสูง

รสเผ็ด



กินพอดี เจริญอาหาร ระบบไหล
เวียนเลือดดี,
กินมาก ปวดแสบท้อง เสี่ยงเป็นกรด
ไหลย้อน. กระเพาะอาหารอักเสบ

งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่เข้าร่วมรับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการอาชญากรรม"
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก)



อาหารบรรเทาอาการข้าง เคียงจากการใช้ยาเสพติด



อาเจียน

อาการอาเจียนอาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ และหากมีการอาเจียนบ่อยอาจทำให้ระคายเคืองภายในลำคอ ดังนั้นควรจิบน้ำเรื่อยๆ หรือดื่มน้ำขิง หรือน้ำผลไม้แช่เย็นจะช่วยให้ดื่มได้มากขึ้น เคี้ยวอาหารมัน อาหารทอด อาหารเผ็ดจัดหรือหวานจัด



อาการคลื่นไส้

ให้จิบอาหารที่มีน้ำใสหรือซุปใส ดองดื่มนม น้ำผลไม้แบบเจือจางหรือน้ำชาจางๆ แล้วย่อยเป็นปริมาณอาหารน้อยๆ โดยเริ่มจากอาหารที่มีลักษณะแห้งๆ ก่อน เช่น บิสกิต แครกเกอร์ ขนมปัง แวนิล ไข่ต้ม แล้วย่อยปรับเป็นอาหารธรรมดา



อาการปากแห้งและน้ำลายเหนียว

ควรจิบน้ำบ่อยๆ และอาจให้เคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล หรือมะนาวฝานชิ้นบางๆ เพื่อช่วยกระตุ้นให้มีการผลิตน้ำลายมากขึ้น ควรทานอาหารที่มีน้ำลูกขี้กิ้ง มีน้ำแกง น้ำซุป เช่น ผัดผักรับประทานสุก ก๋วยเตี๋ยว น้ำแกงจืด ซุปไก่ เป็นต้น เคี้ยวอาหารที่มีลักษณะแห้งๆ เช่น ไข่ทอด แครกเกอร์ ขนมปังเคี้ยว ขนมปัง ขนมเค้ก แชนนิกซ์ เบอเกอร์



งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดการที่มียาเสพติดที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต ที่เข้าร่วมบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ"

เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก)



อาหารบรรเทาอาการข้าง เคียงจากการใช้ยาเสพติด



อาการท้องผูก
ให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ
(๖-๘ แก้ว) ควรดื่มน้ำอุ่นๆ 1 แก้วหลังตื่นนอนตอนเช้า
เลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ เน้นผักและผลไม้มากขึ้น



อาการท้องเสีย

ทำให้สูญเสียน้ำเป็นจำนวนมาก ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ อาหารควรเป็นอาหารสุกใหม่ สะอาด และมีกากใยต่ำ ทานอาหารปริมาณน้อยและแบ่งเป็นหลายมื้อ เลี่ยงการดื่มนมวัวหรือเครื่องดื่มที่เพิ่มน้ำตาลในลำไส้ เช่น ถั่ว หอมใหญ่ น้ำอัดลม โซดา เป็นต้น



ภาวะซึมเศร้า วิงเวียนศีรษะ

ควรเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เพราะคาเฟอีนมีผลต่ออารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ควรทานอาหารประเภทข้าว แป้ง ธัญพืชที่ยังไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท ถั่ว และธัญพืช เป็นต้น รวมถึงดื่มน้ำให้เพียงพอต่อวัน



น้ำตาในเลือดต่ำ

มีอาการอ่อนเพลีย มือสั่น ใจสั่น กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง มีชา ปากชา การแก้ไขเบื้องต้นให้รีบดื่มน้ำหวานอย่างเร็วที่สุด



งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจิต
กรรมที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต ที่เข้าร่วมกับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ"
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก)



อาหารบรรเทาอาการจ้ำ เคี้ยวจากการใช้ยาเสพติด



ความอยากอาหาร
เปลี่ยนไปหรือเบื่อ
อาหาร

ควรทานอาหารในปริมาณ
น้อยแต่ให้บ่อยขึ้น ควรเพิ่ม
อาหารระหว่างมื้อ เช่น นม
โจ๊กไข่ไข่ แชนวิช เคี้ยวเครื่อง
ดื่มพวก ชา กาแฟ เคี้ยวอาหาร



หวานจัด เคี้ยว



อาหารที่มีไขมันสูง
เช่นอาหารทอด
อาหารที่มีกะทิ



การรับรส

เปลี่ยนแปลงไป

ทำให้อาหารที่เคยชอบ
ไม่อร่อยเหมือนเดิม ให้

ลองทานอาหารให้

หลากหลายอย่าซ้ำซาก

อาจใช้เครื่องเทศใน

การประกอบอาหาร

มากขึ้น



อาการท้องอืด จุกเสียดแน่นท้อง

ทำให้ความอยากอาหารลดลง แนะนำให้

เคี้ยวอาหารช้าๆ รับประทานอาหารมื้อละ

น้อยๆแต่แบ่งเป็นหลายมื้อ เคี้ยวอาหารที่มี

แก๊ส เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

โซดา ถั่ว ชา กาแฟ ช็อคโกแลต อาหาร

ทอด และอาหารเผ็ดจัด ช่วงเวลาทานอาหาร

ควรห่างจากเวลานอนอย่างน้อย 2 ชม



งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต ที่เข้าร่วมรับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ"
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์สิทธาภิบาลวิชาการเสพติด(สสอ)



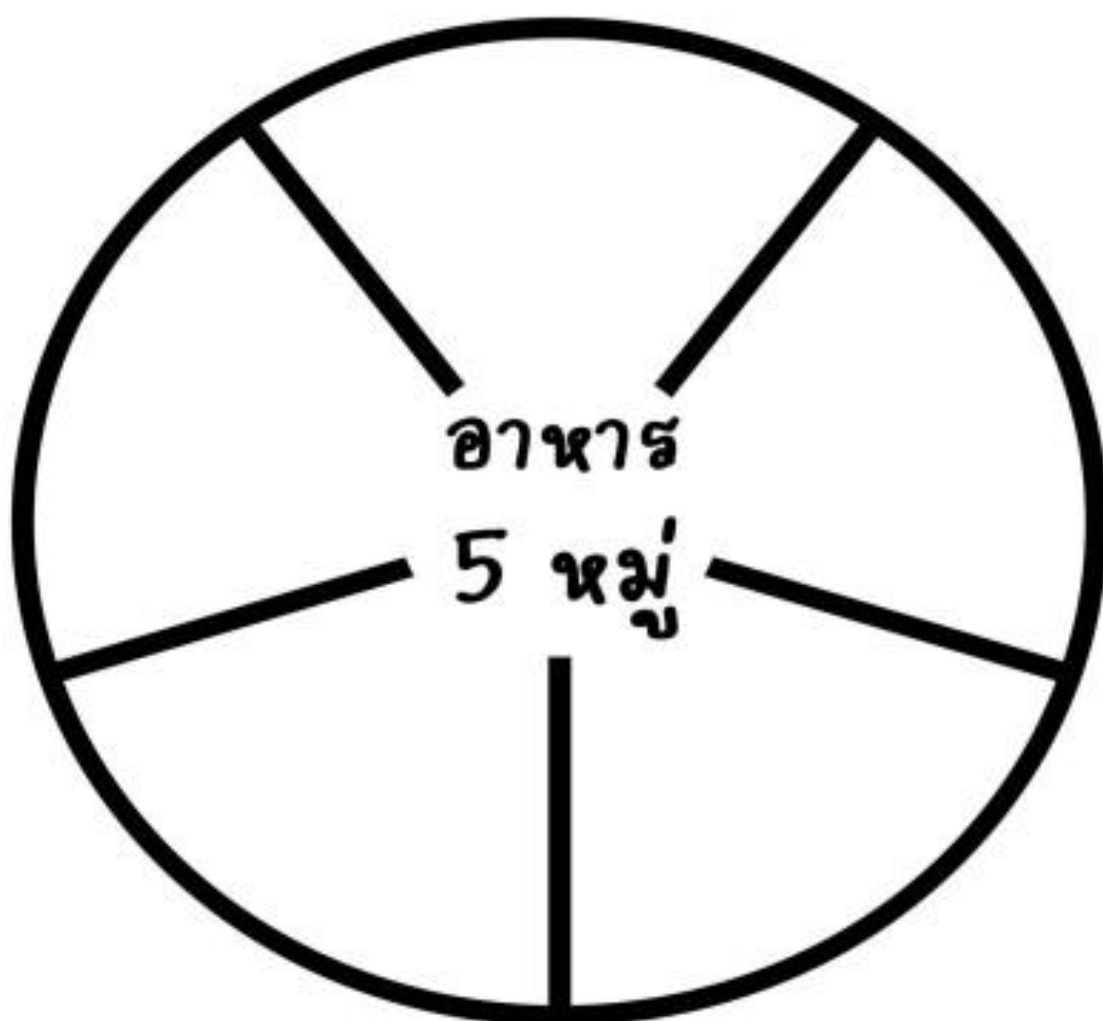
ใบงาน 1
ทบทวนตัวเอง

อดีต

ปัจจุบัน



ใบงาน 2
ทบทวนความรู้อาหารหลัก 5 หมู่



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การออกกำลังกาย

ประโยชน์ของการ
“ออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพศติด”



1. การออกกำลังกาย
ช่วยลดอาการจาก
การฉีกขาด



2. การออกกำลังกาย
ช่วยค้นหาปัญหา
สุขภาพและโรคภัย
ต่างๆ



3. การออกกำลังกาย
ช่วยทำให้อารมณ์
ดี



4. การออกกำลังกาย
ช่วยควบคุม
น้ำหนักตัว



5. การออกกำลังกาย
ช่วยให้อารมณ์
ดีได้ดียิ่งขึ้น



6. การออกกำลังกาย
ช่วยพัฒนาความ
สัมพันธ์และช่วยให้
สังคมที่กว้างขึ้น

ทางเว็บไซต์ “มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายของประเทศไทย”
ได้นำข้อมูลนี้มาจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่แก่ผู้สูงอายุและผู้สนใจทั่วไป
เพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีและมีความสุข
มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายแห่งประเทศไทย (สสอ.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย มี 3 ชนิด

1.การออกกำลังกายแบบ แอโรบิก (aerobic training)

การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อชนิดใหญ่อย่างต่อเนื่อง
มีผลดีต่อระบบหัวใจและปอด เช่น เดิน วิ่ง
เต้นแอโรบิก วาฬน้ำ ปั่นจักรยาน



2.การออกกำลังกายแบบ มีแรงต้าน (resisted training)

เป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น
การยกน้ำหนัก ชกมวย ว่ายน้ำ ขนุน ขนุน
ขนุน ขนุน

3.การออกกำลังกายแบบ เพิ่มความยืดหยุ่นช่วง กล้ามเนื้อ (Flexibility training)

เสริมสร้างความยืดหยุ่นและการทรงตัว เช่น โยคะ
ไทเก็ก ไทชิ รำมวยจีน



จากบันทึกเรื่อง "ผลกระทบการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพของประชาชนและผลกระทบต่อสังคม" ซึ่งจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
เผยแพร่ในเอกสารวิชาการเรื่อง "ผลกระทบการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพของประชาชนและผลกระทบต่อสังคม" (ฉบับร่าง)
เอกสารนี้เป็นเอกสารภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)



พญติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสำหรับ 4 กลุ่มวัย



เด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 6 ปี): เน้นการออกกำลังกายที่สนุกสนาน ไม่เบื่อหน่าย เช่น วิ่งเก็บของ วิ่งเปี้ยว การละเล่น โทบตา ฯลฯ หรืองานบริหาร ประกอบเพลง เป็นต้น

วัยทำงาน (18-59 ปี): ควรออกกำลังกายเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง เช่น วิ่ง ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก แบดมินตัน เนืองจากวัยนี้เป็นวัยที่กล้ามเนื้อ กระดูก ซ่อนด



และเส้นเอ็นต่างๆเริ่มเสื่อมสภาพลง จึงควรออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูร่างกายให้โดยสม่ำเสมอต่อเนื่อง 5 วัน วันละ 30 นาที



ช่วงอายุ 6-12 ปี: ควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย วันละ 30 นาที สามารถออกกำลังกายได้หลายรูปแบบ เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นหลัก เช่น วิ่ง ปั่นจักรยาน กระโดดเชือก วาซน้ำ บาสเกตบอล ฟุตบอล เป็นต้น รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ซิทอัพ ดันพื้น ขดตัวแบบ เป็นต้น ตลอดจนการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เช่น งานบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โยคะ เป็นต้น



ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป: ควรออกกำลังกายแบบเบาๆ เช่น เดินเล่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เนืองส่วนต่างๆให้แข็งแรงควบคู่กับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 2 วันต่อสัปดาห์



ที่มา  กรมอนามัย

งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสุขภาพของประชาชน” ที่เจ้าหน้าที่บริหารบำบัดกายภาพบำบัด ในสถานพยาบาลของรัฐ”
เอกสารนี้ ได้จัดทำขึ้นโดยสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรง
เอ็นโดรฟินที่ช่วยให้อารมณ์ดีและลด
ความเครียดจากการหอบหืดได้



ออกกำลังกายอย่างไร ให้สุขภาพแข็งแรง

เริ่มต้น

เริ่มออกกำลังกายแบบค่อยเป็น
ค่อยไป แล้วค่อยเพิ่มความเข้มข้น

คุณดาวน์

ค่อยๆ ลดระดับความเข้มข้นลงช้าๆ
เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

ระยะเวลา

เพิ่มระยะเวลาของการออกกำลังกายทีละน้อย โดยแนะนำให้
ออกกำลังกายนานกว่า 20 นาทีขึ้นไป เพื่อให้เอ็นโดรฟิน
หลั่งออกมาจนพอ จะทำให้รู้สึกสบายตัวมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยเรื่อง “ผลกระทบเชิงบวกของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มี
ต่อพฤติกรรมที่มีขึ้นกับสุขภาพและสุขภาพจิต” ที่เขาฉกรรจ์วิทยาลาภักดี
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

โดยอาจารย์ไฉฉวีคุณะกิจและนางสาวกัญญ์ณิศา วิชาญกุล (มจร.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การออกกำลังกาย



เต้นแอโรบิก

จุดเด่น : เผาผลาญไขมัน ประหยัดค่าใช้จ่าย
ถนอมเนื้อกระดูก ระบบหายใจดีขึ้น

ใช้เวลา : อย่างน้อย 30-60 นาที 3-5 วัน/สัปดาห์



เล่นฮูลาฮูป

จุดเด่น : ถนอมเนื้อกระดูก เหวอ กระชับขึ้น
การทรงตัวดีขึ้น

ใช้เวลา : อย่างน้อย 30-40 นาที 3-4 วัน/สัปดาห์

ออกกำลังกาย ง่ายๆที่บ้าน



โยคะ

จุดเด่น : ช่วยผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ
มีสมาธิ

ใช้เวลา : ควรฝึกประจำอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง



กระโดดเชือก

จุดเด่น : ขา และแขนแข็งแรงขึ้น ระบบต่างๆ
ในร่างกายทำงานดีขึ้น

ใช้เวลา : ควรกระโดดจากน้อยแค่ 3-5 นาทีใน
1-2 อาทิตย์แรก แล้วค่อยเพิ่มเวลาที่สะดวก



เดินเร็วรอบๆบ้าน

จุดเด่น : ทำงาน ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ช่วยลดความเครียดโรค
หัวใจและหลอดเลือดช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ใช้เวลา : เดินเร็วติดต่อกันนาน 10 นาที/ครั้ง เป็นครั้ง
สองครั้ง/วัน อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์

ที่มา  กรมสุขภาพจิต

งานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายที่มี
ต่อพฤติกรรมที่มีแนวโน้มสุขภาพและการออกกำลังกาย” ได้จากงานวิจัยทางวิชาการ
แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช

เอกสารนี้ได้ปรับปรุงจากข้อมูลจากคู่มือสุขภาพจากกรมสุขภาพจิต (พ.ศ. ๒๕๖๓)



ใบงานที่ 3

ทบทวนประสบการณ์การออกกำลังกาย

วิธีออกกำลังกายในอดีต

วิธีออกกำลังกายในปัจจุบัน



ใบงานที่ 4 ทบทวนความรู้การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบบ
แอโรบิก



ได้แก่.....
.....
.....
.....

การออกกำลังกายแบบ
มีแรงต้าน



ได้แก่.....
.....
.....
.....

การออกกำลังกายแบบเพิ่ม
ความยืดหยุ่น
ช่วงกล้ามเนื้อ



ได้แก่.....
.....
.....
.....



พฤติกรรมที่สัมพันธ์ : การนอนพักผ่อน

8 เคล็ดลับ เพื่อการนอนหลับที่ดี (Sleep Hygiene)



1. หลีกเลี่ยงจอ
ภาพ



2. งดการใช้
สารเสพติด



3. รับประทานอาหาร
หนักก่อนนอน



4. ออกกำลังกาย
สม่ำเสมอ



5. นอนดูลาย
ร่างกายจิตใจ



6. ตื่นและนอน
เป็นเวลาทุกวัน



7. ไม่งีบหลับ
ช่วงกลางวัน



8. จัดสภาพห้อง
นอนให้เหมาะสม

งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามกระบวนการจัด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพจิต ชีวภาพ
สุขภาพจิตและสุขภาพจิตในสถานประกอบการ" (มคอ.)

เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์บริการวิชาการและสุขภาพจิต (มคอ.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์ : การนอนพักผ่อน 5 คุณประโยชน์ของการนอนที่ดี

1.สมองและความจำสามารถทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งผลดีต่อ
สมองในแง่ของกระบวนการเรียนรู้และจัดเก็บ
ความจำให้เป็นระบบระเบียบ เพื่อเตรียม
พร้อมต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

3.หัวใจแข็งแรงและ

การอดหลับอดนอน หรือคุณภาพการนอนที่
ไม่ดี(จากการถูกรบกวน) มีผลกระทบต่อการ
เพิ่มอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ
โต หัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมไปถึงการอักเสบ
ของหลอดเลือด ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจขาดเลือด



2.ช่วยพัฒนาสภาวะทางอารมณ์และ ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

การนอนหลับที่ดีจะช่วยให้ร่างกายได้รับ
การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยลดสภาวะทาง
ความเครียด และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี
ยิ่งขึ้น

4.ช่วยลดความน้ำหนักและระดับ น้ำตาล

การนอนที่ดีจะช่วยลดอาการหิวได้ดียิ่งขึ้น รวมไปถึง
ยังการมีสุขภาพขณะเวลานอนที่ดี จะช่วยให้ไม่
อยู่ติดงานเกินไปซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการกิน
อาหารขบถได้

5.เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน

การนอนที่ดีช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ปรับสภาพร่างกายให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อที่จะ
พร้อมรับมือกับสภาวะติดเชื้อใดๆที่จะเข้ามาในร่างกายได้อย่างทันท่วงที แต่ในกรณีที่ไม่ได้นอน
เป็นเวลานานจะสังเกตได้ว่า เราป่วยง่ายขึ้น

งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างสุขภาพดีทางสุขภาพทางระบบการคิด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่มีผลกับสุขภาพและสภาวะทางจิต ที่นำมา
ใช้กับการบำบัดยาเสพติดในสถานบำบัดการบำบัด”

เอกสารนี้ได้สนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์ : การนอนพักผ่อน

5 ระยะในการนอนหลับ

(90-110 นาทีต่อรอบการนอน)



งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างสมาธิและการดูแลสุขภาพจิตต่อการนอนหลับ" ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาและสุขภาพจิต โดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยสุขภาพจิตและการนอนหลับ (สสจ.) กรมสุขภาพจิต



พฤติกรรมที่สัมพันธ์ : การนอนพักผ่อน

1. พยายามหายใจด้วยวิธี หายใจแบบ 4-7-8

เทคนิคการหายใจแบบ 4-7-8 ที่
ถือว่าเป็นวิธีคลายเครียดก่อนนอนที่
หลายคนทำเป็นประจำทุกวันเพื่อจะ
ช่วยให้ผ่อนคลายหลับง่ายขึ้น ซึ่งเป็น
การหายใจเข้า 4 วินาที
กลั้นหายใจ 7 วินาที
และผ่อนลมหายใจ
ออก 8 วินาที โดย
ให้ทำซ้ำแบบเดิมอย่าง
น้อย 3 ครั้งจะช่วยให้
ร่างกายสงบได้มากขึ้น

2. จิบนมอุ่นๆผสมน้ำผึ้งร้อนๆ สักครึ่งช้อนชา

การได้จิบนมอุ่นๆก่อนนอนสักแก้ว
หรืออาจจะผสมน้ำผึ้งสักครึ่งช้อนชา จะ
ช่วยให้ผ่อนคลายหลับง่ายขึ้น
เนื่องจากในนมมีกรดอะมิโนที่ชื่อว่า
ทริปโตเฟน (Tryptophan)
ช่วยส่งผลลัพธ์ต่อระบบ
ประสาทและสมองให้
ผ่อนคลายหลับง่ายขึ้นและมี
โปรตีนช่วยเสริมสร้าง
พลังงานในขณะที่ยังร่างกาย
ได้นอนหลับพักผ่อนอย่าง
เต็มที่

วิธีคลายเครียดก่อนนอน



3. นวดกดเท้าเบาๆช่วยคลายเครียดได้

การนวดเท้าเบาๆ บริเวณรอบต่อของกระดูกนิ้วข้อเท้า ข้อที่ 1
และ 2 โดยกดและคลึงไว้ประมาณ 10 วินาที จากนั้นค่อยๆคลาย
ออก ทำสลับกันไปมาอย่างน้อย 10 ครั้ง จะช่วยผ่อนคลายอารมณ์
และลดอาการซึมเศร้าได้ และยังช่วยกระตุ้นระบบหมุนเวียนเลือด
ให้สุขภาพดีขึ้นอีกด้วย

งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจิต
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพจิต ที่บ้าน
บ้านการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ”
ผลงานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ฝึกอาชีพจากกรมสุขภาพจิต (ศทก)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์ : การนอนพักผ่อน

4. เอามือแช่น้ำอุ่น/อาบน้ำอุ่น

“น้ำ” ถือเป็นหนึ่งตัวช่วยบำบัด
สุขภาพร่างกายและจิตใจได้เป็น
อย่างดี หากคุณเจอเรื่องหนักๆ มา
ตลอดทั้งวัน ให้ลองเอามือแช่น้ำอุ่น
ในกระละมัง 3-5 ครั้ง แช่ค้างไว้ครึ่งละ
ประมาณ 10-15 นาทีหรือ
อาบน้ำอุ่น ให้น้ำไหล
ผ่านอย่างช้าๆ น้ำอุ่น
ที่ไหลผ่านร่าง
กายจะช่วยปรับ
อุณหภูมิในร่างกาย
บรรเทาความเครียด
เพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย
สบายตัว ทำให้
หลับง่ายขึ้น

5. บำบัดด้วยกลิ่นลาเวนเดอร์ จาก

เทียนหอมหรือน้ำมันหอมระเหย
กลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender) มี
คุณสมบัติช่วยเพิ่มความอบอุ่นและ
ความผ่อนคลาย เนื่องจากตัว
ลาเวนเดอร์นั้น ช่วยลดอารมณ์และ
ความตึงเครียด ทำให้
ร่างกายและจิตใจสงบได้
มากกว่าเดิมและช่วย
ให้นอนหลับสนิทมาก
ขึ้น

6. การนั่งสมาธิหรือสวดมนต์ก่อนนอน

การสวดมนต์หรือนั่งสมาธิจะช่วยให้ร่างกายสงบนิ่ง
เป็นการเรีบยกลสมาธิให้กลับมาที่ตนเองให้ลองสวดมนต์
หรือนั่งสมาธิก่อนนอน 15-25 นาที จะช่วยให้จิตใจสงบ
ผ่อนคลาย ลดความเครียด และยังช่วยให้ควบคุมอารมณ์
ได้ดีขึ้น

งานวิจัยเรื่อง “ผลของการนั่งสมาธิหรือสวดมนต์ต่อการสุขภาพตามกระบวนการจิต
กระทำที่ไม่ต้องพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพจิต ที่เข้ามา
รับบริการบำบัดทางสุขภาพจิตในสถานบริการภาครัฐ”
ผลการวิจัยได้สืบค้นจากฐานข้อมูลวิจัยทางสุขภาพจิต (ศสภ) (ศสภ)



ใบงานที่ 5

★ ทบทวนประสบการณ์การนอนพักผ่อน

อดีต การนอนของฉันทิ้งเป็นอย่างไร

ปัจจุบัน การนอนของฉันทิ้งเป็นอย่างไร

หากนอนไม่หลับ ฉันทิ้งวิธี








ใบงานที่ 6

ทบทวนความรู้เรื่องการนอนหลับ วิธีคลายเครียดก่อนนอนมีอะไรบ้าง

1.



2.



3.



4.



5.



6.





พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การตั้งใจเลิกยาเสพติด



ร่างกาย

หัวใจเต้นเร็ว ความดัน
โลหิตสูง หลอดเลือด
ขยายตัว ปากแห้ง ท้อง
ไส้ปั่นป่วน หน้าเหลือง
หากใช้ยาเกินขนาด อาจ
ชัก หมดสติ หัวใจวาย
ถึงแก่ชีวิต



จิตใจ

มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ
เป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง
อาการจะคงอยู่ไปตลอด แม้
ไม่ได้เสพยา

เสพติด ♥

ยาบ้า

ผลร้ายต่อ

ตนเองและผู้อื่น



สังคม

มีโอกาเป็นอาชญากรได้ง่าย
เป็นภัยอันตรายต่อผู้อื่น

#ยาบ้าให้โทษร้ายแรงและไม่มี
ประโยชน์ทางการแพทย์



งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่เข้าร่วมรับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ”
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก)



ระบบประสาท

ประสาทหลอน
หวาดระแวง ฝัน
เลื่อน ตัดสินใจพลาด
เสี่ยงอุบัติเหตุ
ตัดสินใจทำร้าย
ตนเองและผู้อื่น



พฤติกรรม

ก้าวร้าว กระวนกระวายใจ
หวาดกลัว ประสาทหลอน
กลัวคนมาทำร้ายตนเอง
จึงทำร้ายผู้อื่นก่อน

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การตั้งใจเลิกยาเสพติด

โทษของสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ



งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการคิด
กระทำที่ไม่ก่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต ที่เข้ามา
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ”
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก)

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การตั้งใจเลิกยาเสพติด

เคตามีน (Ketamine)



ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดอาการง่วงเหงา
เห็นภาพลวงตา ประสาทหลอน หายไปใช้เส้นทาง
ที่ผิด เพื่อหวังฤทธิ์ใน **การหลอนประสาท**
(Hallucination)

โดยนำเคตามีนชนิดเม็ดมาทำให้แห้งเหนียว
ตะกอนสีขาวแล้วเสพโดยการ **สูดดม (snort)**
หรือ **สูบบุหรี่ (Smoke)**

ผู้เสพยาเสพติดถูกตีบา ทำให้ต้องใช้เวลา
ปริมาณที่เพิ่มขึ้น เกิดการอาเจียน ชัก สมองและ
กล้ามเนื้อขาดออกซิเจน ใช้ติดต่อกันเป็นเวลา
นานจะทำให้เกิดการติดยาและตายได้

ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออก ต้องระวางโทษ **จำคุกตั้งแต่**
5 ปี - 20 ปี และปรับตั้งแต่ 100,000 บาท-400,000 บาท
ผู้ใดเสพ ต้องระวางโทษ **จำคุกตั้งแต่ 1 ปี - 5 ปี และปรับตั้งแต่**
20,000 บาท-100,000 บาท



ที่มา

กรมวิจิตรและพัฒนากองควบคุมยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างองค์ความรู้ทางสุขภาพตามกระบวนการคิด
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภค ที่เข้ามาจับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ”

เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การตั้งใจเลิกยาเสพติด

เพิ่มระดับ **Self-Esteem** ความพึงพอใจในตนเอง



1. เปิดใจทำกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อหาในสิ่งที่ตัวเองชอบ
2. บอกรับในเรื่องที่เป็จุดอ่อน และพัฒนาจุดแข็งให้ดีขึ้น
3. ให้โอกาสตัวเองได้เริ่มทำใหม่
4. ให้กำลังใจตัวเอง
5. มีหัวใจ หิ่สับดีกับคนอื่น
6. ไม่เปรียบเทียบตัวเองกับคนอื่น

งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดการชีวิตที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่เข้ามาจับกับการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ”
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก)



พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การตั้งใจเลิกยาเสพติด

10 วิธี เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง



งานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจิต
การที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่นำมาปรับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ”
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก)

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ : การตั้งใจออกกำลังกาย

เป้าหมายแบบ SMART

S

Specific
มีความชัดเจน



M

Measurable
วัดผลได้



A

Achievable
มีวิธีการที่ทำให้สำเร็จ



R

Realistic
ปฏิบัติได้จริง

ปฏิบัติได้ตาม
วันศุกร์
8.00 น. ประชุม
14.00 น. ไปรับลูก
17.00 น. ไปวิ่งระหว่าง
ที่สามีทำอาหารเย็น

T

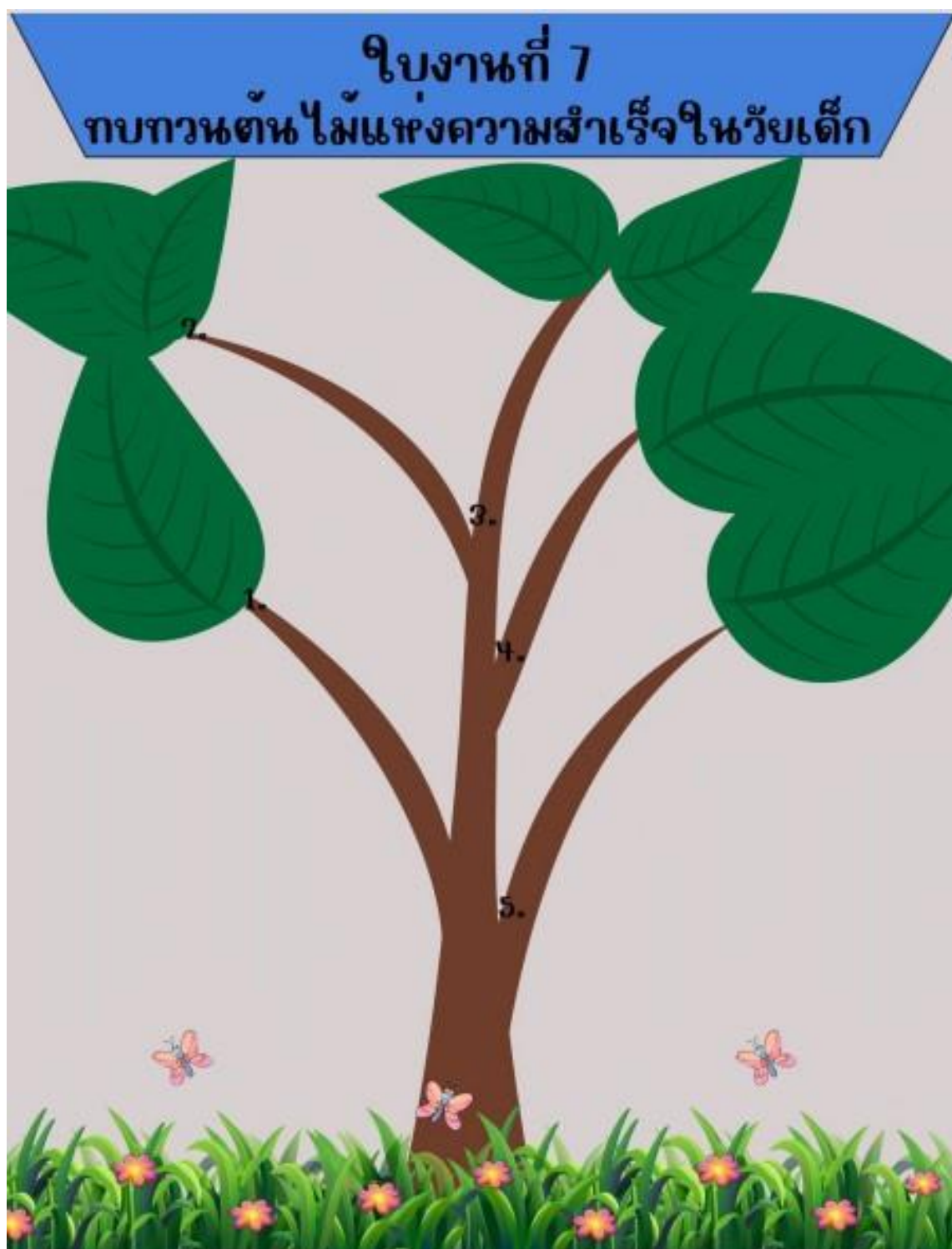
Time Bound
มีกรอบเวลาชัดเจน

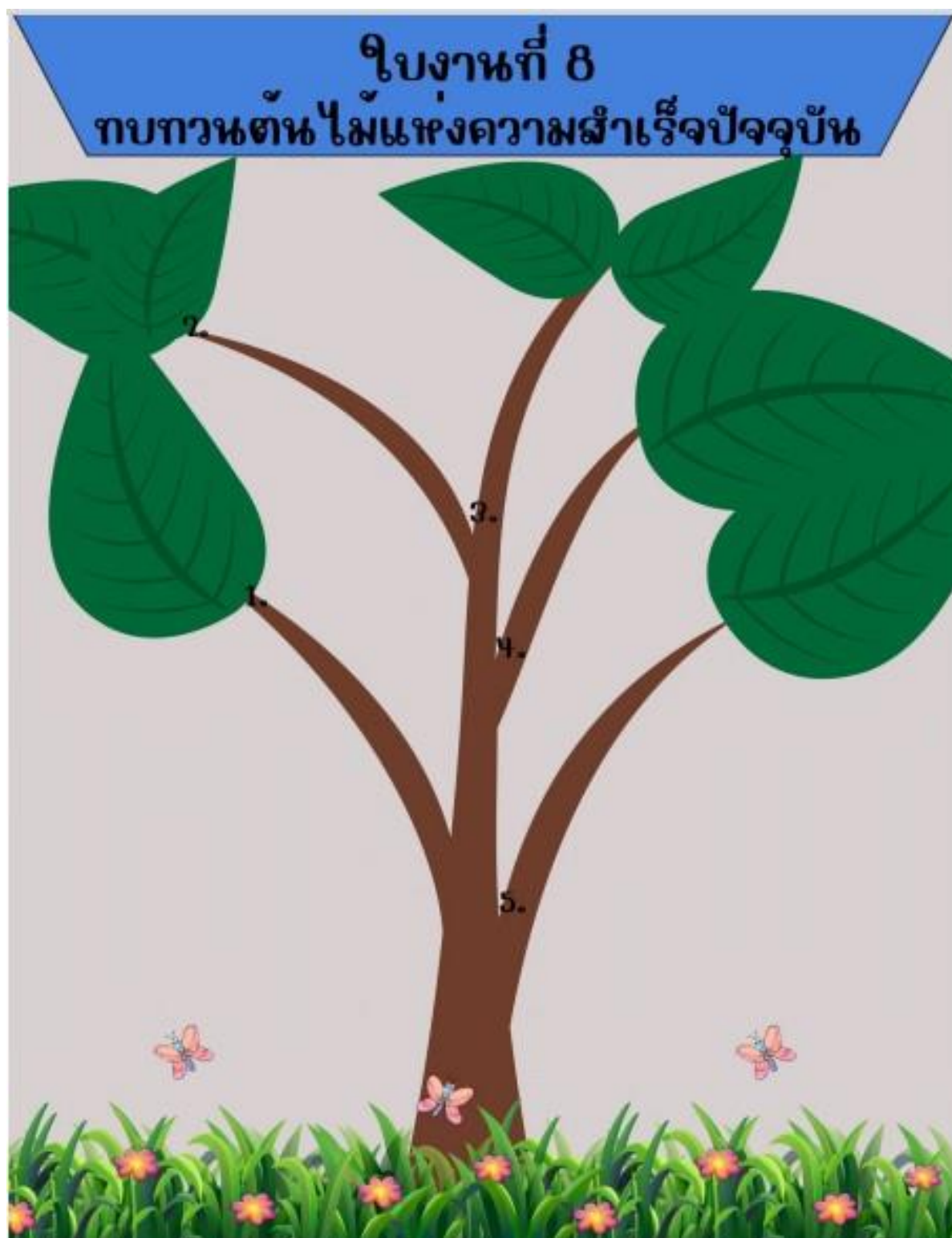
มกราคม
เฉลี่ย 5 กม.

กุมภาพันธ์
เฉลี่ย 6.5 กม.

15 มีนาคม
เริ่มวิ่ง 8 กม.

งานวิจัยเรื่อง "ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดการ
กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพทางจิต ที่เข้ามารับ
บริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ"
เอกสารนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก) 





ใบงานที่ ๑

การกำหนดเป้าหมาย



เป้าหมายของคุณคืออะไร?



คุณจะมีผลความสำเร็จอย่างไร?



วิธีการที่จะทำให้สำเร็จ?



เป้าหมายนี้ปฏิบัติได้จริงหรือไม่?



กรอบเวลาของคุณเป็นอย่างไร?

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพตามกระบวนการจัด

กระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิต

1. ผศ.นพ.ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. พว.พูนสิน เฉลิวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าหอผู้ป่วย)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. พว.เยาวนุช พิมาลัย พยาบาลวิชาชีพระดับ6 (ด้านยาเสพติด)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. นส.ลักขณา กลางคาร นักจิตวิทยาคลินิก (หัวหน้านักจิตวิทยา)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี
5. นส.จิตติมา สิงห์เชื้อ นักกิจกรรมบำบัด (ชำนาญการ)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพตามกระบวนการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับ

สุขภาพและสุขภาวะทางจิต และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาวะ

1. ผศ.นพ.ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. พว.พูนสิน เฉลิวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้าหอผู้ป่วย)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. พว.เยาวนุช พิมาลัย พยาบาลวิชาชีพระดับ6 (ด้านยาเสพติด)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. นส.ลักขณา กลางคาร นักจิตวิทยาคลินิก (หัวหน้านักจิตวิทยา)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี
5. นส.จิตติมา สิงห์เชื้อ นักกิจกรรมบำบัด (ชำนาญการ)
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี



หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 . ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของนางสาวศุภักษร ธิกา

เรื่อง ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับบริการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ : การวิจัยผสมวิธี

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆ ของข้าพเจ้า หรือส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอน และการประเมินผลการเรียน (ในกรณีที่ข้าพเจ้ากำลังศึกษาอยู่)

ข้อ 6. หากข้าพเจ้า มีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับนางสาวศุภักษร ธิกา และผู้ร่วมวิจัยที่สามารถติดต่อได้ระบุสถานที่ที่ติดต่อได้สะดวกพร้อม เบอร์โทรศัพท์, โทรสาร) 098-7464-693

ข้อ 7. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ หรือผู้แทน ได้ที่สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11019

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตาม
เจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้า
พยาน

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ

(นางสาวศุภักษร ธิกา)

ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/
หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

นางสาวศุภักษร ธิกา

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อพยาน

(นางสาวศุภักษร ธิกา)

หมายเหตุ

- 1.ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องเป็นผู้มีอำนาจทำการแทน เป็นผู้ให้ความยินยอม
2. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย



ภาคผนวก ง
เอกสารและหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย





**ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม**

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G225/2565E (ต่อใบรับรองครั้งที่ 1)

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง : เรื่องผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามกระบวนการจัดการกระทำที่มีต่อพฤติกรรมที่สัมพันธ์ กับสุขภาพและสุขภาวะทางจิตของสตรีไทยที่มารับการบำบัดยาเสพติดในสถานบริการภาครัฐ : การวิจัยผสมวิธี

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวศุภักษร อิกา

สังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่เสนอพิจารณาทบทวน :

แบบรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย เพื่อขอต่ออายุการรับรอง ฉบับลงวันที่ 21 มีนาคม 2566

วันที่ประชุม : 21 มิถุนายน 2566 การประชุมครั้งที่ : 6/2566

ผลการพิจารณา : รับรอง

ข้อเสนอแนะ : โปรดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดำเนินงานโครงการวิจัยในมนุษย์ช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หันตแพทย์หญิงณัฏฐา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุริพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-225/2565

วันที่ให้การรับรอง : 18/05/2566

วันหมดอายุใบรับรอง : 17/05/2567




เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในคน
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 66009
 เอกสารใบรับรองที่ 029/2566

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย
 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและกระบวนการจัดการที่เน้นค้ำพิชิตกรรม
 ที่สัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพจิตของสตรีไทยที่มารับบริการบำบัดรักษาเสพติด
 ในสถานบริการภาครัฐ : การวิจัยผสมผสานวิธี
 ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Effectiveness of Health empowerment based on intervention mapping to strengthen
 health-related behavior and psychological wellbeing of Thai woman receive
 treatment service in public healthcare : mixed methods research.

2. ชื่อคณะผู้วิจัย นางสาวศุภกมล จิตา
 3. หน่วยงานที่สังกัด สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
 แห่งชาติบรมราชชนนี :
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
 ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ
 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)
 รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต
 หรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ มีมติเห็นชอบดังนี้
 (✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้
 - บันทึกข้อความลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 เรื่อง "ขอส่งเอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฉบับ
 แก้ไขครั้งที่ 2 และขอเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลโครงการวิจัย"
 - โครงร่างการวิจัย เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 (Consent Form) ฉบับแก้ไขที่แนบส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 11 กรกฎาคม 2566

5. วันที่ที่ให้การรับรอง 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
 วันที่ที่หมดอายุ 16 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ลงนาม
 (..... นาคเพ็ญธำมาช่า ถักขณเดโชชัย) (..... นารัฐธยา สิงห์โต)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 ทั้งนี้ การรับรองนี้ให้ใช้บังคับเฉพาะในโครงการวิจัย (ดูคำแนะนำของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ประวัติผู้เขียน

