

**EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON FAMILY FUNCTIONING
IN FAMILIES OF ADOLESCENT METHAMPHETAMINE
ABUSER**

PANISA LAKTHONG

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY
2005**

ISBN 974-04-6093-3

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thesis
Entitled

**EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON FAMILY
FUNCTIONING IN FAMILIES OF ADOLESCENT
METHAMPHETAMINE ABUSER**

Panisa Lakthong
.....
Miss.Panisa Lakthong
Candidate

Payao Poolcharoen.
.....
Asst. Prof. Payao Poolcharoen,
M. Ed.
Major-Advisor

Khannika Suwonnakote
.....
Asst. Prof. Khannika Suwonnakote,
Ph. D.
Co-Advisor

Rassmidara Hoonsawat
.....
Assoc.Prof. Rassmidara Hoonsawat,
Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies

Orasa Panpakdee
.....
Assoc.Prof.Orasa Panpakdee,
D.N.S.
Chair
Master of Nursing Science
Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital

Thesis
Entitled

**EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON FAMILY
FUNCTIONING IN FAMILIES OF ADOLESCENT
METHAMPHETAMINE ABUSER**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
For the degree of Master of Nursing Science
(Psychiatric and Mental Health Nursing)
on
18 May, 2005

Panisa Lakthong
.....
Miss.Panisa Lakthong
Candidate

Payoo Poolcharoen
.....
Asst. Prof. Payao Poolcharoen,
M. Ed.
Chair

Khannika Suwonnakote
.....
Asst. Prof. Khannika Suwonnakote,
Ph. D.
Member

Wajjanin Rohitsuk
.....
Lect. Wajjanin Rohitsuk
Ph. D.
Member

Jariya Wittayasoporn
.....
Asst. Prof. Jariya Wittayasoporn,
D.N.S.
Member

Rassmidara Hoonsawat
.....
Assoc.Prof. Rassmidara Hoonsawat,
Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

Rajata Rajatanavin
.....
Prof. Rajata Rajatanavin,
M.D., F.A.C.E.
Dean,
Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital,
Mahidol University.

ACKNOWLEDGEMENT

The success of this thesis can be attributed to the encouraging support and assistance from many individuals. My words cannot express all of my gratefulness to these people who have kindly helped me through the thesis process.

I would like to express my sincere gratitude to Asst. Prof. Payao Pulcharoen, my major advisor who is like mother, and Asst. Prof. Dr. Khannika Suwonnakote my co-advisors, for their guidance, invaluable advice, and encouraging support in this thesis.

I wish to express my profound gratitude to all of the experts, Asso. Prof. Sirirat Kooptiwoot, M.D., Asst. Prof. Piandee Peammongkol, Asst. Prof. Dr. Jariya Wittayasooporn, Dr. Wajjanin Rohitsuk, Lecturer Somsong Churaitatsanee, and Miss Sunun Dungchan, for their assistance in validation of the instrument. I would like to thank Prof. Dr. Umaporn Trangkasombat for allowing me to use her instrument and her written “Family Therapy and Family Counseling” was motivates me to study about the power of family.

I greatly appreciate the cooperation of the all staff of the Psychiatric department at the Inburi Hospital especially Mrs. Bungon Kongpet, RN, and Mrs. Sununta Changutid who I called “Pa On” and “Pa Su” and the staff of Ban Noophakun at Prachuap Khiri Khan, there were provides an understanding of the substance abuse network and practice with adolescents substance abuse for me.

Very special thanks are also due to all staff of the Wang Sam Mo Hospital for supporting me in completing my master degree especially Mr. Kriangkrai Kaiyawon, MD., the director of the Wang Sam Mo Hospital who is like my brother and allow me to study in this program. My special recognition also goes to all of San Sam Pan Chow Wang team members for their assistance experience sharing, and all of the addicted adolescents and their parents, who willingly contributed their time to share valuable experiences and made the completion of the present study possible.

Finally, I also wish to express my thankfulness to the Lakthong and Yuthanapinun families. Cheerfulness and enormous support also came from the family members to whom I will always one a lot of heartfelt thank. The usefulness of this thesis, I dedicate to my father and my mother who have taught me to understand the meaning of family.

Panisa Lakthong

EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON FAMILY FUNCTIONING IN AMILIES
OF ADOLESCENT METHAMPHETAMINE ABUSER

PANISA LAKTHONG 4336891 RAPM/M

M.N.S. (PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

THESIS ADVISORS: PAYAO POOLCHAROEN, M.Ed.,
KHANNIKA SUWONNAKOTE, Ph.D.

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to determine the effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser. The conceptual framework of this study was derived from the Brief Family Therapy (BFT). The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) was used to describe family functioning. The purposive samples were comprised of 26 families of adolescent methamphetamine abuser recruited from the families who attended San Sam Pan Chaw Wang Clinic, Wang Sam Mo Hospital, Udon Thani Province, from November 2002 to November 2003. The samples were divided into two groups, the experimental group comprised 16 families and the control group comprised 10 families. Each family in the experimental group received family counseling once a week at least 60-90 minutes per session consisting of developing rapport, contract, discussion, and homework in 6 sessions during 6 weeks from family to family, which were created by the researcher. The family counseling guideline was validated by five experts in area of family counseling and therapy. Data of family functioning were by Chulalongkon Family Inventory (CFI). The pretest and posttest were taken at the first session and the last session respectively. Data were analyzed using Descriptive statistics and Analysis of Covariance (ANCOVA).

The result showed that the mean score family functioning of adolescent methamphetamine abuser in the experimental group after receiving family counseling was statistically significantly different than the control group ($p < .001$), and the mean score family functioning of parents in the experimental group after receiving family counseling was statistically significantly different than the control group ($p < .001$). Therefore, the effect of family counseling could confirm to improve family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser.

KEY WORDS: FAMILY COUNSELING
FAMILY FUNCTIONING
ADOLESCENT METHAMPHETAMINE ABUSER

102 P. ISBN 974-04-6093-3

ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่น
ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน (EFFECT OF FAMILY COUNSELING ON FAMILY
FUNCTIONG IN FAMILIES OF ADOLESCENT METHAMPHETAMINE
ABUSER)

ปาณิสสา หล้าทอง 4336891 RAPM/M

พย. ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : เพียว พูลเจริญ, คม., กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, ค.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการ
ทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีน โดยใช้ Brief Family
Therapy เป็นกรอบในการศึกษา และใช้แนวคิดของ McMaster Model of Family Functioning ใน
การอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอม
เฟตามีนจำนวน 26 ครอบครัว คัดเลือกจากครอบครัวที่มารับบริการที่คลินิกสถานสัมพันธภาพ
โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ถึง เดือนพฤศจิกายน
พ.ศ. 2546 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองมี 16 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมมี 10
ครอบครัว แต่ละครอบครัวในกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ
60-90 นาที แต่ละครั้งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว การตกลงบริการ การ
แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมอบหมายการบ้าน ในระยะเวลา 6 สัปดาห์จำนวน 6 ครั้ง ทีละ
ครอบครัว ตามแนวทางการให้คำปรึกษาครอบครัวซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้รับการหาความเที่ยงตรง
ตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5ท่าน ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวก่อนและหลังการให้
คำปรึกษา โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkon Family Inventory (CFI)
ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในสัปดาห์แรกและ
สัปดาห์ที่ 6 หลังจากประเมินครั้งแรก ข้อมูลนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์ความ
แปรปรวนร่วม(ANCOVA)

ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนหลังจากได้รับการให้คำปรึกษา
ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถส่งเสริมการทำ
หน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนได้

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENT	iii
ABSTRACT (English)	iv
ABSTRACT (Thai)	v
LIST OF TABLES	viii
LIST OF FIGURES	ix
CHAPTER	
I INTRODUCTION	
Background and Significance of Problem	1
Research Questions	6
Research Objectives	6
Research Hypothesis	6
Scope of the Study	6
Expected outcome and benefit	7
Definitions of Variables	7
II LITERATURE REVIEW	
Knowledge of Methamphetamine Abuse and Addiction	9
Family with Adolescence Substance Abuse	12
Family Functioning	16
Family Counseling and Therapy	24
Brief family Therapy Model	26
III MATERIALS AND METHODS	
Population and Samples	35
Setting	36
Instruments	36
Protection of human subjects	45
Data collection	45
Data analysis	46
IV RESULTS	
Demographic characteristics of the samples	47
Family functioning	51
Result of hypothesis testing	55

CONTENTS (Continued)

CHAPTER	Page
V DISCUSSION Hypothesis I: Family functioning in adolescent methamphetamine abuse who received Family Counseling were better than who not received Family Counseling Hypothesis II: Family functioning in the parents of adolescent methamphetamine abuse who received Family Counseling were better than who not received Family Counseling	 57 57 61
VI CONCLUSION Recommendations	 65 66
BIBLIOGRAPHY	67
APPENDIX	76
BIOGRAPHY	102

LIST OF TABLES

Table		Page
1-1	Family Therapy Format Compared with Other Types of Psychosocial Therapy Formats	25
1	The frequency and percentage of demographic characteristics of adolescence in experimental group and control group	48
2	The frequency and percentage of demographic characteristics of parents in experimental group and control group	49
3	Mean and standard deviation (SD) of family functioning of the adolescence methamphetamine abuse in the experimental and control groups clarified by family functioning domains and time	52
4	Mean and standard deviation (SD) of family functioning of parents in the experimental and control groups clarified by family functioning domains and time	54
5	Comparison of family functioning in adolescence methamphetamine abuse between the experimental and control groups by analysis of covariance	55
6	Comparison of family functioning in parents between the experimental and control groups by analysis of covariance	56

LIST OF FIGURES

	Page
Figure 1 Conceptual Model of the study	34

CHAPTER I

INTRODUCTION

Background and Significance of the Problem

The drug situation in Thailand during 2000/2001 remained serious since the epidemic of drugs, especially methamphetamine (Office of the Narcotics Control Board, 2001:15), Young people and students have become the main users of methamphetamine for the past few years, and the drug epidemic in schools had been worse since the number of student drug dealers had increased (Office of the Narcotics Control Board, 2001:15). Main abusers were young people aging between 13 – 17 years old (Office of the Narcotics Control Board, 2001: 21). And the age groups between 15 – 19 years old were the largest group of first time users and the 20-24 years old age group came in second (Office of the Narcotics Control Board, 2001: 56). The Narcotics Control Division, department of Medical Sciences, Ministry of Public Health randomly conducted urine tests among teenage students in 69 provinces and found traces of methamphetamine usage in 55 provinces (79.7%). Regarding the numbers of students who showed positive urine test, it was found that there were 1,375 out of 118,375 students (1.16%). When this figure was analyzed in detail, it was found that there were severe local problems in certain areas. In 1993, the number of methamphetamine users was 200,000 persons and approximately increase to as much as four to five times. In 1997, the statistics from the Office of the Narcotic Control Board indicated that 57,000 out of 110,000 drug dependents were juveniles and youths and this number was on rise. In 1999, about 200,000 students were found by survey to be involved with methamphetamine (Office of the Narcotics Control Board, 2001: 21).

In 2001, the number of drug addicts attending in the treatment centers increased from 38,044 patients in 1999 to 41,746 patients in 2000. Among this number, addicts comprised 39,571 male patients and 2,162 female patients (Office of the Narcotics Control Board, 2001: 56). In addition, it has spread to youngsters who are influenced by peers and entertainment venues. Current evidence clearly shows that methamphetamines have spread widely to young people inside and outside educational institutions and the numbers of teenage users have been increasing each year. Teenagers are the future resource of this country. If these great human resources become addicted to drug, the future of the nation is at risk.

Substance abuse in childhood and teen years may be related to family condition such as uncertainty of family status, lack of love, family violence, weaken family system, and broken family members' relationship (Suwanpatikorn, K., 2001: 1). A variety of family relationship characteristics have been found strongly correlated with adolescent drug abuse (Lewis, R.A. ed. 1991: 30). Family factors are family structure, functioning, and parental substance use. Family functioning variables associated with increased risk included poor relationship with parents (Bukstein, O.G. 1995: 60, Infante, M.R. 2000: 8), inconsistent family management practices, unclear expectations for behavior, lack of, or inconsistent discipline, low parental educational aspiration, poor monitoring of behavior, excessive punishment, hostile environment, family conflict, and poorer parent-child interactions, poor parent-child relationship, low economic status and disadvantage (Gilvarry, E. 2000: 59).

Drugs abuse can play many roles in a family system, as a catalyst for violent or abusive acts, as an excuse for the violence and abuse, and as a defensive response to violence and abuse. Cycles of violence and drug abuse often recur across generations with one family member' s drug abuse causing direct or indirect emotional and physical harm to other family members. Dysfunctional family interactions resulting from the family's response to the drug problem can deeply scar family members' growth and development. The effects of methamphetamine abuse on family systems are financial/job-related, when the family member becomes less reliable and less efficient at work, missing more days of work. The person may experience feeling of guilt, depression, and other stress-related illnesses. Isolation from the community, the family becomes increasingly isolated from its previous

community of extended family, friends, and social clubs (Office of the Narcotics Control Board, 2001: 59). However, family contract is fulfilled when standard patterns function smoothly, producing a relatively happy, flexible family. When the contract is not fulfilled by virtue of disrupted patterns, such as happens with chemical dependency, individual and family goals become incongruous. The family become unhappy and adopts a rigid dysfunctional pattern of relating to each other and to the outside world. Drug abuse can interfere with family relationships and divert that person and, in turn, the family away from the initial family contract.

Thus, substance-abusing adolescents experiencing inadequate family structure and functioning will be at a serious disadvantage with regard to recovery, these likely to be enhanced if family functioning can be improved. Healthy family and functional family usually positively influence both health and lifestyle of their members. In contrast, dysfunctional family systems, physical expressions of love and affection are either absent or used to deny and obliterate individuation or conflict. Anger about interpersonal conflicts is not expressed directly unless it erupts in explosive violence. However, anger about drug use and denial of it is expressed quite frequently and is almost always counterproductive (Kaufman, E. 1996: 522). Then family-oriented therapies have received the most attention in clinical research. The therapist who is able to engage the family in appropriate parts of the program while maintain the family's trust and optimize the change of a successful recovery (Obert, J.L. ed al. 2000: 159). One of several theory-based models of family therapy shown to be efficacious in improving parent-adolescent relationships is structural-strategic family therapy. The most effective elements of structural, strategic, functional, and behavioral family therapies are to change family systems into healthier environments, to stem the current methamphetamine abuse by adolescents and to prevent the development of drug abuse by younger siblings. The relationship between family health and individual health are multivariate and complex. Just as individuals must assume increased responsibility for their own health status, families must assume similar responsibility for their family system as a whole (Suwanpatikorn, K., 2001: 2). Therefore, it is seemed necessary that the structure and function of family should be studied and promoted.

In order to deal with the drug problem more efficiently, the Royal Thai Government issued the Prime Minister's Order No. 119/B.E. 2544(2001) on 31st May 2001. The main objective was control illicit drugs, treat drug addicts, and prevent drug abuse. The government has assigned the Ministry of Public Health to deal with drug problems by treating drug addicts. Treatment and rehabilitation programs will be improved to serve all kinds of addicts sufficiently (Office of the Narcotics Control Board, 2001:11). Methamphetamine creates both physical and psychosocial problems for adolescents who are addicted to it. Then, the intervention approaches are many different approaches to treating addicted individuals. No single treatment was appropriate for all individuals, and no one philosophy suggests the perfect treatment approach (Perfar, F. 2000: 7). Recently intervention approach use several tactics to prevent causes of addiction. These causes are usually physical, mental and social factors. The specific intervention approaches include pharmacotherapy and behavior treatment. Behavior treatment includes group psychotherapy and group counseling, therapeutic community, self-help group, and family therapy and counseling. The emphasis has been placed on four target groups including school-based groups, community-based groups, workplace groups, and special group (Office of the Narcotics Control Board, 2001: 51).

Through the years, many substance use disorder treatment programs have worked with family members in component called family-based therapy, family-centered therapy, or simply family therapy. They reflect that family-based interventions work at the level of family change (e.g., parenting practices, family environment, problem solving) and also aim to account the psychosocial environments in which the adolescent lives. Some family-focused interventions assume that information about the 12-Step philosophy, delivered in the context of family treatment, is sufficient to affect the substance-using behaviors of the adolescent. The most family-based therapies, assume that the interaction within the family and between important family members and other extrafamilial individuals is critical to making change. Data support the link between changes in central aspects of family functioning and changes in the substance-using and problem behaviors of the adolescent (Schmindt et al., 1996: 17). The process included four phases in Brief Family Therapy from literature review is focused on the presenting problem as

clarified by goals constructed during the initial sessions. Further sessions center on the effect of the intervention given in the previous session as well as any change or exceptions that occur in the time between sessions. These studies have been conducted in research-based setting, not within existing community-based programs.

The area of community health nursing that closely works with families in the community especially Community Psychiatric Nurses who are in a strategic position to maintain, promote, and protect health of populations both now and in the future. In Wang Sam Mo Hospital, the intervention approach use therapeutic camp program 7 days and 6 nights included self-analysis, knowledge of illicit substances, impact of substance abuse on affects physically, mentally, family, society and country, group counseling, therapeutic community, self-help group. The end of program, therapeutic send invitation letters to family members (father and/or mother) of patients to participate in a one-day participatory meeting to provide social support. That not enough to improve family functioning and turn reduced adolescent used to fight a family members drug abuse. Since then more recent research has revealed that systemic (family-systems centered) drug interventions and treatments are effective in getting family members off drugs and keeping them off. In contrast, if adolescents are treated individually and their family systems are not changed, adolescents may return to their homes and resume the same roles which earlier fostered their addictive behaviors (Lewis et al., 1991: 30).

Because of the economic limitations of patients and clinic helped press for an intervention package that was time-limited and cost effective of family therapy at above, the researcher is interested in creating a family counseling for the families of adolescent methamphetamine abuser who lived in community with applied the Brief Family Therapy Model to improving family functioning and family relationship and turn reducing adolescent methamphetamine abuser. This will emphasize efficiency and the quality of adaptability so that it can be applied in community service centers which different problems and different environments.

Research Questions

Do the family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser who receive family counseling differ from those who don't?

Research Objectives

1. To compare the difference of family functioning mean score between adolescent methamphetamine abuser who received family counseling and those who not received family counseling by controlling the pre-test.

2. To compare the difference of family functioning mean score between parents of adolescent methamphetamine abuser who received family counseling and those who not received family counseling by controlling the pre-test.

Research Hypothesis

1. Adolescent methamphetamine abuser who received family counseling have higher family functioning mean score than who not received.

2. The parents of adolescent methamphetamine abuser who received family counseling have higher family functioning mean score than who not received

Scope of the Study

This study aims to study the effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser focused on problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, behavior control, general function and total. Populations were adolescent methamphetamine abuser and their parents who lived in Wang Sam Mo District, Udonthani Province and

attend at San Sam Pan Chaw Wang Clinic ; Wang Sam Mo Hospital during November 2002 to November 2003 .

Expected outcome and benefit

1. To create the pattern of family counseling to improve family functioning in the families of adolescent methamphetamine abuser.

2. To expand the role of psychiatric nurses in a community to do substance abuse treatment program and prevention program in the areas of mental health promotion and psychological illness prevention.

Definitions of Variables

Family Counseling means the intervention with families of adolescent methamphetamine abuser by application of the Brief Family Therapy (BFT) help family members to change family systems into healthier environments. These is intended to decrease familial resistance to drug treatment, redefine drug use as a family problem; establish appropriate parental influence; interrupt dysfunctional sequences of behavior; assess the interpersonal function of drug abuse; implement change strategies consistent with the family's interpersonal functioning; and provide assertion training skills for adolescent and parents. This process included four phases: joining, implementation, facilitating/monitoring, and termination.

Family functioning means family members' activities in everyday life including of 7 domains:

1. Family problem solving refer to ability of family functioning in resolving the family problems sufficiently well to maintain effective family functioning.

2. Family communication refer to how, and how well of the family member to exchanges information and affection; also whether communication is clear or masked, direct or indirect.

3. Family roles refer to how clear and appropriately roles are defined, how responsibilities are allocated and accountability is monitored in order to sustain the family and support the personal development of its members.

4. Affective responsiveness refer to the family's ability to respond to a given situation with the appropriate quality and quantity of feelings.

5. Affective involvement refer to the extent to which the family shows interest in and values the particular activities and interests of its members.

6. Behavior control refer to the pattern the family adopts for handling dangerous situations, situations involving social interactions within and outside the family, and for satisfying members' psychobiological needs such as eating, sleeping, sex, handling of aggression, and so on.

7. General Functioning refer to the provisional basic family task such as food, clothing, shelter and money, provision of nurturance and support for the children, life skill development for the adult as well as the children.

It was measured by Chulalongkorn Family Inventory (CFI) (Trangkasombut, U. 2540).

CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

To study effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser; the review of theoretical and empirical literature was organized into four major parts: 1) Knowledge of Methamphetamine Abuse and Addiction, 2) Family with Adolescent Substance Abuse, 3) Family Functioning, and 4) Family Counseling and Therapy.

Part I: Knowledge of Methamphetamine Abuse and Addiction

Methamphetamine (MA) is a central nervous system stimulant that produces intoxication through the increased stimulation of dopamine and norepinephrine receptors in the brain (Anglin, et.al, 2000: 137). MA is generally conceptualized as 3 chemical substances including: 1) Amphetamine Sulfate or Bensedrine, 2) Methamphetamine, called meth, speed, crank, crystal, and ice and 3) Dextroamphetamine or Dexedrine Obetrol. In Thailand, these three types of substances are found in amphetamines as well as other substances such as Ephedrine, Caffeine, Pemoline Theophyllin, Penpropotex, and others (Bureau of the Committee for Control of and Against Drug Addiction, 1996. Cite in Yuttatri, P., 2001: 28)

Definition and types of Methamphetamine

The Narcotics Control Board described methamphetamines as a kind of drug that stimulates the central nervous system which functions in the storage of memory and thinking, controls movement and physical balance. The medical utility is in the treatment of disorders of depression and narcolepsy.

The Division of Cosmetics and Hazardous Substance, department of Medical Science describes “YA BA” or “YA MA” as a drug which stimulates the central nervous system. The major derivatives are methamphetamines (Narcotic drug type 1) in accordance with the Narcotics Act, B.E. 2522 (1997). Ephedrine (drug substance type 2) is also included, in accordance with the Psychogenic Substance Act, B.E. 2518 (1976).

“YA BA” means a narcotic drug substance which is a central nervous system stimulator in accordance with the Narcotics Act. Initially the drug induces alertness and decreases the sense of fatigue. Methamphetamines are popular among groups that want to increase their physical stamina and endurance.

Methamphetamine has several forms, trademarks and colors. Not only round white tablets with the head of a horse but also in color of orange, brown, purple, blue, cream, yellow and pink. Methamphetamine forms include powder, liquid, capsule, heart-shaped and in triangles, Trademarks include M, U, ★, 66, 99, 44, Sp, k on one side or both sides of the methamphetamine tablet (Aiamma, C., 2001: 20)

Essential chemicals and precursors of methamphetamines include: ephedrine, caffeine, theophylline, fenethylamine, amphetamine, phenazone, fenfluramine, dextromethorphan, pemoline, benzocaine. Presently, 99 percent of amphetamines use methamphetamine in their production. On the other hand, a total weight of one amphetamine tab is 60 to 120 milligrams (0.06-0.12 grams) and the content of methamphetamine is 18-48 milligrams (0.018-0.048 grams) or 30 to 40 percent.

In Thailand, it was found that methamphetamine had been used since 1957 by hard-working manual workers. When it was deemed an illegal drug by the Narcotic Drug Laws B.E. 2465(1922), the widespread 1988, most methamphetamines were sold in the black market. Methamphetamines have been used among hard-working laborers, night-shift workers, and students, and thus have become widely used in educational institutes from 1922 to present time. Finally, the definition of Methamphetamines are narcotic drug substance which a central stimulator. It is a synthesized illegal drug. The essential precursor is Ephedrine for producing methamphetamine hydrochloride. The manufacturing process involves mixing the essential precursor with some chemical agent such as Thionyl Chloride, Palladium

and Sodium Acetate. The concentrated methamphetamine is a white crystal form is mixed with several chemical substances to increase the quantity of drug and produce methamphetamine tablets.

Effects of Methamphetamines

Methamphetamine can be injected, smoked, snorted, or ingested orally. The timing and intensity of the “rush” that accompanies the use of MA, which is a result of the release of high levels of dopamine into the brain, depend in part on the method of administration. The effects are almost instantaneous when MA is smoked or injected; they occur approximately five minutes after snorting or 20 minutes after oral ingestion (Anglin, et.al, 2000: 139). People who used 20 mg to 30 mg of methamphetamines a day have the physical effects; loss of appetite, tremor of the hand, talkativeness, excitability, nausea, high blood pressure, abnormal heart rhythm, insomnia, heavy respiration, diarrhea or constipation, dry mouth, alertness and irritability, enlarged pupils, heavy smoking.

Mental effects (Anglin, et.al, 2000: 139). that have occurred after sustained methamphetamine use include increased anxiety, insomnia, aggressive tendencies, paranoid schizophrenia, visual hallucination and persecutory delusions. These mental effects can occur when methamphetamine use is 50 mg per day for three days. When methamphetamine addicts do not use methamphetamine, they often have withdrawal symptoms such as extreme exhaustion, muscle pain, abdominal pain, vasomotor disturbance, restlessness, or become violent, depressed or suicidal. Further, increasing drug dose can lead to toxic effects such as pallor, high fever, high blood pressure, uncontrolled talking, nausea, vomiting, convulsion, coma and death. Kalechstein (2000) suggested that the current research has indicated that methamphetamine dependence is associated with deficits in selected neuropsychological domains, including learning and memory, and executive systems functioning.

Research related to methamphetamine use

Research on narcotic drug has been developed continuously. Every year, ONCB initiates project in order to study about drug related issues. Bray (2001) was

review significant research findings on adolescent substance abuse found that there has been a sharp recent resurgence in adolescent drug use. Biological factors, including genetic and temperament characteristics, as well as family environment factors, are emerging as important etiological variables. Comorbidity with other psychiatric disorders, particularly with conduct disorder, is frequent and complicates treatment. Among treatment modalities, family-based intervention has received the most study.

Sureeyamani, C.K. (1996: a-b) studied the factors which affect repeat amphetamine use among teenagers using a questionnaire to collect data. There was no difference in factors in the second, third, fourth or fifth uses. The factors that affected to repetition of amphetamine use was residence in an amphetamine using area, peer persuasion, social unacceptance and a feeling of loneliness.

Yuttatri, P. (2001: 114-142) evaluate the effects of the relapse prevention program for teenagers at Thanyarak Hospital. The findings revealed that this program had effects on developing self-control and maintenance of methamphetamine abstinence to early full remission.

Part II: Family with Adolescent Substance Abuse

Adolescent is defined as the life stage between childhood and adulthood. Though this period is often described as including the time from the onset of puberty to the late teen years, Arnett describes adolescence as puberty to the early 20s, adolescence is viewed as the “time from the beginning of puberty until adult responsibilities are taken on”. Erikson proposed eight stages of human development namely: oral sensory, muscular-anal, locomotors-genital, latency, puberty and adolescence, young adulthood, adulthood, and maturity respectively. Compared to other life stages, adolescent is a period characterized by on a amplified capability for behaviors that have potentially dangerous outcomes. Adolescent is a period of great physical, psychosocial, emotional, and cognitive changes. It is most commonly described as a time of experimental behavior, independence from parents and importance of being a part of a peer group. This phenomenon of increased risk-taking

are behaviors such as minor criminal activity, sexual activity, reckless driving, problem gambling, alcohol consumption, and drug use.

Substance use disorders in adolescent are associated with many problems, including poor academic performance, increased rates of school dropouts, juvenile delinquency, sexual promiscuity, early pregnancy, impaired driving, family difficulties, strained relationships with family and friends, and mental health concerns including depression and suicide (Gilvarry, 2000: 62). However, some youth are a higher risk than others. It has also been suggested that participation in many risk-taking activities during adolescent could stem from a host of risk factors either inherent in adolescent's personality, evident in interpersonal relationships or apparent in the surrounding environment.

This area of research has exploded in recent years as the health of adolescent is in great danger as a result of participation in these and other risk-taking behaviors. Weinberg et al. (1998) are review and synthesize the recent scientific adolescent substance abuse there has been a sharp recent resurgence in adolescent drug use. The changes in adolescent individuation were related to either increases or decreases in substance abuse. Biological factors, including genetic and temperament characteristics of adolescent includes low assertiveness, low self-efficacy, low self-esteem, low self and social-confidence, as well as low external locus of control have been linked to substance abuse. As well as family environment factors, are emerging as important etiological variable. Further research is needed, particularly on the significance of comorbid conditions and on individualized and effective treatment approaches.

These risk factors are often placed into three broad categories: psychological, interpersonal and contextual. In items of psychological factors are as noted above. Interpersonally, adolescence from families where a great deal of conflict is present are more likely to develop substance abuse problems. Finally, it is important to examine contextual factors evident in the lives of adolescents. These may include the community's attitudes towards risk-taking, the degree to which laws governing such behaviors are enforced, access to drug use.

In this sequence, adolescents first try substance that are legal for adults-alcohol (beer and wine) and cigarettes. Beer and wine precede the use of hard liquor or spirits. The use of alcoholic beverages precede the use of marijuana, followed by

other illicit or “hard” drugs, such as opiates and stimulants. The progression along this sequence may have important modifications or alternatives along gender lines. While progression to illicit drugs among men is dependent upon prior use of alcohol, among woman either cigarettes or alcohol is a sufficient condition for progression to marijuana (Bukstein, O. G. 1995: 55-57)

Drug abuse and dependence do not occur in isolation; they afflict a particular member of a specific family living in community that is part of a larger society (Kaufman & Kaufman, 1992; 34). The growing number of addicts in the last 10 years is a result of many interwoven determinants. It is frequently difficult to find which factor is primary. However, the most important causes over the part decade are societal, involving community and familial dysfunction.

While these changes are occurring, families may be facing additional developmental transitions. These transitions may raise new problems and worries: health problems, increased dependency on the family or death of grandparents each illustrate one set of potential problems. Parents may be facing individual mid-life transitions. The accompanying changes can lead to additional stress within the family, while the family is preparing to launch its adolescent. On the other hand, dealing with the erratic moods and behaviors of the adolescent may provide a welcome distraction from these larger, sometimes overwhelming, changes facing the family.

All behaviors in a family system are regarded as uniquely determined by the operation of restraints. Methamphetamine abusing behavior is no exception. Adolescent methamphetamine abuse is often associated with other or broader behavior that is considered, unacceptable, and it is helpful to see both in the wider interactional context. In adolescent problems a pattern that involves irresponsible behavior serving as an invitation to super-responsible behavior which in turn invites more irresponsible behavior, is often a useful framework to apply.

Parent and family factors vary in importance at different stages of the substance involvement sequence. The following is the parent and family factors:

- Parent substance use
- Parent beliefs/attitudes about substance use
- Parent tolerance of substance use/deviant behavior
- Lack of closeness/attachment with parents

- Lack of parental involvement in child's life
- Lack of appropriate supervision/discipline

Family factors correlated with adolescent drug use, not necessarily in order of importance, include:

1. Relative lack of parental supervision, less involvement and control, and low familial goal-directed behavior
2. A weak parent-child mutual attachment
3. Conflictual parent-child relationship
4. Intrafamilial tension and conflicts in adolescent
5. Parental and sibling tolerance of deviant, illegal, or unconventional behavior
6. Parental and sibling deviant, legal or illegal drug behavior
7. Parental and sibling unconventionality, aggression, or social isolation
8. Parental psychopathology or poverty
9. Parental divorce, death, or abandonment

The effects of parental substance abuse in increasing the risk of adolescent substance use may be due to both general parental impairment and poor role-functioning, and a more specific effect through a history of parental substance abuse (Chassin, Rogosch, & Barrera, 1991 cited in Bukstein, O. G. 1995: 60). Baumrind (1983) and Reilly (1979) note that as for parent-child interactions, lack of closeness and lack of involvement in the adolescent's activities were previously noted to be antecedent to adolescent use. Parenting styles are also implicated as predictor with lack of conventionality, family disruption, negative communication patterns, lack of or inconsistent behavioral limits, and lack of anger control as characteristics of families with adolescent substance users. Positive parent-child relationship, parent involvement with children's activities, and strong child-parent attachment appear to limit or even discourage adolescent initiation into substance use (Wechsler & Thum, 1973; Jessor & Jessor, 1977 cited in Bukstein, O. G. 1995: 61). The effects of substance abuse result in adaptive changes at all systemic levels and reflect an imbalance in the functioning in the total family system (Bowen, 1978 cited by Haber, In Naegle & D'Avanzo, Eds., 2001: 315). It is evident that there are interrelated

alterations in management of feelings, role structures, communication, and need fulfillment within the family system (Haber, In Naegle & D'Avanzo, Eds., 2001: 315).

Although there are a variety of family approaches, they have common goals: assistance in limit setting, improvement in family communication, education about drugs and alcohol and their consequences, parent management training, and improved family functioning. The paucity of family research studies with adolescent abusers, recent research continues to illuminate family clustering and familial factors mediating vulnerability to drug abuse. In particular, assortative mating by drug abusing parent is both common and a great risk for substance abuse in offspring (Merikangas et al., 1992). Parental psychopathology (e.g., maternal depression and anxiety) is also associated with offspring SUD (Merikangas et al., 1992). The mechanisms by which these risk factors exert their influence remain under study; besides genetics, possibilities include parenting styles, family stress, child victimization, other biological contributors, and the interactions among these (Weinberg, N., 1998: 255).

Chatsupakul, J.(2001) study problems and needs of families and YABA addicted repeat treatment adolescents found that the most significant problems of adolescents was declination from families in characteristic of families often asked them about whether they reuse yaba, remember of families looked find faults and families often complained, the significant needs was mental needs in characteristic of getting good jobs, trust and reason speaking from families. This study suggests that nurse counselor must emphasize families and adolescent perceived understand and accept problems and communication skill in families and promote them to search guideline solving problems together.

Part III: Family Functioning

Family Functioning

Family functioning refers to the routine activities of daily living, such as eating, sleeping, preparing meals, giving injections, changing dressings, and so forth (Wright, L.M., 2000: 129). The various components of family functioning, the

important dimensions of family functioning were about communication, problem-solving, roles and coalitions, affective responsiveness and involvement, and behavior control (Glick, I., 1987: 141).

The McMaster Model (Epstein, Bishop, & Baldwin, 1982 cite in Goldenberg, I., 1996: 353) focuses on those dimensions of family functioning selected, on the basis of research, as having the most impact on the emotional and physical well-being of family members. In particular, attention is focused on current functioning in three areas:

- I. Basic task area: how the family deals with problems of providing food, money, transportation, shelter.
- II. Developmental task area: how they deal with problems arising as a result of changes over time, such as first pregnancies or last child leaving home.
- III. Hazardous task area: how they handle crises that arise as a result of illness, accident loss of income, job change, and such.

A family's difficulty in coping with these three task areas is especially indicative of a propensity to develop clinically significant problems. Family tasks (Glick I D, 1987: 59-74) are included: provision of basic physical needs, development of marital coalition, personality development of offspring, and development of sibling coalition.

1. Provision of basic physical needs: food, shelter, and clothing. Middle-class therapists treating middle-class families may at time overlook the essential life-maintaining tasks of family group. Those who have come into contact with family systems for which these basic have not been provided become much more aware that there is a fundamental biological requirement for all families.

2. Development of marital coalition: this term implies that the spouses have been able to loosen their ties appropriately from their families of origin and have been able to develop a sense of their own individuality and self-worth. Marriage is not merely a joining together of two individuals; it is also a distillation of their families of origin, each with its own experiences, history, life style, and attitudes.

3. Personality development of offspring: families are thought of as crucial in socializing offspring in relation to a particular culture. The degree to which parents

are physically responsible for determining the outcome of the nature of their children varies from one culture to another, as well as from one family and one offspring to another.

4. Development of sibling coalition: the history of developmental theory has largely neglected the role of siblings in families. There has been greater emphasis on dysfunctional than functional relationships.

To treat families, must understand not only how families function, but also the development of dysfunctional. To further complicate matters and “being different” dose not mean bad, or dysfunctional.

Functional Family

The functional family in the McMaster model is seen as having good problem-solving skills. The optimal family has clear and direct communication, through effective role assignment and fulfillment. Members of a functioning family have the ability to respond to a range of stimuli with the appropriate quality and quantity of feelings (affective responsiveness skills. The optimal family has clear problem-solving) and show empathic interest in the activities of other family members (affective involvement). Finally, the effective family is seen as controlling the behavior (behavior control) of its members in physically dangerous situations.

The McMaster Clinical Rating Scale probes family functioning in six crucial areas:

1. Family problem solving: the ability to resolve problems sufficiently well to maintain effective family functioning.
2. Family communication: how, and how well a family exchanges information and affect; also whether communication is clear or masked, direct or indirect.
3. Family roles: how clear and appropriately roles are defined, how responsibilities are allocated and accountability is monitored in order to sustain the family and support the personal development of its members.
4. Affective responsiveness: the family’s ability to respond to a given situation with the appropriate quality and quantity of feelings.

5. Affective involvement: the extent to which the family shows interest in and values the particular activities and interests of its members.
6. Behavior control: the pattern the family adopts for handling dangerous situations, situations involving social interactions within and outside the family, and for satisfying members' psychobiological needs such as eating, sleeping, sex, handling of aggression, and so on.

Dysfunctional Family

In the McMsatr's model of family functioning, psychopathological families are likely to exhibit

1. Poor problem solving.
2. Masked and indirect communication
3. Inadequate family functions (or the allocation of an accountability around family functions are not maintained).
4. Affective responsiveness is on a very narrow range involving only one or two affects.
 1. The amount and quality of affect responsiveness is distorted (given the context, affective involvement that is symbiotic or, in the other extreme, the lack of involvement).
 2. Behavior control that is chaotic rather than flexible.

Dysfunction of family relationship system can lead family members especially adolescents to use the illicit substances and addiction (Trangkasombat U, 1999: 267-269). There are several ways an adolescent's drinking/drug abusing problem may be viewed by the family, given the confusion of roles and rules we have so far described. The adolescent may be seen as showing the family a ritualized behavior understood by the family as coming of age. In families where excessive drinking is not the norm, this form of behavior is not acceptable as a statement that the adolescent is announcing a developmental shift.

Frequently, dysfunctional family systems cannot be understood or shifted until many members of the extended family are included. Grandparents, uncles, aunts, and cousins, as well as friends, thus have been found to be crucial in understanding and

changing many family systems. Often, the family's basic interactional pattern is dull and lifeless and becomes alive only when mobilized to deal with the crises of drug abuse.

Tools for Assessment Family Functioning

Some useful rating scales and instruments for family and marital assessment. Although most clinicians do not employ these instruments routinely, they may be useful in two situations:

1. At the beginning of therapy to pinpoint deficiencies and the focus of family therapy.
2. During the middle stages of treatment to assess progress.

Self-Report Instruments

There are a number of brief and useful self-report measures of overall marital adjustment and satisfaction, and family functioning, that can be quite useful to the practicing clinician as the instruments are filled out by the patients at home and can be brought to the session.

The Dyadic Adjustment Scale is a 31-item self-report measure intended to assess the quality of marital or dyadic relations. It measures the specific dimensions of satisfaction, cohesion, consensus, and affectional expression.

The Self-Report Measure of Family Cohesion and Adaptability. Olson and colleagues have developed a promising family typology around two major dimensions: family cohesion and adaptability. Family cohesion is defined as the emotional bonding between members of the family, and relates to such issues as independence, autonomy, coalition, boundaries, pseudomutuality, undifferentiated ego mass, and other concepts central in the family theory literature. Family adaptability is the capacity of the family when confronted with situational or developmental stress to change its rules, power structure, role relationships, and styles of negotiating.

The McMaster Family Assessment Device (FAD) is a screening instrument to assist in the initial process of evaluation of a family for intervention. Each family member (over age 12) fills out a paper and pencil questionnaire on the family

functioning in six areas: problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, and behavior control. The instrument is easy to give (takes 15-20 minutes to complete) and provides a face-valid measure of areas of family function/dysfunction that could be targeted for intervention.

Marital and family Interaction Instruments (Rated by the Therapist)

The Beavers Timberlawn Rating Scales (B-T) is a rating by an outside observer of family functioning. Across a number of areas including: overt power, parental coalitions, closeness, mythology, goal-directed negotiation, clarity of expression, responsibility, invasiveness, permeability, range of feelings, mood and tone, unresolvable conflict, empathy, and a global health/pathology rating.

As another alternative, it has been recommended that the practicing clinician utilize the *Verbal Problem Checklist (VPC)*. As the observer of marital interaction, the clinician can rate the 49 categories of verbal behavior.

Factors related to Family Functioning

To understanding functional and dysfunctional family, we will understand family functioning and factors related to these. In assessing a family by The Calgary Family Assessment Model (CFAM) was consists of three major categories: 1) structural, 2) developmental, and 3) functional, then these factors will relate to family functioning (Wright, L.M., 2000: 67-147).

1. Structural: Three aspects of family structure can most readily be examined: internal structure, external structure, and context.

1.1 Internal structure: This aspect includes six subcategories: family composition, gender, sexual orientation, rank order subsystems, and boundaries. In this aspect the following factors also influence family functioning. For example, sibling position is an organizing influence on the personality but is not a fixed influence.

Gender: The difference in how men and women experience the world is at the heart of the therapeutic conversation. Often in couple relationships the problems described by men and women include unspoken conflicts between their perceptions of

gender-that is, how their family and society or culture tell them that men and women should feel, think, or behave-and their own experiences.

Each new period of life seems to bring a reevaluation of these influences. Subsystems used to label or mark the family system's level of differentiation, it useful to consider whether clear generational boundaries are present in the family.

Boundaries refers to the rule "defining who participates and how". Family systems and subsystems have boundaries, the function of which is to protect the differentiation of the system or subsystem. Boundaries can be diffuse, rigid, or permeable, it can facilitate or constrain family functioning, relating it to interpersonal proximity, intrusiveness, and closeness-caregiving.

1.2 External structure: this aspect includes two subcategories: extended family, and larger systems. Multiple loyalty ties to extended family members can be invisible but may be very influential forces in the family structure. Special relationship and support can exist at great geographical distances. In clinical work we consider whether there are many references to the extended family. How significant is the extended family to the functioning of this particular family?

1.3 Context: context is explained as the whole situation or background relevant to some event or personality. Context includes five subcategories: ethnicity, race, social class, religion, and environment.

Ethnicity: refers to a concept of family's "peoplehood" derived from a combination of its history, race, social class, and religion. This was an important factor that influence family interaction.

Race: Race influences core individual and group identification. It intersects with such mediating variables as class, religion, and ethnicity. Racial attitudes, stereotyping, and discrimination are powerful influences on family interaction. Family clinicians are now starting to appreciate that the variations in family structure and development of African-Americans, Asians, Hispanics, Whites, and others are potentially strengths in helping families to function under various economic and social conditions.

Social Class: This factor shapes educational attainment, income, and occupation. Social class affects how family members define themselves and are defined; what they cherish; how they organize their day-to-day living; and how they

meet challenges, struggles, and crises. Much of the sociological and psychological research has been confounded by social class differences among ethnic groups. Lotrakul, P. (1999) study family functioning in 556 Thai married-couple who attended parent education program found that the family functioning was correlated to family structure, years of marriage, and educational level. Marital conflict arises from many sources, including differences in information, beliefs, interests, desires, and values, as well as competition between the partners (Glick, I., 1987: 66). The variables of potential couples are socioeconomic class, which usually amounts to education and income, religious, ethnic, and racial backgrounds, political and social attitudes and values.

Environment: This factor encompasses aspects of the larger community, the neighborhood, and the home. Environmental factors such as adequacy of space and privacy and accessibility of schools, day care, recreation, and public transportation influence family functioning.

2. Developmental: In addition to an understanding of family functioning we will requires an understanding of the developmental life cycle for each family. The interface between family development, functioning, and therapy, Carter and McGoldrick (1988) believed that the family life cycle perspective viewed symptoms in relation to normal functioning over time and that “therapy” helped to reestablish the family’s developmental momentum (Wright, L.M., 1944: 66).

with confusion and ambiguity regarding what behaviors are appropriate and/or acceptable. Former rules and expectations are questioned when both new behaviors and new ideas are introduced into the family system and the parents and the adolescent being to adjust to these changes family forms of encouragement and discipline may no longer be useful or appropriate.

This is time when new behaviors and experimentation can possibly lead to more serious consequences. When children are at an earlier stage of development, their activities are usually more carefully supervised. They do not have the freedom or accessibility to the adult world that is available to most adolescents. Adolescents are exposed to new activities that can include driving, sex, alcohol, and drugs: any or all of these activities can have potentially devastating results (Lussardi, D.J., 1990: 227)

While these changes are occurring, families may be facing additional developmental transitions. These transitions may raise new problems and worries: health problems, increased dependency on the family or death of grandparents each illustrate one set of potential problems. Parents may be facing individual mid-life transitions. The accompanying changes can lead to additional stress within the family, while the family is preparing to launch its adolescent. On the other hand, dealing with the erratic moods and behaviors of the adolescent may provide a welcome distraction from these larger, sometimes overwhelming, changes facing the family.

Part IV: Family Counseling and Therapy

Family therapy is distinguished from other psychotherapies by its conceptual focus on the family system as a whole (Glick, I.D, 1987: 8). It is a psychotherapeutic approach that focuses on altering interaction between a couple, within a nuclear family or extended family, or between a family and other interpersonal systems (Sayger, T. V, 2000: 18). Major emphasis is placed on understanding individual behavior patterns as arising from and inevitably feeding back into the complicated matrix of the general family system (Glick, I.D, 1987: 9). It can be defined as a professionally organized attempt to produce beneficial changes in disturbed marital or family unit by essentially interactional, nonpharmacological methods. Its aim is the establishment of more satisfying ways of living for the entire family and for individual family members.

Family therapy might broadly be thought of as any type of psychosocial intervention utilizing a conceptual framework that gives primary emphasis to the family system and which, in its therapeutic strategies, aims for an impact on the entire family structure. Thus any psychotherapeutic approach that attempts to understand or to intervene in a family system might fittingly be called “family therapy”. This is a very broad definition and allows many differing points of view, both in theory and in therapy, to be placed under one heading (Glick, I.D, 1987: 9).

Differentiation of Family Therapy from other psychotherapies

Family Therapy as a format of treatment can be distinguished from other psychotherapies by its goals, focus, participants, etc as in table 1-1

Format	Therapy Goals	Intermediate Goal	Final Focus	Participants
Family	Improve family Communication; Decrease family Conflict	Improved family functioning	Family intervention: family extended coalitions and roles	Nuclear family unit: family:1-2 therapists
Individual	Insight into Intrapsychic Conflicts; Insight into Interaction	individual personality/ symptom change	Unconscious conflicts:individual’s thoughts, wishes, and behaviors	1 patient- therapists
Group	Sharing with group; improved relating skills in group	improved individual social functioning	Group participants and feedback	6-8 patients- 1-2 therapists

Table 1-1 Family Therapy Format Compared with Other Types of Psychosocial Therapy Formats

Goals of Family Therapy

The basic goal of family therapy is the restructuralization of the family’s system of transactional rules, such that the interactional reality of the family becomes more flexible, with an expanded availability of alternative ways of dealing with each other.

These goals of family therapy are following:

1. Improve family functioning, primarily by improving communication and relationships.

2. Establish the member's sense of belongingness and simultaneously to provide the freedom to individuate.
3. Develop contract about family's member roles.
4. Decrease conflict in family.
5. Decrease distress of client and family's member.

The Most Common Final Goals (Glick I D, 1987: 182)

1. Reduction or elimination of symptoms, or symptomatic behavior, in one or more family members. These symptoms may include major or minor symptoms of mood and affect (anxiety and depression), thought disorder, disruptive behaviors in children and adolescents, marital conflict and fighting, and sexual disorders.

2. Resolution of problem(s) as originally presented by the family.
3. Increase family/marital intimacy.
4. Role flexibility and adaptability within family matrix.
5. Toleration of differentness and differentiation appropriate to age and developmental level.
6. Balance of power within the marital dyad, with appropriate sharing of input and autonomy for the children.
7. Increased self-esteem.
8. Clear, efficient, and satisfying communication.
9. Resolution of neurotic conflict, inappropriate projective identification, and marital transference phenomena.

Brief Family Therapy Model

Definition

Brief family therapy (Homrich A.M.& Horne A. M., 2000: 243-269) typically emphasizes the strengths and resiliencies inherent in the family system, which are then used to facilitate positive change. Generally, brief family therapy approaches include a problem-solving, solution-focused emphasis structured around the presenting complaint of the client. Brief family therapists may work with the family, couple, or individual, helps clients diversify their problem-solving skill by drawing on their own positive experiences and their vision of future successful functioning as resources to

create desired changes.

Change is an important concept in brief family therapy. Brief family therapists assume that families are constantly changing and utilize this belief as a cornerstone in the therapeutic process. It is assumed that if people, families, and couples are constantly changing, they and their situations can change positively as easily as they can negatively, thus creating a sense of hopefulness and the expectation for success. The therapist's role is to assist the family in attaining their goals by skillfully using language to create the expectation for success, crafting opportunities for the clients to recognize and/or experience change, and helping the family to generalize their positive ability to change to other areas of their lives. In the brief therapy perspective, people are viewed as creative, functioning, resourceful individuals capable of effecting change in their lives.

Goals play a very important role in brief therapy. The therapist is expected to assist in the development of well-defined goals, described outcomes are based on the vision of the family members, not the expertise or recommendations of the therapist. Working from the brief therapy perspective, the therapist also uses communication to encourage the family to generalize successful changes to other areas of their lives. Sessions are usually quite structured, questions and observations are carefully constructed, and homework assignments are collaboratively detailed with the intention of achieving the clients' goals through experiential learning.

Comparison to other approaches

The brief approach takes a different perspective from the many traditional systemic, analytical, or intrapsychic approaches to therapy. Brief therapy is a focused discussion about a specific outcome that is desired by the family seeking treatment.

The most important aspect of brief therapy is not whether it meets some arbitrary criteria for being "brief" or limited number of sessions, but whether its focus is on successful outcomes. Identifying and establishing clear, positive goals, and focusing on clients to broaden their view of their functioning and resulting behaviors in order to creatively achieve these goals, are considered the measures of effective treatment.

Historical Development

Many of the contemporary models of brief therapy originated within the early family therapy movement, primarily from the strategic approaches that were developed in the late 1950s and early 1960s.

Milton Erickson, a leading practitioner of medical hypnosis, with introducing important concepts that ultimately influenced the development of the brief approach. Erickson's conceptualizations included valuing the restricting the focus of therapy to finding a solution for the presenting complaint using the individual's capabilities as the primary resource. He sharing his ideas with an eclectic group, they interested in systems communication models and the cybernetics of human functioning. This group led by Gregory Bateson, eventually evolved into the Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto, California, founded in 1959 by Don Jackson.

Another brief family therapy approach that paralleled the work of the MRI theorists developed in Milan, Italy, in the early 1970s. Led by Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, and Guiliana Prata, incorporated the concept of "positive connotation" which suggested that the symptoms and patterns of the problem were good or positive and served to maintain homeostasis in the family system.

The Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee, Wisconsin, founded by Steve de Shazer in the late 1970s, incorporated aspects of the MRI model along with the influences of the Ericksonian perspective.

Tenets of Model

Brief family therapy (BFT) emphasizes the clearly described future-oriented goals or desired outcomes as defined by the family, the couple, or the individual seeking therapy. The process of brief family therapy includes cognitive, behavioral, and constructivist components.

Most clients expect therapy to be a brief experience, and more than 70% begin therapy expecting to accomplish their treatment goals in 10 or fewer sessions (McKell, 1996). Koss & Shiang (1994) study on the duration of therapy, brief or traditional, reveal that the average length of treatment is four to eight sessions. Family

therapy may be even more complicated, as it takes quite a bit more effort to get two or several people to therapy session than just one individual.

This brief family therapy is composed of four general phases. Although the phases are presented as discrete for the purpose of training, in actuality, there is considerable overlap and the phases vary from family to family.

Phase One (Joining). During this phase, the therapist decreases a family's initial resistance by promoting rapport, demonstrating relationship skills, and positively connoting certain problematic behaviors or relationship patterns. The therapist also attempts to restrain the family from immediate change, begins to establish greater parental influence, and starts to gather systemic information about the presenting problem. The therapist will begin to track behavioral sequences and will make an initial assessment of the function (interpersonal payoff) of drug use in the family.

Phase Two (Implementation). In phase two, the therapist first gives directives designed to interrupt dysfunctional sequences of behavior, then, offers change strategies consistent with interpersonal functions, and finally, initiates assertion skill training.

Phase Three (Facilitating/Monitoring). This phase entails the therapist's monitoring, revising, and facilitating progress on the aforementioned strategies.

Phase Four (Termination). In the last session, the therapist evaluates a family's progress and highlights positive changes. The therapist also works with the family to develop a plan to both preserve their gains and to generalize those gains to other areas of their lives (Piercy & Frangkel, 1987).

Conclusion of therapy, the course of therapy is focused on the presenting problem as clarified by the goals constructed during the initial sessions. Further sessions center on the effect of the intervention given in the previous session as well as any change or exceptions that occur in the time between sessions. When the family reports that they are experiencing behaviors that are more congruent with their goals, the therapist helps clarify and amplify the appreciated changes. After this progress is clear to all family members, the therapist's role is to focus on maintaining and expanding these desired outcomes in the future, as well as encouraging the generalization of the family's success to all other situations. At this point, therapy is

concluded and the family is expected to function in more positive ways that reflect the realizations of their own strengths, resiliency, and ability to solve problems.

Major treatment goals

1) Decrease a family's resistance to treatment. By reducing family defensiveness, increase their potential influence. Especially since many clients are court-referred, their families are often less than enthusiastic about being in therapy. Gurman and Kniskern (1981) note that the therapists' relationship skills are not only important to the process and outcome of family therapy, but also are related to low drop out rates. Although these joining skills may seem obvious to most therapists, their importance cannot be overstated. Selvin et al. (1978) show that positive connotation is the positive relabeling of behaviors that were previously considered negative.

2) Restrain Immediate Change. One "no lose" strategy emphasized by PBFT is asking family members to discuss possible negative consequences of change. Either families find a "silver lining" when the lack of change is discussed or families will disagree and mobilize to prove to therapists that they do indeed want change. Fisch et al. (1983) note that "go slow" messages are typically coupled with "consequences of change" messages in order to deal respectfully with the natural ambivalence that these families have about change. These "go slow" messages also prevent therapists from working harder than the families.

3) Establish appropriate Parental Influence. Making parents better managers can be accomplished directly or indirectly. Piercy and Frankel (1986) have offered guidelines concerning decisions to intervene directly or indirectly. For example, direct interventions include:

- Encouraging and supporting the power of parental subsystems.
- Marking boundaries.
- Seeing parents without the children for portions of some sessions
- Providing parents opportunities to practice more effective executive skills.
- Developing change strategies that put parents in cooperative, executive roles.

4) Systemic assessment of the presenting problem. Ask questions about what happens before, during, and after problem incidents in order to identify

predictable cycles of family interactions. Therapists also try to identify interpersonal functions in family.

5) Interrupting dysfunctional sequences of Behavior. Perhaps the greatest skill required of therapists is to interrupt previously identified dysfunctional sequences in ways that are also consistent with families' previously identified interpersonal functions.

6) Provide assertion skill training. The heart of approach is to model for adolescents more appropriate responses and, after feedback and discussion, to encourage the adolescents themselves to practice the new behaviors within their sessions.

Techniques and Application

Brief family therapy, from both the strategic and solution-focused models, is known by some of the therapeutic "tasks" that are routinely included in these approaches:

Techniques

Reframing: use to change the context provided by the current arrangement of the problem information by offering alternate meaning to problematic behavior. This technique helps clients change their own frame on the problem by a therapist-initiated observation. Reframing may be considered the most basic and necessary operation in process of change.

Cheerleading: used to facilitate the continuation of change, cheerleading provides positive encouragement and support that is intended to boost the confidence the clients have in their ability to change a situation and create the desired outcome. As with any behavioral approach, reinforcement of desired behavior encourages the repetition of the behavior.

Predicting: used to amplify inadvertent or chance behaviors that happen to be useful and consistent with the family's goals. "Catching" a positive behavior, deliberate or otherwise, and predicting that it will continue encourages the family members to behave in similar ways again on a less random basis. It is usually implemented when the clients have identified a random exception to the complaint

pattern. This is especially effective with clients who are willing to cooperate with homework assignments.

Sculpting: the intervention procedure for restructuring roles and functions within a family system. The emphasis here is on revealing how each member perceives his or her place in the family as well as that person's perception of what is being done to whom, by whom, and in what manner. This is the method of physically positioning members in space to express a view of their relationship. In some instances, sculpting helps families overcome resistance to directly revealing their problems.

Homework: between session assignments are a cornerstone of brief therapy. Therapeutic change takes place between sessions, and homework provides the opportunity to change the "viewing" and the "doing" of the problem behavior along with information about the challenges of change. Several of the techniques previously described could be used as homework tasks. The therapist might prescribe specific tasks that require "doing more of the same" once a positive sequence has been enacted by the family or couple.

Role of the Therapist

As in all therapy, certain characteristics of the clinician seem to contribute to the success of the therapeutic relationship and effective change on the part of clients (Sayger & Horne, 2000: 47). Among these characteristics are:

- warmth and genuine concern,
- an unconditional regard for each member of the client family and the family as a whole,
- respect for the family's struggles and attempted solutions,
- encouragement and belief in the family's ability to successfully resolve their concerns and develop effective coping strategies,
- recognizing the value of utilizing and modeling a sense of humor in a respectful manner to assist the family in seeing the lighter side of their predicament and modeling that there is still room for laughter and joy in the family,
- being optimistic about the family's potential,

- being skillful in the exercise of therapeutic interventions, and
- being flexible and adaptive in the therapeutic endeavor, as seldom will events transpire as predicted

In summary, the successful therapist is characterized by ability to listen in a supportive, caring manner and to provide the family with the encouragement to change, a sense that they are understood, and motivation to be hopeful.

The roles of the therapist are included: the therapist is like a coach, a surrogate grandparent (Keith D, 2000: 118), to guide the person or the family through the process of change (Satir, 2000: 78), to move around within the system, blocking existing stereotyped patterns of transactions and fostering the development of more flexible one (Colapinto J, 2000: 153).

From literature reviews on the knowledge of methamphetamine abuse and addiction, family with adolescent substance abuse, family functioning, and family counseling and therapy. Many risk factors for the etiology and maintenance of substance abuse was related to the dysfunctional family, such family-related factors as parental substance use or abuse, poor parent-child relationships, low perceived parental support, low emotional bonding, and poor parent management of the adolescent's behavior have each been identified in raising the risk for substance abuse among adolescents. Targeting the family for treatment intervention seems obvious, although the specific approach to be used in family treatment of adolescent substance abuse has varied. Until ten years ago very few drug treatment programs involved spouses or other family members directly in treatment. Since then more recent research has revealed that systemic drug interventions and treatments are effective in getting family members off drug and keeping them off. Although the inclusion of other family members may add greatly to complexity of interventions, their involvement often provides greater leverage for sustained and successful drug treatment. However, effective family relationship may be used to fight a family member's drug abuse. The various family treatment approaches used for adolescent substance abusers include structural family systems approaches, multifamily therapy, and behavioral approaches. In the last ten years there has been much clinical and research attention on the duration of therapeutic intervention. Economic limitations of patients and clinics helped press for an intervention package that was time-limited and

cost effective. Generally, brief family therapy approaches include a problem-solving, solution-focused emphasis structured around the presenting complaint of the client, helps clients diversify their problem-solving skills by drawing on their own positive experiences and their vision of future successful functioning as resources to create desired changes. Thus, it is applied to determine the effect of family counseling on family functioning in families of adolescent substance abuse in this study. It was hoped to enable to change family systems into healthier environments, to stem the current drug abuse by adolescents and to prevent the development of drug abuse by younger siblings. The researcher eventually generates the conceptual framework of the research as showed in diagram 1.

Family with Adolescence Substance Abuse

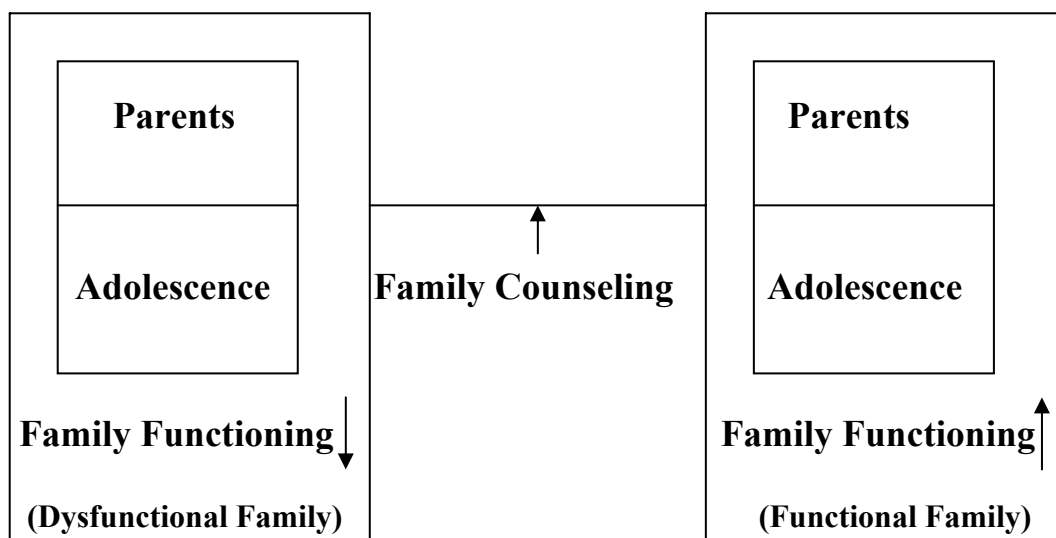


Diagram 1: Conceptual Model of the Research

CHAPTER III

MATERIALS AND METHODS

This study was Quasi-experimental research: non-equivalent control group to study the effect of a family counseling in families of adolescent methamphetamine abuser by using the Brief Family Therapy.

Population and Sample

The two groups of population in this study were adolescent methamphetamine abusers and their parents who attended San Sam Pan Chaw Wang Clinic, Wang Sam Mo Hospital, Udon Thani Province.

Purposive sampling was used for sampling selection in the non-psychotic adolescent methamphetamine abuser had at least one parent (father and/or mother) and lived with their parent for at least 6 months. The parents were selected by the non-psychotic adolescence methamphetamine abuser in the selected sample according to the criteria of the significant relatives (father and/or mother) who had been taking care of the adolescence for at least 6 months and agree to participate in the study.

Sample size was based on the principle of Polit and Hungler (1983: 426-427) which suggested that the sample size should be 20-30. In this study, the purposive samples were comprised of 26 families of adolescent methamphetamine abuser during the period November 2002 to November 2003. The samples were divided into two groups, the experimental group comprised 16 families with 16 adolescents and 25 parents and in the control group comprised 10 families with 10 adolescents and 16 parents.

The 16 adolescents in experimental group were through therapeutic camp in March to April 2003 and 10 adolescents in control group were through therapeutic camp in July to August 2002. In during the period November 2002 to 2003, both groups were in follow up period of Wang Sam Mo Hospital treatment.

Therefore, the samples size for this study was 26 and 41 in adolescent methamphetamine abuser and parents respectively.

Setting

The San Sam Pan Chaw Wang Clinic was a health problems counseling service unit in Wang Sam Mo Hospital on Si-Tart Wang Sam Mo road, Wang Sam Mo, Udon Thani. This unit is arranged for outpatient treatment setting and health problems counseling for substance abuse and addict problems. The adolescent methamphetamine abuser and their families in experimental group were received family counseling 6 sessions during 6 weeks, the control group received follow up in this unit.

Instruments

The instruments used for data collection were composed of procedure research instrument and Chulalongorn Family Inventory.

1. Procedure research instrument was family counseling guidelines

Family counseling guidelines were created by the researcher based on the Brief Family Therapy aimed at improving family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser. They were used as the guidelines to build up the set of family counseling protocols, which were provided by researcher to each family once a week at least 60-90 minutes per session. The 6 sessions of family counseling during 6 weeks approach consists of developing rapport, contract, discussion, and homework in each session.

Developing rapport: was the period that the counselor established familiarity with family members. The way of talking was in general conversation manner to promoted rapport.

Contract: was the period that the counselor made contract with family about the family counseling objective in each session, length of intervention, role of counselor and family members. The time that, the counselor reviewed the themes of previous interventions to warm up the family members in readiness for the counseling session and provide the way for discussion.

Discussion: this period the information is presented, and discussion provides clarification and facilitates assimilation of the information into personal frames of reference. The counselor should guide and focus the discussion and invite maximum participation by the family members to discussing and exchanging views with others.

Homework: was the period for summarizing the significant issues of each counseling session. The family members were asked to carry out “homework” assignments that are focus on specific and crucial problems in each session. The end of each session, the counselor was making appointments for the next sessions.

The 6 family counseling sessions were designed to achieve specific objectives. The brief description of the 6 family counseling sessions are divided into four general phases: joining, implementation, facilitating/monitoring, and termination. Specific procedures for each session are included in Appendix C.

Phase I: joining

Session 1: Introduction to the family counseling, family functioning, drug and adolescent.

This session provides an understanding of the family counseling. The counselor was created therapeutic relationship with family members to decrease a family’s initial resistance by promoting rapport. Assessment of family functioning and function of drug use in the family to helps parents understand drug abuse and dependence and how adolescents become involved with drugs.

Developing rapport: Created therapeutic relationship with family members by used greeting and small talk techniques. The counselor’s name, status, and

institution were introduced with a smiling and polite manner. Talked with family members in general conversation to build familiarity and relaxed.

Contract: When family members were relaxed, the counselor was present an overview of the family counseling and the importance of family participation. Give a brief description of the course of intervention, including least 60-90 minutes of 6 sessions in 6 weeks. Explain that family participate in 6 sessions including the role of counselor and family members, the counselor and family were discuss the commitment to recovery process of the parents and adolescent receiving intervention. The family members were encouraged to express their feelings but nonblaming and learned to listening the others, the negative comments or criticisms are not allowed. Allowed all members to ask any questions and motivated family members to participate in family counseling process by acceptance and increase self-esteem to help parents to continue to help their child.

Discussion: Distribute the Chulalongkorn Family Inventory (CFI) and ask parents and adolescent to fill out the questionnaires. Assessed family interaction by sculpting, the adolescent and parents should take turns placing the members of the family around themselves in the sculpture according to the “closeness” they fell toward each person and whom they see as having “positions of power and control.” The positioned in ways that represent their view of family interactions and dynamics, it is a visual display of how the members see the family structure. The counselor was provided family members to discussing and exchanging views with others. The idea is to allow the family to be aware that each member may see the family structure in a unique way. There is no right or wrong outcome; this is an exercise in increasing the family members’ knowledge of one another. The counselor was encouraged family members to discuss about substance abuse in family by ask family members “How do drugs create problems for family?” to assessment of function of drug use in the family and allow them to ask questions. The counselor was share with parents that their child may be at different stages of drug use. Some may be in the experimental stage. Explain the nature of drug abuse and dependence and how adolescents become involved with them and the importance of parents’ motivation to be part of their child’s recovery.

Homework: Summarizing and reassurance family to continue attending in session and reinforce positive responses. Obtain a commitment from family to continue attending the next session. Provides homework by asking question “How about three best things do you wish to be appeared in your family?” to family members to discuss in next session.

Phase II: Implementation

Session 2 and 3: Set goal to change, set priority, and improved relationship in family.

These sessions focus on how healthy family functioning can make the family a source of strength for its member. The recovery process in the change in family, the context of a healthy family, way parents can help their child avoid relapse and when to appropriately to received intervention, how to improved relationship within the family, and committing to a drug-free life.

Session 2

Developing rapport: Recognition-giving and small talk with family members.

Contract: Review contract with family about length of intervention, role of counselor and family members, ask each member to evaluate his or her progress, express concerns or fears for the future, and ask questions. Reinforce that the parents’ and adolescent’s participation in family counseling session can play an important role increasing positive outcome for the family. Present information on the objective of session 2: to set goal to develop family functioning and improved relationship in family.

Discussion: The counselor was asked family members about homework of the first session “How about three best things do you wish to be appeared in your family?” by provide each family member to present his or her wish and share with another. The counselor was act as a facilitator for family members as they make insights into how each for family members discuss. Restate the commitment to the family “Water down” activity to support individuals in the family as well as the family as a unit, this activity focus on how healthy family functioning can make the family a source of strength for its members and improving relationship in family by

encouraged family to express their opinions about others family members. The counselor ask questions and discuss about their family and connect to family functioning, congruent-incongruent, family empowerment, relationship in family, reiterate that this will be accomplished by adhering to family rules, structure, and routines; by respecting each others' boundaries; and by fighting fair. Provide family to set priority of change that they want to be by brainstorm ideas for how they will work on accomplishing the goals, this process the counselor allow them the opportunity to address any special needs or issues that may have arisen in their family. These may be issues surrounding such things as communication, problem solving, and relationship building. Use the remainder of the time with the family to shed light on family-specific issues. Discuss observations with all family members and allow them to explore additional concerns they may have.

Homework: When the family have the family goal, the counselor ask each family members to identify with the family goal and express his or her individual commitment in the following arrears communication, trust, healthy habits, and healthy activities by ask question "How can they help with this change?" to family members and discuss in next session. Obtain a commitment from family to continue attending the next session.

Session 3

Developing rapport: Maintaining rapport and trust with family members.

Contract: Review contract with family about length of therapy, role of counselor and family, and progress of family members in session 2. Encourage family to express their opinions about treatment and progress of change in family. Present the objective of session 3: to improved positive relationship in family, doing sequence of family goals, and provide assertion skill training.

Discussion: Discussion about homework in previous session "the first change in my family" by ask how each is doing, in what way things are improving, and what is different, whit these types of questions, the counselor not only encourages more participation but helps the family increase its communication skills. Focus on how each family member is doing as well as how the family as a unit is doing. Provide family to share opinions about expression of emotional, empathy, exception,

relationship in family. The counselor allowed family to express beliefs and feelings honestly without fear of rejection. Encourage family to positive relationship. Provide family to participate in the discussion of the ways to improved relationship in family. Give example things to do that. Provide assertion skill training about listening skill, responding skills, acceptance, and affective responsiveness.

Homework: Provide homework that they could easily begin using at home and discuss progress in the next session.

Phase III: Facilitating / monitoring

Session 4 and 5: Interrupt dysfunctional sequences of behavior, skill training

These sessions were clarification of the major issues in family functioning. This process helps family members understand the sources of authority in the family and how to maintain that authority in a healthy way. The methods of healthy communication, teaches techniques for engaging family members in open and fair resolution of conflict, and the way to prevent conflict from becoming dangerous are discussed.

Session 4 and 5

Developing rapport: Maintaining rapport and trust with family members.

Contract: Review contract with family about length of therapy, role of counselor and family, and progress of family members in previous session. The counselor allowed family to express their feelings and opinions about treatment and progress of change in family. Encourage family to participate in this progress. Present information on the objective of session 4, 5: doing sequence of behavior in the next goals that family want to be changed, and provide assertion skill training monitoring, revising, and facilitating progress on the aforementioned strategies.

Discussion: Ask about homework “the skills that trained in previous session and the change that appear in my family” Discuss that in this article: problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, and behavior control. Monitoring, revising, and facilitating progress on the aforementioned strategies. Reinforce family to do that continuous and consistency. Discuss about the next goals that family want to be changed. Provide family to participate in the

discussion of the ways to improve the next goals including the goal about substance abuse. Give example things to do that. Provide assertion skill training about communication skills, setting and maintaining boundaries.

Homework: Provide homework “the next change that appear in my family” and they could easily begin using at home and discuss progress in the next session. In session 5, prepare terminate treatment.

Phase IV: Termination

Session 6: Evaluated family progress and positive changes and highlights positive changes, and develop a plan to both preserve family gains to other areas of their lives.

Developing rapport: Maintaining rapport and trust with family members.

Contract: Review contract with family about length of therapy, role of counselor and family, and progress of family members in previous session including the last session.

Discussion: Ask about homework “the change that appear in my family” Discuss that in this article: problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, and behavior control. Reinforce positive change in family and facilitate the continuation of change. Review problems once family started to deal, goal of change, and positive of change in family. Evaluates a family’s progress and highlights positive changes. Work with the family to develop a plan to both preserve their gains and to generalize those gains to other areas of their lives.

Homework: Evaluates treatment by provide family members express feeling and opinions about treatment, outcome and expected of treatment, and suggestion about treatment. Congratulate the family on the commitment each member showed in following through with intervention, and stress the importance of following the relapse prevention plan. Reinforce that family members that work together in recovery have more positive outcomes. Evaluates outcome of treatment by distribute the Chulalongkorn Family Inventory (CFI) and ask parents and adolescent to fill out the questionnaires.

2. Chulalongkorn Family Inventory: CFI was developed from the Family Assessment Device (FAD), the McMaster model of family functioning by Professor Dr.Umaporn Trangkasombut (2540) to measure family functioning. This 36-items in Thai Language, four-point rating scale that consists of 2 sections: demographic characteristics of the samples and the family functioning (Appendix B). The demographic characteristics of the samples are age, status, education, occupation, and income. Chulalongkorn Family Inventory (CFI) consists of 7 domains that measure problem solving, communication, roles, affective responsiveness, affective involvement, behavior control, and general functioning.

Domain	Item number
Problem solving	1, 2, 3, 8, 25, 26
Communication	9, 16, 23, 28, 31
Roles	10, 17, 29
Affective responsiveness	4, 11, 18, 34, 35
Affective involvement	5, 12, 21, 24, 33
Behavior control	6, 13, 27, 30
General functioning	7, 14, 15, 19, 20, 22, 32, 36

It is a Likert scale consisting of 36 items. This consists of questions are positive and negative questions. The positive questions are 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, and 35. Negative questions are 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, and 36.

This scale was designed to measure family functioning in families using a four-point rating scale as follows:

	Positive questions	Negative questions
“Not True”	1	4
“Slight True”	2	3
“Moderately True”	3	2
“Mostly True”	4	1

The scores of each item was classified in 7 domain and total of family functioning, consisted of Problem solving with 5 items, Communication with 5 items, Roles with 3 items, Affective responsiveness with 5 items, Affective involvement with 5 items, Behavior control with 4 items, General functioning with 8 items, and

total computed to mean scores each domains in two groups of population 1.adolescent methamphetamine abuse and 2.parents (father and/or mother).

The results of both score should be classified into the level of family functioning this level was application by Miss Pummapichat Saengkhyo (2542)

1.00 – 1.49	mean	poor family functioning in this domain
1.50 – 2.49	mean	fair family functioning in this domain
2.50 – 3.49	mean	good family functioning in this domain
3.50 – 4.00	mean	very good family functioning in this domain

Validity

Family Counseling guidelines: the content was validated by five experts including: psychiatrist, psychologist, social worker, and two mental health nursing instructors. The guidelines were tested with two families of adolescent methamphetamine abuse, before utilization of the instrument in this study. The researcher recorded the contents of the counseling interview and they were represented to the same experts for evaluation and suggestion. The researcher revised the guidelines before using them as a procedure research instrument.

Reliability

Chulalongkorn Family Inventory: researcher was permitted to use this instrument from Trangkasombat, U. (2540). Internal consistency reliability for the CFI analyze by Conbach's Alpha Coefficient was .86 (Trangkasombat, U; 2540). Lotrakul, P. (1999) used this form with 556 samples to examine family function in Thai married-couple who attended parent education program and found that the Cronbach's alpha coefficient of the CFI was .88. Saengkhyo, P. (1999) used this to determine the perceived family functioning and adaptation of 120 schizophrenic patients and found that the reliability of perceived family functioning was assured by Cronbach's Alpha Coefficient was .85. In this study the inventory were used in 30 adolescent methamphetamine abuse and 30 parents, who are similar to the sample of this study. Analyze the inventory's reliability by Cronbach's Alpha Coefficient was .88. The results of reliability in each domain was problem solving .85,

Communication .86, Roles .87, Affective responsiveness .86, Affective involvement .86, Behavior control .90, General functioning .84, and total .84.

Protection of human subjects

The human subjects will be respected in this study, they will receive informed consent. When the sample decided to participate in the study, they signed the consent form (Appendix D). After they were informed of due information, the following steps will have followed. This intervention will have presented no harm at all the subjects.

The researcher will have explained the purpose of this study, the data collections, methods intervention, length of time, research outcome, subject right, and they can refuse to participate any time in the study. If the subjects agree to participate, that the data will have been collected, analyzed and presented as group data.

Data collection

1. Preparation stage

1.1 Coordinate with the San Sam Pan Chaw Wang Clinic in Wang Sam Mo Hospital to ask for permission and cooperation as well as to explain the research methodology and procedure.

1.2 Explaining the research methodology and procedure with families who meet San Sam Pan Chow Wang Clinic by researcher based on the protection of human right.

2. Implementation stage

The researcher performed the family counseling with the experimental group for 6 weeks in counseling room this room was privacy.

1.1 1st Week: In the first session data collection (pre-test) was assessed in the experimental group and received family counseling in joining phase. The control group received only assessed family functioning.

1.2 2nd – 3rd Week: The experimental group received Family Counseling in implementation phase and regular treatment. The control group received regular treatment.

2.3 4th – 5th Week: The experimental group received Family Counseling in facilitating/monitoring phase and regular treatment. The control group received regular treatment.

1.3 2.4 6th Week: Data collection (post-test in the same inventory) after the experiment from both experimental and control groups. The experimental group received family counseling in termination phase. The control group received the follow up treatment.

Data analysis.

The researcher analyzed the results statistically using the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences). The statistical significance for all analysis was set at p .05 level. The statistical that have been used are as follows:

1. Descriptive statistics: frequency and percentage of demographic data of the samples.
2. The family functioning of the sample before and after experiment in both groups were presented by mean and standard deviation.
3. ANCOVA (Analysis of Covariance) was used to compare the difference in posttest family functioning scores between experimental and the control groups, and pretest of family functioning score was a covariate. (Indeed, the results from regression analysis indicated that pretest family functioning scores could account for variance in posttest family functioning scores).

CHAPTER IV

RESULTS

This quasi-experimental research was conducted to determine the effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser. Findings are presented in the following sequence: demographic characteristics of the sample, family functioning of sample in total and 7 domains, and result of hypothesis testing.

Demographic characteristics of the sample

Adolescent

A total of 26 adolescents were divide into two groups the experimental group (n=16) and control group (n=10). The age of the adolescent in experimental group ranged from 13 to 20 years and a mean of 17.25 (SD = 2.27), control group ranged from 14 to 20 years and a mean of 16.40 (SD = 2.17). All of subjects were single. The most of the subjects in both groups were secondary education level (75% in the experimental group, and 80% in control group). The experimental group was worked as employees 56.25%, and 50% in control group was students. Family income ranged widely from 2,501 to 5,000 Baht per month in experimental group and less than 2,500 Baht per month in control group (Table1).

Table 1. The frequency and percentage of demographic characteristics of adolescent in experimental group (n = 16), and control group (n = 10).

Characteristics	Experimental group		Control group	
	n = 16	%	n = 10	%
Age Groups				
Below 15	2	12.50	2	20.00
15-19	11	68.75	6	60.00
20-24	3	18.75	2	20.00
Education				
Primary education	4	25.00	2	20.00
Secondary education	12	75.00	8	80.00
Occupation				
Agriculturist	2	12.50	1	10.00
Employee	9	56.25	4	40.00
The other (student)	5	31.25	5	50.00
Family income / month (Baht)				
Less than 2,500	4	25.00	7	70.00
2,501 - 5,000	5	31.25	1	10.00
5,001 – 7,500	1	6.25	2	20.00
7,501 – 10,000	3	18.75	0	0
More than 10,000	3	18.75	0	0

Parents

The samples of 41 parents of adolescent in the both groups were 25 subjects in experimental group and 16 subjects in control group. The age of the parents in experimental group ranged from 31 to 55 years and a mean of 42.60 (SD = 4.80), control group ranged from 35 to 56 years and a mean of 42.31 (SD = 5.91). Most of them (51.22%) were female, 56% in experimental group and 43.8% in control group. The largest group of subjects in both group lived with their spouse (72% in the experimental group, and 75% in control group). The largest group of subjects in

experimental group had graduated at the secondary education level (40%). Half of the parents in control group had graduated at the primary education level. The experimental group was worked as government officer 36%, and 37.5% in control group was agriculturist and employee. Monthly family income ranged widely from 2,501 to 5,000 Baht per month in experimental group and less than 2,500 Baht per month in control group (Table 2).

Table 2. The frequency and percentage of demographic characteristics of parents in experimental group (n = 25), and control group (n = 16).

Characteristics	Experimental group		Control group	
	n = 25	%	n = 16	%
Gender				
Male	11	44.00	9	56.30
Female	14	56.00	7	43.70
Age Groups				
30-34	2	8.00	0	0
35-39	3	12.00	5	31.25
40-44	12	48.00	8	50.00
45-49	7	28.00	1	6.25
50-54	0	0	1	6.25
55-59	1	4.00	1	6.25
Marital status				
Couple	18	72.00	12	75.00
Widowed and Separated	7	28.00	4	25.00
Education				
Primary education	6	24.00	8	50.00
Secondary education	10	40.00	8	50.00
Higher education	9	36.00	0	0

Table 2. The frequency and percentage of demographic characteristics of parents in experimental group (n = 25), and control group (n = 16).

Characteristics	Experimental group		Control group	
	n = 25	%	n = 16	%
Occupation				
Agriculturist	4	16.00	6	37.50
Employee	3	12.00	6	37.50
Business owner	6	24.00	4	25.00
Government officer	9	36.00	0	0
Housewife	2	8.00	0	0
The other	1	4.00	0	0
Family income / month (Baht)				
Less than 2,500	4	16.00	10	62.50
2,501 - 5,000	7	28.00	2	12.50
5,001 – 7,500	2	8.00	4	25.00
7,501 – 10,000	6	24.00	0	0
More than 10,000	6	24.00	0	0

Family functioning:

Family Functioning of Adolescents

Family functioning score of adolescent in experimental and control group are presented in Table 3. The total pretest family functioning mean score had been 2.85 and 2.90 in experimental and control group respectively, whereas the posttest family functioning mean score become 3.25 and 2.96 in experimental and control group respectively. The mean of total family functioning score and all 7 domains were over 2.50. The three lowest means pretest in the experimental group were behavior control (Mean = 2.64, SD = .56), communication (Mean = 2.66, SD = .58), and problem solving (Mean = 2.80, SD = .39) respectively, while the three lowest means pretest in the control group were behavior control (Mean = 2.52, SD = .71), communication (Mean = 2.66, SD = .55), and problem solving (Mean = 2.81, SD = .35) respectively.

The three highest means posttest in the experimental group were general functioning (Mean = 3.39, SD = .36), affective responsiveness (Mean = 3.37, SD = .30), and affective involvement (Mean = 3.30, SD = .31) respectively, while in the control group were general functioning (Mean = 3.15, SD = .56), problem solving (Mean = 3.13, SD = .28), and affective involvement (Mean = 3.08, SD = .35) respectively (Table 3).

Table 3 Mean and Standard Deviation (SD) of family functioning of adolescent methamphetamine abuse in the experimental and control groups clarified by family functioning domains and time. (n = 26)

Domains of Family Functioning	Time	Experimental group		Control group	
		Mean	SD	Mean	SD
Problem solving					
	Before	2.80	.39	2.81	.35
	After	3.11	.24	3.13	.28
Communication					
	Before	2.66	.58	2.67	.55
	After	3.22	.26	2.64	.54
Roles					
	Before	2.92	.68	3.03	.62
	After	3.27	.32	3.03	.62
Affective responsiveness					
	Before	2.87	.56	2.96	.61
	After	3.37	.30	2.98	.55
Affective involvement					
	Before	2.91	.51	3.04	.36
	After	3.30	.31	3.08	.35
Behavior control					
	Before	2.64	.56	2.52	.71
	After	2.95	.43	2.57	.68
General functioning					
	Before	3.05	.63	3.12	.61
	After	3.39	.36	3.15	.56
Total					
	Before	2.85	.41	2.90	.38
	After	3.25	.20	2.96	.35

Family Functioning of Parents

Family functioning score of parents in experimental and control group are presented in Table 4. The total pretest family functioning mean score had been 2.81 and 2.81 in experimental and control group respectively, whereas the posttest family functioning mean score become 3.33 and 2.93 in experimental and control group respectively. The mean of total family functioning score and all 7 domains were over 2.00. The three lowest means pretest in the experimental group were behavior control (Mean = 2.31, SD = .54), affective involvement (Mean = 2.52, SD = .59) and communication (Mean = 2.72, SD = .48) respectively, while the three lowest means pretest in the control group were behavior control (Mean = 2.42, SD = .53), communication (Mean = 2.66, SD = .37), and affective involvement (Mean = 2.67, SD = .54) respectively.

The three highest means posttest in the experimental group were affective responsiveness (Mean = 3.44, SD = .36), general functioning (Mean = 3.37, SD = .39), and behavior control (Mean = 3.32, SD = .35) respectively, while in the control group were general functioning (Mean = 3.19, SD = .42), affective responsiveness (Mean = 3.05, SD = .39), and communication (Mean = 2.92, SD = .37) respectively (Table 4).

Table 4 Mean and Standard Deviation (SD) of family functioning of parents in the experimental and control groups clarified by family functioning domains and time. (n = 41)

Domains of Family Functioning	Time	Experimental group		Control group	
		Mean	SD	Mean	SD
Problem solving					
	Before	2.86	.58	2.71	.56
	After	3.31	.42	2.86	.48
Communication					
	Before	2.72	.48	2.67	.37
	After	3.26	.36	2.92	.37
Roles					
	Before	3.27	.61	3.37	.45
	After	3.30	.39	2.92	.50
Affective responsiveness					
	Before	2.90	.39	2.83	.39
	After	3.45	.36	3.05	.39
Affective involvement					
	Before	2.52	.59	2.67	.54
	After	3.26	.36	2.83	.50
Behavior control					
	Before	2.31	.54	2.42	.53
	After	3.32	.35	2.50	.45
General functioning					
	Before	3.04	.56	3.04	.51
	After	3.37	.39	3.19	.42
Total					
	Before	2.81	.43	2.81	.33
	After	3.33	.29	2.93	.24

Result of hypothesis testing

The hypothesis:

1. Adolescent methamphetamine abuse who received family counseling have higher family functioning mean score than who not received.

Histogram and Normal Q_Q Plots were used to examine the baseline characteristics of family functioning mean scores of adolescent in both groups, and they showed normal distribution. They were confirmed statistically significant to tests of Normality by Shapiro-Wilk (Pongvichi, 2000: 150). In this study, the researcher intended to use the ANCOVA statistic with pretest family functioning score as the covariates. Pearson's product moment correlation was used to analyzed the correlations among pretest (independent variable) and posttest (dependent variable) without concern for difference in treatment between groups ($n = 26$). The results revealed that posttest was significantly positively correlated with pretest ($r = .74$, $p < .01$). Thus, it let to comparison of posttest family functioning mean scores between the experimental group and the control group by analysis of covariance (ANCOVA) by adjusting pretest family functioning scores as the covariate. There was a statistically significant difference between the subjects of two groups ($F = 31.901$, $P < .001$) (Table 5). Analysis of covariance can be adjusted for pretest in both groups so that final analysis will reflect more precisely the effect of experimental intervention. This result indicated that after received family counseling adolescent methamphetamine abuse had family functioning better than who not received.

Table 5 Comparison of family functioning in adolescent between the experimental and control group using Analysis of Covariance (ANCOVA) ($n = 26$)

Source of variance	df	SSy	MSy	F	p-value
Covariate	1	1.335	1.335	73.579	<.001
Main effect	1	.579	.579	31.901	<.001
Residual	23	.417	1.814		
Total	25	2.237			

2. The parents of adolescent methamphetamine abuse who received family counseling have higher family functioning mean score than who not received.

Histogram and Normal Q-Q Plots were used to examine the baseline characteristics of family functioning mean scores of the parents in both groups, and they showed normal distribution. They were confirmed statistically significant to tests of Normality by Shapiro-Wilk (Pongvichi, 2000: 150). Pearson's product moment correlation was used to analyzed the correlations among pretest (independent variable) and posttest (dependent variable) without concern for difference in treatment between groups ($n = 41$). The results revealed that posttest was significantly positively correlated with pretest ($r = .62$, $p < .01$). Thus, it let to comparison of posttest family functioning mean scores between the experimental group and the control group by analysis of covariance (ANCOVA) by adjusting pretest family functioning mean scores as the covariate. There was a statistically significant difference between the subjects of two groups ($F = 47.549$, $P < .001$) (Table 6). Analysis of covariance can be adjusted for pretest in both groups so that final analysis will reflect more precisely the effect of experimental intervention. This result indicated that after receiving family counseling the parents had family functioning better than who not received. Therefore, the result supported research hypothesis II.

Table 6: Comparison of family functioning in parents between the experimental and control group using Analysis of Covariance (ANCOVA)($n = 41$)

Source of variance	df	SSy	MSy	F	p-value
Covariate	1	1.778	1.778	54.782	<.001
Main effect	1	1.544	1.544	47.549	<.001
Residual	38	1.234	3.247		
Total	40	4.564			

CHAPTER V

DISCUSSION

In this chapter, the interpretation and discussion of the data are presented in sequence of the study hypothesis as following topics:

1. The comparison of family functioning mean score between adolescent methamphetamine abuser who received family counseling and who not received.
2. The comparison of family functioning mean score between parents of adolescent methamphetamine abuser who received family counseling and who not received.

Hypothesis I:

Adolescent methamphetamine abuser who received family counseling have higher family functioning mean score than who not received.

With regard to comparison of posttest family functioning mean score between adolescent methamphetamine abuser who received family counseling in experimental group and who not received family counseling in control group on 6th week by controlling the pre-test family functioning mean score on 1st week, the result revealed that the posttest family functioning mean score of experimental group was statistically significantly higher than the control group ($p < .001$)(Table 5). This result support the hypothesis I.

These result can be explained that, because of the relationship between adolescent substance abuse and family functioning in the part of family with adolescent that presented in literature review, improvement in core dimensions of family functioning (e.g., communication, cohesion, conflict, parenting practices) its effects on drug use and other areas of adolescent functioning (Ozechowski et al., 2000: 212), and family-based therapy has been shown to significantly reduce levels of adolescent drug use from pre- to post-treatment as measured primarily by adolescent self-reports, superior pre- to post-treatment effects on drug use compared to individual therapy (Henggeler et al., 1991; Liddle, 2002; Waldron et al., 2001), adolescent group therapy (Azrin et al., 1994; Joanning et al., 1992; Liddle et al., 2001), and equally effective compared to a parent training group intervention (Frieman, 1989: 340). Especially, Brief Family Therapy often can quickly cut through to the reality of a situation. This makes it an effective tool in treatment with economic limitations of patient and clinics helped press for an intervention package that was time-limited and cost effective. As illustrated above, the researcher was conducted the family counseling in 6 sessions during 6 weeks to improving family functioning in each family of the experimental group comprised four phases: joining, implementation, facilitating/monitoring, and termination and the researcher is taking role of counselor.

In joining phase, the counselor decreased initial resistance of adolescent and parents by promoted rapport, created therapeutic relationship. At the time it is essential to deal with adolescent and/or parents resistance, the counselor was attended to the adolescent and/or parents need to deny the seriousness of the problem. Assessment of family functioning by Chulalongkon Family Inventory (CFI) helped provide information of family functioning about family problem solving, communication, roles, affective responsiveness affective involvement, behavior control, and general functioning. The pretest family functioning mean score on first session were 2.85 and 2.90 in experimental group and control group respectively. The three lowest means pretest in the both group were behavior control, communication, and problem solving. That the same reported of Baumrind (1985) and Reilly (1976)note that as for parent-child interactions, lack of closeness and lack of involvement in the adolescent's activities were previously noted to be antecedent to adolescent use. Parenting styles are also implicated as predictor with lack of

conventionality, family disruption, negative communication patterns, lack of or inconsistent behavioral limits, and lack of anger control as characteristics of families with adolescent substance users. As a result, communication is unclear, inconsistent, indirect, and closed. For example, Suriya's family, his mother discussed her husband heavy drinking in an angry, resentful with her son, as same as a half of adolescents that participant in this study. Many adolescents and their partners spent their childhoods with addicted parents, assuming dysfunctional roles and rarely experiencing healthy functional interpersonal relationships.

Besides these, counselor was informally gather information on the hierarchies within the family, the appropriateness and flexibility of boundaries among subsystems. Finally, counselor assessed the functions of methamphetamine and drug use in the family. In this study, some adolescent methamphetamine abuser do not believe their methamphetamine abuser was a problem and rarely seek treatment. A lot of adolescents are brought into treatment by their parents or coerced into treatment by the criminal justice system. Such specialized engagement interventions allow counselor to diagnose, join, and restructure a family from the first contact to the first family counseling session (Szapocznik et al., 1988). Education of the adolescent and parents about methamphetamine or other drug abuse was very important, they need information to correct misperception and break through their resistance. In this phase, the counselor found many families demonstrate that counselor have joined with them, for example their verbal and nonverbal display of affection toward counselor, express their feeling, and have participate with process in session. In the end of first session, the counselor obtain a commitment from family to continue attending the next session and provided homework by asked family member about three best things that they want to be appeared in their family to discuss in next session.

Implementation phase: in session 2 and 3, the counselor will begin to track behavioral sequences and designed to interrupt dysfunctional of behavior, offers change strategies consistent with interpersonal functions, and initiates assertion skill training. The intervention aims to bring about change in the way of adolescent relate to parents by examining the underlying causes of dysfunctional interactions and by encouraging new ones, by creating a context in which adolescent and parents focus on revitalizing interpersonal bonds and acting in more adaptive ways within the family.

In session 2, the counselor improving relationship in family by “Water down” activity to encourage adolescent and parents to express their opinions about the other. The process helps adolescent and parents to change negative emotional and attributional components (especially blaming) of their interaction. In doing so, the counselor helps adolescent appreciate how the values and perspectives of parents may differ from their own, but that differences do not have to be a source of conflict. Provide adolescent and parents to set priority of change that they want to be and share their goals to the other, helping adolescent and parents solve problems together in therapeutic setting enables them to learn strategies that can be applied with the adolescent in the home (Winter, 1999). In session 3, the counselor provided family to discussion of the ways to improved relationship in their family. The result of this phase, the counselor found that parents and their child could express their emotional, empathy, and accepted the opinions of the other family members. In the end of session, the counselor was provided assertion skill training by based on family situation. For example, listening skill, responding skill. And provided homework to using at home.

Facilitating/monitoring phase, in session 4 and 5: to interrupt dysfunctional sequences of behavior, provide assertion skill training, monitoring, revising, and facilitating progress on the aforementioned strategies. In this study, counselor decrease family conflicts and improve the effectiveness of communication. Both parents and adolescent, learn how to listen to one another and solve problems through negotiation and compromise. For example, in family counseling sessions, the counselor may help the adolescent understand the originals of expressions of hostility toward him by family members. Take the situation in which the parents are upset about the teenage son reckless driving. The counselor introduce the concept of “I” statements. “I” statements focus on the effect of an action on the speaker rather than on the action itself. Instead of saying “you always do ...” the parents would say, “I feel ...when you ... because ...” Further expansion on this technique would involve a listening skills exercise.

At the last session of family counseling, it time to evaluates a family’s progress and highlights positive changes, and develop a plan to both preserve family gains to other areas of their lives. Counselor asked about the change that appear in

their family, reinforce positive change in family and facilitate the continuation of change. Review problems once family started to deal, goal of change, and positive of change in family. Evaluated treatment by provide family members express feeling and opinions about treatment, outcome and expected of treatment, distribute posttest. The posttest family functioning mean score become 3.25 and 2.96 in experimental and control group respectively. The three highest means posttest in the experimental group were general functioning, affective responsiveness, and affective involvement respectively. These result confirmed that the family counseling can be improving family functioning in adolescent methamphetamine abuser.

Hypothesis II:

The parents of adolescent methamphetamine abuser who received family counseling have higher family functioning score than who not received

With regard to comparison of posttest family functioning mean score between the parents of adolescent methamphetamine abuser who received family counseling in experimental group and who not received family counseling in control group on 6th week by controlling the pre-test family functioning mean score on 1st week, the result revealed that the posttest family functioning mean score of experimental group was statistically significantly higher than the control group ($p < .001$)(Table 6). This result was support the hypothesis II.

The results of this hypothesis can be explained in the concept of the intervention goals. To improving family functioning in families, the parents were received family counseling with their child 6 sessions during 6 weeks in four phases: joining, implementation, facilitating/monitoring, and termination. The intervention aims to bring about change in the way family members relate to each other by creating a context in which families focus on revitalizing interpersonal bonds and acting in more adaptive ways within the family, the process helps parents and their child change negative emotional of their interaction. At the first session, the counselor concerned about decrease the parent's resistance treatment and used the usual therapeutic tools of family counseling but uses them to deal first with the problem of engagement until resistance to participation is overcome. To decrease the parent's

resistance treatment, the counselor approached the parents to motivate them to continue to help their child, this process was doing in each family counseling session.

The pretest family functioning mean scores of parents on the first session in experimental group was 2.81, in the control group was 2.81 too when data was collect at the first follow up period. The three lowest means pretest in the experimental group were behavior control, affective involvement, and communication respectively. While the three lowest means pretest in the control group were behavior control, communication, and affective involvement respectively. Bowen (1978) note that, the effects of substance abuse result in adaptive changes at all systemic levels and reflect an imbalance in the functioning in the total family system. It is evident that there are interrelated alterations in management of feelings, role structures, communication, and need fulfillment within the family system. To retrain immediate change, establish appropriate parental influence, systemic assessment of the presenting problem, interrupting dysfunctional sequences of behavior was conducted in implementation phase. In this time, the counselor encouraged parents to express their opinions about treatment and progress of change in their family.

Another goal in the family counseling of adolescent methamphetamine abuse was to equip parents with the skills and resources needed to address the inevitable difficulties that arise in raising adolescents. Moreover, by the time parents seek therapy for their child they have “tried everything” and fell quite hopeless about being able to improve the situation. It was the counselor’s role to help parents regain their optimism and motivate them to continue to help their child. Then, family counselor was bolster the parents’ self-confidence as parents and at the same time help them improve their parenting skills. Parents are taught how to provide age-appropriate monitoring of their child (e.g., to know their friends, to know they spend their time), set limits (e.g., negotiate with the youth about reasonable curfews, schedules, and family obligations), rebuild emotional attachment, and take part in activities with the child outside the home. For this process, interactional impasses within the context of family counseling sessions can be resolved if the interaction can be facilitated through certain stages (Diamond and Liddle, 1996).

At the terminal phase in the last session of family counseling, it time to evaluates a family’s progress and highlights positive changes, and develop a plan to

both preserve family gains to other areas of their lives. Counselor asked about the change that appear in their family, reinforce positive change in family and facilitate the continuation of change. Review problems once family started to deal, goal of change, and positive of change in family. Evaluated treatment by provide parents express feeling and opinions about treatment, outcome and expected of treatment, distribute posttest. The posttest family functioning mean score become 3.33 and 2.93 in experimental and control group respectively. The three highest means posttest in the experimental group were affective responsiveness, general functioning, and behavior control respectively. These result confirmed that the family counseling can be improving family functioning in the parents of adolescent methamphetamine abuser.

Effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser

With regard to results of two hypothesizes at above and from literature review in chapter II, the research found that the family counseling using process and goals of Brief Family Therapy was effect on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser. There is evidence linking improvements in family functioning to reductions in drug use and delinquent behavior in family-based therapy. Specifically, Schmidt and colleagues (1996) conducted observational ratings of the quality of parenting behaviour exhibited during the first three and last three sessions for 29 adolescents completing 14 to 16 sessions of Multidimensional Family Therapy (MDFT). And found the quality of parenting behaviour improved in 20 out of 29 cases. Furthermore, improvements in parenting quality were accompanied by reductions in drug use in 59% of cases and by improvements in delinquency in 50% of cases. Along the same lines, Huey and colleagues (2000) found that levels of both family cohesion and parental monitoring improved in Multisystemic Therapy (MST), and that these improvements were related to reductions in delinquent behaviour. Moreover, using a path analytic strategy Huey and colleagues (2000) found the effects of MST on delinquent behaviour were mediated by improvements in family functioning, thereby supporting the hypothesis that improved family functioning is a mechanism for reducing adolescent delinquency in MST. Factors related to successful

outcomes in family-based therapy include high rates of engagement and retention in treatment, improvements in core dimensions of family functioning, and increased attendance and performance in school. Process-outcome studies have helped explicate the link between the implementation of manual-based interventions and key treatment mechanisms such as engagement and alliance building, and parent-adolescent impasse resolution.

CHAPTER VI

CONCLUSION

This quasi-experimental study aimed to determine the effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser. Brief Family Therapy (BFT) was used as the conceptual framework of the study, and the McMaster Model of Family Functioning (MMFF) was used to describe family functioning. The two samples for this study comprised of 26 adolescent methamphetamine abusers and 41 parents in 26 families who were attended San Sam Pan Chow Wang Clinic, Wang Sam Mo Hospital, Udonthani Province, from November 2002 to November 2003. The inclusion criteria for the samples were families with non-psychotic adolescent methamphetamine abuser who lived with their parent (Father and/or mother) for at least 6 months and agree to participate in the study. The samples were divided into two groups, the experimental group comprised 16 families with 16 adolescents and 25 their parents, in the control group comprised 10 families with 10 adolescents and 16 parents. The experimental group received family counseling 6 sessions during 6 weeks from family to family, whereas the control group received follow-up at the first attention and 6 week ago to assessed family functioning two times. Data of family functioning were collected two time as same as the control group, pretest was collected at the first session and posttest was collected at 6th session.

The instruments in this study were the family counseling guideline that created by the researcher (provided intervention or counseling by the researcher) and assessed family functioning by Chulalongkon Family Inventory (CFI) that develop by Umaporn Trangkasombut (2540). Data were analyzed using Descriptive statistics and Analysis of Covariance (ANCOVA).

The results of the study show that the mean score of family functioning in the adolescent methamphetamine abuser and their parents who received family counseling was statistically significantly higher than the families who not received family counseling ($p < .001$). These result confirmed that the family counseling can be improving family functioning in the families of adolescent methamphetamine abuser.

Limitations

The populations were small and not randomized but selected by purposive sampling. As such, the result could be generalized to a population similar to the sample but not to other population groups.

Recommendations

The research findings from this study have several implications for nursing practice and nursing research.

Implications for Nursing Practice

Treatment of families presenting with substance abuse issues is a clinical challenge for advanced practice psychiatric nurses. In this study, the researcher was created the family counseling to improved family functioning in families of adolescent methamphetamine abuser and in turn reducing drug use. It may be use to fight a family member's drug use problem. Moreover, this study can apply to use in other patients for example HIV/AIDS and mental health illness, it can apply to provided this to the other areas included the prevention program in community, mental health promotion, and psychological illness prevention.

Implications for Nursing Research

Addictions nursing practice and research are closely interrelated. Directing and improving addictions nursing practice is perhaps the most straight forward reason for trained addictions nurses to engage in research. Research-based trials are clearly defining and studying the use of family-based therapy among adolescents in treatment for substance use disorders. In this study, the concept of family functioning can expand to use with the community functioning and conduct the prevention program in community in the future.

BIBLIOGRAPHY

- Aimma, C. (2001). The effectiveness of empowerment in cessation of amphetamine abuse among probationers in Phichit Province. (Master Thesis in Public Health). Faculty of Graduates Studies, Mahidol University, ISBN 974-04-0055-8.
- Allen, K. (1998). Essential Concepts of addiction for General Nursing Practice. Nursing Clinical of North America, 33(1), 1-13.
- Anglin, M. ed al. (2000). History of the Methamphetamine Problem. Journal of Psychoactive Drugs, 32(2), 137-141.
- Baumrind, D. & Moselle, K. A. (1985). A development perspective on adolescent drug abuse. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 4. 41-67.
- Bishop, A. ed al. (1988). Basic & 1000: A Collection of popular education Resources and Activities. Ontario: CSO Education Department.
- Bowen, M. (1978). Alcoholism and the family. In M. Bowen (ed.), Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson.
- Bray, H., Adams, G.J., Greg Getz, J. & Baer, P.E. (2000). Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: A growth curve approach. Journal of Family Psychology, 15(2), 301-314.
- Brook, D. & Brook, J. (1992). Family process associated with alcohol and drug use and abuse. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Bukstein, O. G. (1995). Adolescent substance abuse: Assessment, Prevention and Treatment. New York: John Wiley & Sons.
- Diamond, G. S. & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multidimensional Family Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 481-488.

- Finley, J.R. (1999). The Chemical Dependence Treatment Documentation Sourcebook. USA.: John Wiley & Sons, Inc.
- Friedman, A. S. (1989). Family therapy vs. parent group: Effects on adolescent drug abusers. The American Journal of Family Therapy, 17, 335-347.
- Friedman, L. (1996). Source book of substance abuse and addiction. U.S.A. Williams & Wilkins.
- Gilvarry, E. (2000). Substance Abuse in Young People. Journal Child Psychol. Psychiat, 41(1), 55-80.
- Glick, I. D., Clarkin J.F. & Kessler D.R. (1987). Marital and Family Therapy, 3rd ed. Orlando: Grune & Stratton.
- Gooyer, M. I, Herbert, J., Tamplin, A., Secher, S.M. & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major persistent disorder. Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry, 36(4), 474-480.
- Gwyther, R.E. (1993). Addiction. In Phillip D. Sloane & Lisa M. Slatt (Eds), Essential of Family Medicine. 3rd . USA: Williams & Wilkins Awaverly company. 243-262.
- Haley, J. (1980). Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People. New York: McGraw Hill.
- Health A.W. & Ayers T.C. (1991). MRI Brief Therapy with Adolescent Substance Abusers. In. Todd T.C. and Selekman M.d. (Eds.), Family Therapy Approaches with Adolescent Substance abusers. Boston: Allyn & Bacon.
- Henggeler, S. W., ed al. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1, 40-51.
- Hogarth, C.R. & Weeks, S.M. (1997). Families and Family Therapy. In B.S. Johnson (Ed.), Psychiatric-Mental Health Nursing: adaptation and growth. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 277.
- Horn, A.M. (2000). Family Counseling and Therapy. 3rd . USA.: F.E. Peacock Publishers.

- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in Multisystemic Therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 451-467.
- Infante, M.R. (2000). Empowering FAM members. Asian Federation of Therapeutic Communities, 2(3), 8-9.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. Journal of Health and Social Behavior, 27, 250-264.
- Janosik, E. & Green, E. (1992). Family life: Process and practice. Boston: Jones and Bartlett.
- Kalechstein, A., ed al. (2000). Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 11(3), 55-64.
- Kaufman, E. (1996). Family Therapy: A Treatment Approach with Substance Abusers. Source book of substance abuse and addiction. U.S.A. Williams & Wilkins. 522.
- Kaufman E. & Kaufman P. (1992). From Psychodynamic to Structural to Integrated family Treatment of Chemical Dependency. In E.Kaufman & P.Kaufman. (Eds.), Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Kaufman P. (1992). Family Therapy with Adolescent Substance Abusers. In E.Kaufman & P.Kaufman. (Eds.), Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Keitner, G.L., Miller, I.W., Ryan, C.E., Epstein, N.B. & Bishop, D.s. (1986). The functioning of families of inpatients with major depression. International Journal of Family Psychiatry, 7:11-15.
- Kinge, R. & Ellinwood, J. R. (1997). Amphetamine and other stimulants. In J. H. Lowinson, et al. (Eds), Substance abuse: A comprehensive textbook. New York: Williams & Wilkins.
- Kneisl, C.R. (1996). Family Process and Family Therapy. In H.S. Wilson & C.R. Kneisl (Ed.). Psychiatric nursing. 5th ed. Menlo Park: Addison Wesley Nursing. 761-775.

- Lewis R.A., Sprenkle D.H. & Trepper T.S. (1991). The Purdue Brief family Therapy Model for Adolescent Substance Abusers. In. Todd T.C. and Selekman M.d. (Eds.), Family Therapy Approaches with Adolescent Substance abusers. Boston: Allyn & Bacon.
- Liddle H.A., Dakof G.A. & Diamond G. (1992). Adolescent Substance Abuse: multidimensional family therapy in action. In. E.Kaufman & P.Kaufman. (Eds.), Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Liddle, H. A. (2002). Multidimensional family therapy vs. cognitive behavior therapy for adolescent substance abusers. National Institute on Drug Abuse Monograph: Proceedings of the College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Lowinson, J.H. ed al. (1997). Substance Abuse A Comprehensive Textbook, 3rd. USA.: Williams & Wilkins Awaverly company.
- McKay, J.R., Murphy, R.T. & Maisto S.A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry, 30(6): 967-972.
- Obert, J.L. ed al. (2000). The Matrix Model of Outpatient Stimulant abuse treatment: History and Description. Journal of Psychoactive Drugs, 32(2), 157-163.
- Office of the Narcotics Control Board. (2001). Thailand Narcotice Annual Report 2001. Bangkok. Office of the Prime Minister.
- Ozechowski, T. J. & Liddle, H. A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. Clinical Child and Family Psychology Review, 3, 269-298.
- Payette, B. (2000). Special paper on Primary Prevention. International Drug Prevention, 1(2),3.
- Perfas, F. (2000). A Concept Paper on Drug Treatment and Rehabilitation. Asian Federation of Therapeutic Communities, 2(3), 6-7,11.
- Reilly, D.M. (1976). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. Family Therapy 2: 149-171.
- Rutter, M. (1980). Changing Youth in a Changing Society: Patterns of Adolescents Development and Disorders. Cambridge: Harvard University Press.

- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parental practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. Journal of Family Psychology, 10, 12-27.
- Spencer, C.P. (1981). Drug abuse in East Asia. Singapore. Koon Wah Printing (Pte) Ltd.
- Stanton, M.D. & Todd, T.C. (1992). Structural-strategic family therapy with drug addicts. In E.Kaufman & P.Kaufman (Eds.), Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Suwanpatikorn, K.(2001). Family Health promotong Behavior Scales: development and psychometric analysis. (Dr.P.H. Thesis in Public Health). Faculty of Graduates Studies, Mahidol University, ISBN 974-04-0244-5.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 552-557.
- Taylor, C.M. (1994). Essential of Psychiatric Nursing. 14th ed. St.Louis: Mosby-Year books.
- Tood, T. C. & Selekman, M. D. (1991). Family therapy approaches with adolescent substance abusers. Boston: Allyn & Bacon.
- Tritipjaras, J. (2000). Social Structure and Amphetamine Diffusion: A stud in Secondary School. International Drug Prevention, 1(2),5.
- Tschann, J.M., Kaiser, P., Chesney, M., Alkon, A. & Boyce, T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: family functioning, temperament, and behavior problems. Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry, 35(2): 184-192.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). Addiction Counseling Competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice.
- Uma Rao ed al. (1999). Relationship Between depression and Substance Use Disorders in Adolescent Women During the Transition to adulthood. Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry, 39(2): 215-222.

- Wright, M. and Leahey, M. (2000). Nurses and Families. 3rd. USA.: F.A. Davis company.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., & Brody, J. L. (2001). Four-and seven-month treatment outcomes for substance abusing youth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 802-813.
- Winters, K., Latimer, W., & Stinchfield, R. (1999). Adolescent treatment. In P.J. Ott, R. E. Tartar, & R. T. Ammerman (Eds.), Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment. Boston, MA: Allyn & Bacon. 350-361.
- Yuttatri, P. (2001). The effects of the application of a relapse prevention program on self-control and remission from methamphetamine dependence among teenagers. (Dr.N.S. Thesis in Nursing). Faculty of Graduates Studies, Mahidol University, INBS 974-665-597-3.
- กัลยา ใฝ่เกาะ. (2537). ผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอัตรามโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา สิริวรราชย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ศ.พ.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). คู่มือรวมความรู้สุขภาพจิตจากบริการ 1667. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอเดีย สแควร์.
- กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
การเพิกถอนและเปลี่ยนแปลงสารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน วัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 และวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 วารสารวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข. 3(3), 30-34.
- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. (2542). เวชศาสตร์โรคติดยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. (2542). บทคัดย่องานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. (2542). สรุปเนื้อหาการประชุมสัมมนายุทธศาสตร์การป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. (2542). สรุปเนื้อหาการประชุมสัมมนาวิทยากรด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประจำจังหวัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. (2543). ประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชน และการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่นักเรียนชาย ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารัฐศาสตร์) สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2541). ลักษณะของเด็กในครอบครัวไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(3), 251-256.
- ชาญคณิต ก. สุริยะมณี และคณะ. (2529). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาซ้ำของวัยรุ่น. รายงานการวิจัยทุนอุดหนุนการวิจัยประเภททั่วไป. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ชมรมครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนกลาง. (2540). การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดรักษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- เขาวลี ชุมขำ. (11 มีนาคม 2544). เปิดค่ายอบรมอาสาพัฒนา “นักรบสยบยาบ้า” เลาะชีวิตผู้ปิดทองหลังพระ. เดลินิวส์. หน้า 7.
- ณัฐพล หาญโสภี. (2540). โปรแกรมการสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารัฐศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดร.รุณี รุจกรกานต์. (2536). หลักการและแนวคิดในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. เอกสารประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 10 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร.

- นงลักษณ์ โทบับลือภพ. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการพึ่งยาแอมเฟตามีน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2538). ผลการศึกษากการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกัน การสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2543). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปีพมา ศิริเวช และคณะ. (2541). สภาพครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นที่ทำผิดกฎหมาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(3), 217-224.
- ผ่องพรรณ ตรีชมมงคล. (2543). การออกแบบการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ฝน แสงสิงแก้ว. (2543). ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45(1), 5-10.
- พนมพร เลขาเจริญ. (2532). ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของคณงานในโรงงาอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล หล่อตระกูล. (2541). ปัจจัยทางจิตสังคมในเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(3), 226-236.
- พรศิริ ชาตียนนท์ และคณะ. (2520). การศึกษาภาวะการติดยาซ้ำ. รายงานการวิจัยแผนกสังคมสงเคราะห์ศาสตร คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร.
- เพชรรา สังขะวร. (2530). ยาเสพติดในเอเชียตะวันออกเฉียง. งานแปลของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อันดับที่ 94.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2535). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กুমมาภิชาติ แสงเขียว. (2535). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ยูดี ฤชา และคณะ. (2543). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์จำกัด.
- ยุทธพงษ์ กัวยวรรณ. (2543). พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- รัชนิบูล เสธฐภูมิรินทร์. (2531). ครอบครัวบำบัด. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2543). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ล้วน สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วัจนินทร์ โรหิตสุข. (2542). ครอบครัวบำบัด: มุมมองของทีมผู้รักษาต่อปัญหาครอบครัว. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44(3), 258-267.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒพานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2539). การประเมินสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ของครอบครัว. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกมา แสงเดือน. (2540). ประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดยาของผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังกูร ภัทรากร. (2543). ยาบ้า (AMPHETAMINE). เอกสารอัดสำเนา. กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชอุดรธานี.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2542). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, อัมพล สุอำพัน, อลิสา วัชรสินธุ และคณะ. (2540). พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น: ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. รายงานผลการวิจัยทุนองค์การอนามัยโลก.
- อำพล สุอำพัน. (2539). สถาบันครอบครัว: รากแก้วของการพัฒนาคนแบบยั่งยืน. สารสาการพยาบาล, 11(2), 4-7.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.

APPENDIX

APPENDIX A

แบบบันทึกข้อมูลประจำครอบครัว

ครอบครัวที่.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....บ้าน.....ตำบล.....อ. วังสามหมอ จ. อุดรธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2545

1. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
2. เพศ ชาย.....คน
หญิง.....คน
3. Genogram ของครอบครัว

APPENDIX B
CHULALONGKORN FAMILY INVENTORY

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส

() โสด () คู่

() หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่

การศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ()ปริญญาตรี

อาชีพ

() เกษตรกรรม () รับจ้าง

() ค้าขาย () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() แม่บ้าน () อื่นๆ ระบุ.....

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

() น้อยกว่า 2,500 บาท () 2,501-5,000 บาท

() 5,001-7,500 บาท () 7,501-10,000 บาท

() มากกว่า 10,000 บาท

ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด

กรุณา ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

อย่าใช้เวลาคิดนาน ให้ตอบอย่างรวดเร็ว โดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ที่อ่านข้อความจบ

ข้อความ	ไม่ ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปานกลาง	ตรง มากที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
.....				
.....				
.....				
34. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
35. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

APPENDIX C

Family Counseling Guideline แผนการให้คำปรึกษาครอบครัว

ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัวกับครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ครอบครัวละ 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานครั้งละ 60 - 90 นาที สมาชิกแต่ละครอบครัวประกอบด้วย วัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนและผู้ปกครองอย่างน้อยหนึ่งคน (บิดา และ/หรือ มารดา) การให้คำปรึกษาครอบครัวแต่ละครั้งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว
2. การตกลงบริการและการทบทวนบทบาทของสมาชิกครอบครัวและผู้ให้คำปรึกษา
3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นตามวัตถุประสงค์การให้คำปรึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง
4. การทบทวนความเข้าใจในแต่ละครั้ง สรุปและมอบหมายการบ้านให้สมาชิกครอบครัวกลับไปทำที่บ้านและการนัดหมายครั้งต่อไป

โดยการให้คำปรึกษาครอบครัวแต่ละครั้งจะเป็นไปตามกรอบแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว 4 ระยะตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวระยะสั้น ได้แก่

ขั้นที่ 1 Joining

เป็นระยะที่ผู้ให้คำปรึกษาทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนและรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี เป็นการตกลงบริการและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ในขั้นนี้ประกอบด้วย session ที่ 1

Session ที่ 1 มีแนวทางการให้คำปรึกษาดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคย
2. การตกลงบริการโดยให้ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่
 - วัตถุประสงค์ของการให้บริการหรือประโยชน์ที่ครอบครัวจะได้รับ คือ สร้างความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะกับ

- วิทยุที่ใช้สารเสพติด ให้ผู้ปกครองและวิทยุได้ร่วมมือกันในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการใช้สารเสพติด ในครอบครัว โดยในแต่ละสัปดาห์จะมีวัตถุประสงค์เฉพาะต่างกันไป
 - ระยะเวลาที่ให้บริการ จำนวนครั้งที่ให้บริการใช้เวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที
 - วิธีการ บทบาทของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา โดยในการให้คำปรึกษาแต่ละ ครั้งผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้เชื่อมโยงและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน โดยมีกฎกติกา ร่วมกันคือ จะไม่มีการตำหนิกันเกิดขึ้น ไม่ทะเลาะกัน ต้องมีผู้ฟังและผู้พูด
3. ประเมินทัศนคติแรงจูงใจและแรงต้านในการรับบริการสร้างแรงจูงใจและ ความร่วมมือในการบริการ
 4. ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในปัจจุบันตามมุมมองของแต่ละคน โดยใช้แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (CFI) ประเมินสัมพันธภาพใน ครอบครัวโดยให้สมาชิกครอบครัวหนึ่งคนจัดรูปครอบครัวโดยใช้ระยะห่าง ของแต่ละคนแทนสัมพันธภาพในครอบครัวตามมุมมองของตน แล้วให้ สมาชิกคนอื่นในครอบครัววิจารณ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
 5. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดและผลกระทบที่เกิดขึ้นใน ครอบครัว ถามผู้ปกครองและวิทยุว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในครอบครัวก่อนและ หลังการใช้สารเสพติด
 6. สรุปรูปเนื้อหาในชั่วโมงบำบัด โดยให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกันสรุป แล้วผู้ให้ คำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด
 7. ให้การบ้าน ให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนกลับไปคิด “สิ่งที่ยากให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัวคนละ 3 อย่าง”

ขั้นที่ 2 Implementation

เป็นระยะที่ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังจากที่ประเมินการทำ หน้าที่ของครอบครัว โดยมีเป้าหมายหลักคือ ให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร่วมกันกำหนด เป้าหมายที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงในครอบครัว และฝึกทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกันใน ครอบครัว ในขั้นที่ 2 ประกอบไปด้วย session ที่ 2 และ 3 ดังนี้

Session ที่ 2 มีแนวทางการให้คำปรึกษาดังนี้

1. สร้างบรรยากาศและแรงจูงใจ
2. ทบทวน หัวข้อหลักที่จำเป็นเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ บทบาทของ ผู้ให้คำปรึกษาและครอบครัว เน้นการสร้างแรงจูงใจในการรับคำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษายกวัตถุประสงค์ของการพบครอบครัวในครั้งที่ 2
4. ทบทวนการบ้านที่ให้กับสมาชิก โดยให้สมาชิกครอบครัวบอกสิ่งที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวคนละ 3 อย่าง
5. ให้ครอบครัวทำกิจกรรม “น้ำสียังใสได้” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิก ครอบครัวเปรียบเทียบสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจากนามธรรมเป็นรูปธรรมมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาโยกกิจกรรมเข้าหาครอบครัว สรุปกิจกรรม
6. ให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายและจัดอันดับการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัวต้องการ
7. สรุปเนื้อหาในชั่วโมงบำบัด
8. ให้การบ้าน ให้สมาชิกครอบครัวหาแนวทางในการที่จะบรรลุเป้าหมาย “เมื่ออยากให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว สมาชิกแต่ละคนต้องทำอะไรบ้าง”

Session ที่ 3 มีแนวทางการให้คำปรึกษาดังนี้

1. สร้างบรรยากาศและแรงจูงใจ
2. ทบทวนและบอกความก้าวหน้าของการรับบริการ ในเรื่องระยะเวลา และ เป้าหมายของการบริการ บทบาทของสมาชิกและเรื่องราวที่พูดคุยกันใน ชั่วโมงบำบัดที่ผ่านมา
3. กระตุ้นให้สมาชิกระบายความรู้สึกที่มีต่อการบริการทั้งด้านลบและบวก
4. บอกวัตถุประสงค์ของการพบครอบครัวครั้งที่ 3
5. ถามถึงการบ้านที่ได้รับในชั่วโมงบำบัดที่ผ่านมา
6. ให้ครอบครัวสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการที่ต่างฝ่ายต่างคาดหวังกันและ กันในการที่จะเปลี่ยนแปลง โดยลงในรายละเอียด
7. เชื่อมโยงความต้องการการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวกับการใช้สารเสพติดใน ครอบครัว
8. เสริมทักษะการปฏิสัมพันธ์ที่จำเป็นในครอบครัว ได้แก่ การรับฟัง การยอมรับ ซึ่งกันและกัน และการตอบสนองทางอารมณ์
9. สรุปเนื้อหาในชั่วโมงบำบัด

10. มอบหมายการบ้าน ให้ครอบครัวนำเอาข้อเสนอแนะที่สมาชิกมีต่อกันไป
ทดลองปฏิบัติ

ขั้นที่ 3 Facilitating/monitoring

ในระยะนี้ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ประสานความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ในระดับลึก และนำสิ่งที่ครอบครัวตั้งเป้าหมายไว้ที่จะเปลี่ยนแปลงมาคุยกันในรายละเอียด สอนทักษะที่จำเป็นในแต่ละครอบครัวรวมถึงการกล่าวถึงการใช้สารเสพติดในครอบครัว รวมทั้งกลไกปรับตัวที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เช่น ความผูกพันที่มากเกินไป ความขัดแย้งหรือความเศร้าจากการสูญเสียในอดีต ลดการโยนความผิดไปให้ผู้อื่น ผู้วิจัยจะเป็นผู้ช่วยให้ครอบครัวแสดงความรู้สึกที่ซ่อนเร้นอยู่ เช่นความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โกรธ รู้สึกผิด รวมทั้งให้สมาชิกแสดงออกซึ่งการยกโทษ ความรักใคร่เอ็นดูต่อกันได้อย่างอิสระขึ้น ประกอบด้วย session ที่ 4 และ 5 ดังนี้

Session ที่ 4 และ 5 มีแนวทางการให้คำปรึกษาดังนี้

1. สร้างบรรยากาศและแรงจูงใจ
2. ทบทวน หัวข้อหลักที่จำเป็น ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ บทบาทของ
ผู้ให้คำปรึกษาและครอบครัว เน้นการสร้างแรงจูงใจในการรับคำปรึกษา
3. สอบถามความรู้สึกที่มีต่อการบริการทั้งด้านลบและบวก
4. บอกวัตถุประสงค์ของการพบครอบครัวครั้งที่ 4 และ 5
5. สอบถามสมาชิกเรื่องการบ้านที่ได้รับในชั่วโมงบำบัดที่ผ่านมา
6. นำเสนอปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากนำการบ้านไปปฏิบัติ
7. เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวกับการใช้สารเสพติดในครอบครัว
8. เสริมทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ทักษะการ
สื่อสารภายในครอบครัว ทักษะการแก้ปัญหาาร่วมกัน การแสดงบทบาทที่
เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว
9. สรุปเนื้อหาในชั่วโมงบำบัด
10. มอบหมายการบ้าน ให้ครอบครัวนำเอาข้อเสนอแนะที่สมาชิกมีต่อกันในเรื่อง
ต้องการการเปลี่ยนแปลงในอันดับต่อไป ไปทดลองปฏิบัติ

ขั้นที่ 4 Termination

เป็นระยะสิ้นสุดการให้คำปรึกษารอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษา ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนจัดการกับความรู้สึกถูกทอดทิ้ง แสดงให้ครอบครัวเห็นว่า ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถจะแก้ปัญหาในอนาคตได้ด้วยตนเอง ประเมินผลการให้คำปรึกษารอบครอบครัว ประกอบด้วย session ที่ 6 ดังนี้

Session ที่ 6 มีแนวทางการให้คำปรึกษาดังนี้

1. สร้างบรรยากาศและแรงจูงใจ
2. บอกวัตถุประสงค์ของการพบครอบครัวครั้งสุดท้าย
3. ประเมินทักษะที่ให้ครอบครัวไปปฏิบัติเป็นการบ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
4. ร่วมกันสรุปทบทวนปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยละเอียด
5. ให้สมาชิกครอบครัววางแผนอนาคตของครอบครัวร่วมกัน
6. ประเมินการให้บริการ โดยให้ครอบครัวแสดงความรู้สึก ในเรื่อง
 - สิ่งที่ครอบครัวได้รับจากการให้บริการ
 - รูปแบบของการให้บริการ และข้อเสนอแนะ
 - ความรู้สึกของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา
7. ประเมินผลด้วยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว

ระยะดำเนินการขั้นที่ 1 Joining

การให้คำปรึกษารอบครัว ครั้งที่ 1

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับสมาชิกในครอบครัว
 2. สนับสนุนสร้างแรงจูงใจและร่วมมือในการบริการ
 3. ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว
 4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในครอบครัว

การให้คำปรึกษา/เป้าหมาย	การประเมินผล
<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำตัว ทักทายสมาชิกครอบครัวด้วยสื่อน้ำยิ้มแย้มเป็นกันเอง เพื่อสร้างบรรยากาศให้คลายความอึดอัดและให้ครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย โดยใช้ทักษะ greeting, small talk</p> <p>2. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงให้ครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่ครอบครัวจะได้รับ ระยะเวลาของการให้บริการ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกครอบครัว กำหนดกฎกติการ่วมกันได้แก่ จะไม่มีการตำหนิ กล่าวโทษ ทะเลาะกัน ต้องมีผู้พูดและผู้ฟัง เพื่อให้ครอบครัวมีจุดหมายและแรงจูงใจ โดยใช้ทักษะ contract</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>5. ถามความรู้ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัว ตั้งคำถาม “การใช้สารเสพติดทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวอย่างไร” กระตุ้นให้ครอบครัว</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>7. ให้การบ้าน โดยให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนคิดหาสิ่งที่ตนเองต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัวคนละ 3 อย่างและนำมาคุยกันในครั้งต่อไป</p> <p>8. นัดหมายการพบครอบครัวครั้งต่อไป</p>	<p>- สมาชิกครอบครัวพูดคุยเป็นกันเองไม่แสดงออกว่าอึดอัด</p> <p>- สมาชิกครอบครัวเข้าใจและให้ความร่วมมือ</p>

ระยะดำเนินการขั้นที่ 2 Implementation

การให้คำปรึกษาครอบครัว ครั้งที่ 2

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

- วัตถุประสงค์
1. ให้ครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว
 2. เรียงอันดับความต้องการการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวร่วมกัน
 3. ร่วมกันหาแนวทาง วิธีการในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
 4. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว โดย
 - 4.1 กระตุ้นให้ครอบครัวบอกความรู้สึกที่มีต่อกันในมุมมองของแต่ละคน
 - 4.2 สร้างเสริมให้ครอบครัวมองสมาชิกครอบครัวในมุมมองที่ดีขึ้น

การให้คำปรึกษา/เป้าหมาย	การประเมินผล
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายครอบครัว ถามถึงเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง 2. ทบทวนข้อตกลงที่ให้กับครอบครัวเกี่ยวกับระยะเวลาในการให้บริการ บทบาท การปฏิบัติตนของผู้ให้คำปรึกษาและครอบครัว พูดถึงบทบาทในการพบครอบครัวครั้งที่ผ่านมาโดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการบริการ 3. ผู้ให้คำปรึกษาบอกวัตถุประสงค์ของการพบครอบครัวครั้งที่ 2 ได้แก่ การร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว จัดอันดับ และหาแนวทาง วิธีการในการเปลี่ยนแปลง . . . 8. ผู้ให้คำปรึกษาให้การบ้าน ให้ครอบครัวนำเป้าหมายแรกไปคิดหาวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงตามวิธีการของสมาชิกแต่ละคนแล้วนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป 9. นัดหมายการพบครอบครัวครั้งต่อไป 	- สมาชิกครอบครัวให้ความร่วมมือ

การให้คำปรึกษาครอบครัว ครั้งที่ 3

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

- วัตถุประสงค์
1. ให้ครอบครัวร่วมกันหาแนวทาง วิธีการ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
 2. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยฝึกทักษะที่จำเป็นได้แก่ การรับฟัง การยอมรับ และการตอบสนองทางอารมณ์

การให้คำปรึกษาเป้าหมาย	การประเมินผล
<p>1. ทักทายครอบครัว ถามถึงเรื่องทั่วไป</p> <p>2. ทบทวนข้อตกลงเบื้องต้นที่ให้ไว้เกี่ยวกับระยะเวลา บทบาท การปฏิบัติตนของครอบครัวและกระตุ้นให้ครอบครัวแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาครอบครัว</p> <p>3. ผู้ให้คำปรึกษาพูดถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านดีที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ให้คำปรึกษา เป็นการให้กำลังใจครอบครัวและเสริมสร้างแรงจูงใจในการบริการ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>8. ผู้ให้คำปรึกษาให้ครอบครัวฝึกทักษะตามแนวทางที่ครอบครัวเสนอ โดยเน้นการรับฟัง การยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม</p> <p>9. ให้การบ้าน โดยให้ครอบครัวนำแนวทางที่ฝึกปฏิบัติไปทดลองปฏิบัติที่บ้านและนำผลมาคุยกันอีกครั้งต่อไป</p>	<p>- สมาชิกครอบครัวให้ความร่วมมือ และมีกำลังใจในการบริการ</p>

ระยะดำเนินการขั้นที่ 3 Facilitating / monitoring

การให้คำปรึกษารอบครัว ครั้งที่ 4 และ 5

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

- วัตถุประสงค์
1. ร่วมกับครอบครัวนำเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่กำหนดไว้มาหาแนวทาง วิธีการแก้ไขตามลำดับ
 2. ฝึกทักษะที่จำเป็นในการบรรลุเป้าหมาย ได้แก่
 - 2.1 การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม
 - 2.2 ทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว
 - 2.3 ทักษะการแก้ปัญหาาร่วมกัน
 - 2.4 การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว

การให้คำปรึกษา/เป้าหมาย	การประเมินผล
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทักทายครอบครัว ถามเรื่องทั่วไป 2. ทบทวนข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับระยะเวลา บทบาท การปฏิบัติตนของครอบครัวและผู้ให้คำปรึกษา โดยให้กำลังใจครอบครัว ดึงเอาส่วนที่ครอบครัวทำได้ดีขึ้นมาพูดคุย เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการบริการ 3. ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านที่ดีที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ให้คำปรึกษา เป็นการให้กำลังใจครอบครัวในการเข้ารับบริการ 10. ให้การบ้านให้ครอบครัวนำแนวทาง วิธีการ และทักษะที่ฝึกไปทดลองปฏิบัติที่บ้านและนำมาพูดคุยกันในการพบครอบครัวครั้งต่อไป 11. ในการพบครอบครัวครั้งที่ 5 ผู้ให้คำปรึกษาเน้นถึงการพบกันในครั้งสุดท้ายเพื่อเตรียมครอบครัวก่อนสิ้นสุดบริการ 	<p>- สมาชิกครอบครัวมีกำลังใจในการเข้ารับบริการ</p>

ระยะดำเนินการขั้นที่ 4 Termination**การให้คำปรึกษาครอบครัว ครั้งที่ 6**

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

- วัตถุประสงค์**
1. ประเมินความก้าวหน้าของครอบครัวเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ
 2. ประเมินวิธีการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาครอบครัว
 3. ร่วมกับครอบครัววางแผนการในอนาคต

การให้คำปรึกษา/เป้าหมาย	การประเมินผล
1. ทักทายครอบครัว ถามถึงเรื่องทั่วไป 2. ผู้ให้คำปรึกษาบอวัตถุประสงค์ของการพบกันครั้งสุดท้าย เพื่อประเมินผลที่ครอบครัวได้รับจากการบริการ วิธีการให้คำปรึกษา และร่วมกันวางแผนการในอนาคต 6. ประเมินการให้บริการ โดยให้ครอบครัวแสดงความรู้สึกต่อ <ul style="list-style-type: none"> - สิ่งที่ครอบครัวได้จากการบริการ - รูปแบบของการให้บริการ - ความรู้สึกที่มีต่อผู้ให้บริการ และข้อเสนอแนะ 7. ประเมินผลด้วยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และยุติการให้คำปรึกษา	- สมาชิกครอบครัวร่วมกันสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ - สมาชิกครอบครัวระบายความรู้สึกที่มีต่อการให้บริการและข้อเสนอแนะ แนวทางการให้บริการได้

กิจกรรม “น้ำสียังใสได้”

- อุปกรณ์**
1. น้ำสีดำ 1 แก้ว
 2. น้ำเปล่าใส จำนวนแก้วเท่ากับสมาชิกครอบครัวและเขียนชื่อสมาชิกครอบครัวติดที่แก้ว
 3. โถแก้วใสขนาดใหญ่ 2 ใบ
- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ความรู้สึกของตนเองต่อสมาชิกในครอบครัวตามมุมมองของสมาชิกแต่ละคน
 2. เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรัก ความเข้าใจอันดีต่อกันของสมาชิกในครอบครัว
 3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีมุมมองที่ดีขึ้นต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว
- วิธีการ**
1. แจกแก้วที่มีน้ำใสครึ่งแก้วให้สมาชิกแต่ละคน ทุกคนจะได้รับแก้วน้ำที่มีชื่อสมาชิกในครอบครัวที่มาร่วมกิจกรรม
 2. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงว่า น้ำใสในแก้วเปรียบได้กับความดีงามของสมาชิกแต่ละคนตามที่ระบุชื่อไว้ข้างแก้ว น้ำสีดำเปรียบกับสิ่งที่ไม่ดี ให้ทุกคนมองตนเองและสมาชิกในครอบครัวขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร แล้วเติมน้ำสีดำลงไปในแก้วที่ตนเองมีอยู่ เป็นการประเมินตนเองและสมาชิกครอบครัวตามมุมมองของแต่ละคน
 3. ในการเติมน้ำสีดำแต่ละครั้งให้สมาชิกครอบครัวคิดถึงสมาชิกครอบครัวตามชื่อที่ติดข้างแก้วว่าจะเติมน้ำสีดำมากน้อยเพียงใด ในเรื่องการทำหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวในด้านวิธีการแก้ปัญหาในครอบครัว, วิธีการสื่อสารในครอบครัว, วิธีการแสดงบทบาทในครอบครัว, การตอบสนองทางอารมณ์ต่อกัน, ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีต่อกัน, การควบคุมพฤติกรรม, และการทำหน้าที่ทั่วไป
 4. เมื่อสมาชิกครอบครัวเติมน้ำสีดำลงไปใส่น้ำแล้วผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกพูดคุยถึงความรู้สึกของสมาชิกที่มีต่อกันตามมุมมองของแต่ละคนโดยละเอียด
 5. ให้ทุกคนเอาน้ำทั้งหมดมารวมกัน เปรียบเหมือนกับสภาพครอบครัวในขณะนี้ทุกสิ่งเป็นหนึ่งเดียวเป็นภาพรวมของครอบครัว
 6. ผู้ให้คำปรึกษาแบ่งน้ำที่ได้เป็นสองส่วนเท่า ๆ กันใส่น้ำในโถแก้วใสขนาดใหญ่ นำมาตั้งคู่กัน

7. ให้สมาชิกครอบครัวช่วยกันเติมน้ำสีดำนในโถที่หนึ่ง ในขณะที่เติมให้ทุกคนนี้ถึงความไม่ดี ความชั่วร้าย ปัญหา ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว
8. ให้สมาชิกครอบครัวช่วยกันเติมน้ำใสลงในโถที่สอง ในขณะที่เติมให้ทุกคนนี้ถึงความดีงาม ความเอื้ออาทร ความห่วงใย ความปรารถนาดีต่อกันในครอบครัว
9. ให้ครอบครัวบอกสิ่งที่ปรากฏเปรียบเทียบน้ำสองโถที่ครอบครัวช่วยกันเติม ให้ครอบครัวเปรียบเทียบกับสภาพครอบครัวปัจจุบัน ผู้ให้คำปรึกษาโยงถึงครอบครัวทั่วไป
10. ถามครอบครัวว่าต้องการให้ครอบครัวเป็นอย่างไร ระหว่างโถแก้วทั้งสองใบ ผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับครอบครัวสรุปกิจกรรมโดยโยงเข้ากับการมองตนเองและมองสมาชิกอื่นในครอบครัวเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รวมถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวต่อครอบครัวที่ต้องการ

APPENDIX D

THE EXAMPLE OF FAMILY COUNSELING IN THE EXPERIMENTAL GROUP

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาคครอบครัวในกลุ่มทดลอง

ครอบครัวตัวอย่าง

ครอบครัวตัวอย่างที่นำมาเสนอในการศึกษาคครั้งนี้ ประกอบด้วยเด็กชายวัยรุ่นอายุ 15 ปี ที่เคยใช้ยาบ้ามาตั้งแต่อายุ 13 ปี ขณะนี้เด็กไม่ได้เรียนหนังสือเนื่องจากครอบครัวยากจน จากการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายชีวิตใหม่ให้ชาววังของโรงพยาบาลวังสามหมอ เป็นเวลา 7 วัน 6 คืน ในระหว่างที่เข้าร่วมกิจกรรมเด็กให้ความร่วมมือ ร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี สิ่งหนึ่งที่พี่เลี้ยงประจำกลุ่มสังเกตเห็นจากพฤติกรรมเวลาเข้ากลุ่ม เด็กจะไม่อยากเล่า ไม่อยากคุยเรื่องของครอบครัว มักจะพูดคุยถึงเพื่อนมากกว่า เมื่อพี่เลี้ยงกลุ่มเข้าประเด็นเกี่ยวกับครอบครัวเด็กจะเฉย ไม่พูด พี่เลี้ยงกลุ่มพยายามให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องครอบครัวเด็กก็จะเฉย เมื่อผ่านกระบวนการกลุ่มและกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว เด็กเริ่มสนใจบ้าง และเมื่อได้รับรู้ถึงโทษของการเสพยาบ้าเด็กตัดสินใจเข้ารับการรักษาต่อกับทีมงานในระบบผู้ป่วยนอก

เมื่อผู้ให้คำปรึกษาได้พบกับมารดาของเด็กซึ่งมาร่วมกิจกรรมในวันสุดท้ายของค่าย ผู้ให้คำปรึกษาได้อธิบายวิธีการแนวทางในการดูแลเด็กเมื่อกลับบ้านและทำความเข้าใจกับผู้ปกครองบางส่วนที่ต้องมารับการดูแลต่อเมื่อจบค่าย เมื่อได้รับการยินยอมและสมัครใจเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ให้คำปรึกษาจึงนัดหมายครอบครัวเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมโดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของครอบครัวเป็นหลัก

สัปดาห์ที่ 1

เด็กมาพร้อมกับแม่และพ่อ แม่เป็นผู้ชักชวนให้มาพบคุณหมอ (คนในชุมชนจะเรียกเจ้าหน้าที่ทุกคนว่าเป็น “คุณหมอ”) ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายกับเด็กและแม่อย่างเป็นกันเอง เพราะเคยพบกันแล้ว แม่ของเด็กแนะนำให้ผู้รู้จักกับพ่อของเด็ก เด็กบอกว่าหลังจากที่กลับไปคิดถึงพี่ ๆ มากเลย (พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม)

ในการพบครั้งแรกผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยแนะนำตัวกับสมาชิกครอบครัว จากนั้นเล่าความเป็นมาที่เกิดขึ้นว่าทำไมสมาชิกครอบครัวถึงต้องมาพบหมอ โดยกล่าวถึงสภาพที่เกิดขึ้นในขณะนี้ได้แก่ตั้งแต่ที่เด็กเข้าค่าย เกิดอะไรกับเด็กบ้าง เด็กได้รับรู้เรื่องของโทษของการเสพยาบ้าและสมัครใจที่จะรักษาตัวเองต่อ บอกวัตถุประสงค์ของการที่ต้องดูแลตัวเองต่อ บทบาทของครอบครัวและผู้ให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้คำว่า “เรา” หมายถึงครอบครัว เด็ก และผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยกันให้ผ่านพ้นช่วงชีวิตตรงนี้ให้ได้ แม่ของเด็กบอกว่า “ขอบคุณค่ะคุณหมอ” เขากลับบ้านเขาก็เปลี่ยนไปจากเดิมบ้างแต่ในครอบครัวของเรายังไม่เข้าใจว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เป็นห่วงเขา อยากให้เขาได้ดี” ส่วนพ่อนั่งเฉยไม่พูด จากการพูดคุยและสังเกตจะเห็นว่าเด็กกับพ่อจะไม่คุยกันเองเลย มีแม่เป็นสื่อกลางตลอด ผู้ให้คำปรึกษาบอกระยะเวลาที่จะพบกัน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง บอกกติกาก่อนว่าในการพูดคุยกันจะไม่มีการตำหนิ ให้ทุกคนสามารถระบายความรู้สึกของตนเองได้ เมื่อมีคนหนึ่งพูดก็ต้องมีคนฟัง แล้วเราจะร่วมมือกันให้กระบวนการผ่านไปได้ด้วยดี ประโยชน์ที่ครอบครัวจะได้รับคือช่วยให้เด็กเลิกเสพยาบ้า และให้ผ่านกระบวนการในการรักษาให้ครบกำหนด โดยที่ทุกคนต้องร่วมแรงร่วมใจกัน

จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวถามข้อข้องใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาแนวทางและข้อข้องใจอื่น ๆ ถามความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคนว่าเป็นอย่างไรบ้างอึดอัดหรือไม่ และให้กำลังใจครอบครัว จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาแจกแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สมาชิกแต่ละคนตอบ โดยอธิบายว่าเป็นความคิดเห็นของแต่ละคนไม่มีผิดไม่มีถูก เมื่อครอบครัวทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้ให้คำปรึกษาถามแม่ว่าถ้าหมอให้แม่ลองจัดครอบครัวตามความคิดของแม่ในขณะนี้ คือให้ตนเองและครอบครัวแต่ละคนขึ้นให้ระยะห่างของแต่ละคนแทนความผูกพันในครอบครัวแม่คิดว่าตอนนี้เป็นอย่างไร แม่ทำสีหน้างผู้ให้คำปรึกษาสาธิตให้แม่ดูว่าสมมุตินี้เป็นครอบครัวของหมอ มี พ่อ แม่ ตอนนี้หมอกคิดว่า หมอกับแม่ห่างกันแค่นี้ละ กับพ่อห่างออกไปอีก พ่อกับแม่ห่างกันแค่นี้ แม่ลองจัดดูซิว่าครอบครัวเราเป็นอย่างไร แม่ก็ใช้เวลาจัดอยู่นาน โดยที่พ่อกับลูกก็ให้ความร่วมมือ จากนั้นถามแม่ว่าจะเปลี่ยนแปลงไหม ให้แม่เล่าให้ฟังว่าเพราะอะไรจึงจัดแบบนี้ จากนั้นให้พ่อลองบอกความรู้สึกบ้างว่าที่แม่จัดพ่อคิดอย่างไร แล้วจริง ๆ พ่อคิดว่าเป็นอย่างไร ในขณะเดียวกันก็ให้ลูกลองบอกบ้าง จะเห็นได้ว่าแต่ละคนมองไม่เหมือนกัน ต่างคนต่างมีเหตุผลเป็นของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้สมาชิกแต่ละคนได้เล่าและระบายความรู้สึกต่อกัน ซึ่งส่วนใหญ่การพบกันครั้งนี้แม่จะเป็นคนที่พูดมากที่สุด แสดงความรู้สึกมากที่สุด บางครั้งพูดไปก็มีน้ำตาไหลไปด้วย ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจแม่

แม่ทุกคนได้พูดถึงสิ่งที่ตัวเองมองแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาสะท้อนให้ครอบครัวเห็นว่ากับการที่เราได้มานั่งคุยกันในวันนี้อย่างน้อยก็ได้รู้ว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไร สมาชิกบางคนอาจจะยังไม่เคยชิน

กับการต้องมานั่งเล่าเรื่องของตนเองให้คนอื่นฟัง แต่ต่อไปจะเริ่มชินและอย่าเพิ่งท้อแท้เพราะเรามี สัญญาร่วมกันแล้วว่าจะช่วยกัน เขาเป็นว่าหมอให้ทุกคนกลับไปคิดว่า มีอะไรบ้างที่เราต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัวให้คิดมาคนละ 3 อย่างแล้วสัปดาห์หน้ามาพบกันอีกครั้งเวลา เดิม

สัปดาห์ที่ 2

การพบครอบครัวสัปดาห์ที่ 2 ผู้ให้คำปรึกษาทักทายและถามถึงการบ้านกับสมาชิก ครอบครัวให้แต่ละคนเล่าให้ฟังพร้อมทั้งอธิบายเหตุผลว่าสิ่งที่ต้องการนั้นมีที่ไปมาอย่างไร จากนั้นให้สมาชิกครอบครัวทำกิจกรรม “น้ำสี่ถังใส่ได้” ให้สมาชิกได้บอกความรู้สึกต่อกันอย่าง เปิดเผย สังเกตเห็นว่าพ่อเริ่มพูดมากขึ้นกว่าเดิม ตรงนี้ผู้ให้คำปรึกษาได้ให้กำลังใจพ่อและสะท้อน ให้พ่อเห็นว่าตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง กิจกรรมนี้ทำให้เด็กร้องไห้เพราะไม่คิดว่าพ่อ จะรักตัวเองเพราะพ่อ ไม่พูด พ่อเองก็อึ้งไป ผู้ให้คำปรึกษาให้แม่เป็นตัวกลางอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับ ลูกและพ่อ เมื่อทุกคนเห็นภาพรวมของครอบครัวในขณะนี้เป็นน้ำที่ขุ่นก็เริ่มตกใจแต่ผู้ให้คำปรึกษา สรุปลงให้เห็นว่าถ้าเราเติมสิ่งดี ๆ ให้กันก็เหมือนกับเติมน้ำใส ๆ ลงไป ไม่มีคำว่าสาย เติมได้มาก ครอบครัวเราก็จะเป็นสุขมากขึ้น ลูกเราก็ไม่ต้องไปเสพยาบ้า เลิกยาบ้าได้สำเร็จ จากนั้นให้สมาชิก ในครอบครัวนำสิ่งที่ทุกคนต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมารวมกันแล้วร่วมกันหาว่าสิ่งใดจำเป็น ก่อนหลังเพราะอะไร จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาก็มอบการบ้านให้ทุกคนไปหาแนวทางว่าเมื่อต้องการ จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแล้วแต่ละคนจะทำอะไรได้บ้าง

สัปดาห์ที่ 3

ในครอบครัวนี้สิ่งที่ต้องการอันดับหนึ่งคือให้แต่ละคนรู้หน้าที่และมียานรับผิดชอบเป็น ของตนเอง จึงได้ทำข้อตกลงกันว่าจะให้ลูกออกไปพบเพื่อนนอกบ้านได้แต่ต้องทำงานที่ได้รับ มอบหมายให้เสร็จเสียก่อน ส่วนลูกขอออกไปพบเพื่อนบ้างแต่สัญญาว่าจะไม่กลับบ้านดึก นี่เป็น ข้อตกลงข้อแรกในบ้าน ผู้ให้คำปรึกษาลองยกสถานการณ์ว่าถ้าเกิดไม่ทำตามสัญญาพ่อ แม่ และลูก มีแนวทางจัดการกับปัญหาอย่างไร แล้วให้สมาชิกกลับไปปฏิบัติแล้วนำมาเล่าให้ฟังสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 และ 5

เมื่อพบครอบครัวผู้ให้คำปรึกษาทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ ครอบครัวรับทราบ และถามถึงการบ้านว่ากลับไปทำเป็นอย่างไรบ้าง เด็กบอกกำลังพยายามทำอยู่ พ่อบอกยังต้องให้บอกมาให้ช่วยทำอะไรบ้าง แม่บอกลูกชายดีขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจ

ครอบครัวและเล่าเรื่องการสื่อสารในครอบครัว การบอกความต้องการของตนเองกับผู้อื่น แล้วลองยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ครอบครัวพูดบอกความต้องการของตนเองให้ตรงกับใจที่ต้องการ ให้ครอบครัวฝึกการบอกความรู้สึกและความต้องการต่อกัน เป็นสัปดาห์ที่พ่อที่ทำงานหนัก ผู้ให้คำปรึกษาให้พ่อเล่าให้ฟังว่าเกิดอะไรขึ้น รู้สึกอย่างไร พ่อบอกว่าปกติจะเป็นคนไม่พูดจะมีแม่ที่เข้าใจพ่อว่าพ่อต้องการอะไร กับลูกก็ไม่ค่อยพูดอยู่แล้ว ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจพ่อและให้ลูกบอกกับพ่อว่าอยากให้พ่อพูดด้วยหรือไม่ แล้วลูกรู้สึกอย่างไร ให้ครอบครัวสะท้อนความรู้สึกต่อกันเอง แล้วให้กลับไปทำที่บ้าน โดยการบ้านเดิมก็ยังคงทำต่อไป

สัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์สุดท้ายผู้ให้คำปรึกษาให้ครอบครัวเล่าว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างตั้งแต่ครั้งแรกที่เราเจอกัน จนถึงวันนี้ รู้สึกอย่างไรบ้าง แล้วมีอะไรเกิดขึ้นในครอบครัวเราบ้างทั้งทางบวกและลบ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปให้ครอบครัวฟังว่าระยะเวลาที่เราได้ร่วมมือกัน 6 สัปดาห์ เห็นอะไรที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อทุกคนเริ่มมีความเข้าใจอันดีต่อกันต่อไปก็เป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องร่วมมือกัน อย่าลืมว่าครอบครัวเป็นของเรา เราอยากให้ครอบครัวเป็นอย่างไรก็ต้องทำอย่างนั้น ต่อไปหมอก็จะดูแลครอบครัวเราต่าง ๆ มีอะไรก็มาปรึกษาได้ แต่ที่ผ่านมาเห็นครอบครัวร่วมมือกันดีมาก อย่างน้อยภารกิจของเรา 6 ครั้งก็สำเร็จไปได้ด้วยดี เชื่อว่าต่อไปพ่อแม่จะมีลูกที่เป็นที่รักคนใหม่ จากนั้นให้ครอบครัวทำแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ปัญหาและอุปสรรค

ในครอบครัวนี้มีเรื่องวุ่นวายหลายเรื่อง ดังนั้นการที่จะทำให้ครอบครัวมองเห็นเรื่องเร่งด่วนคือการใช้จ่ายของลูกชายเป็นเรื่องสำคัญมาก การเชื่อมโยงการทำหน้าที่ของครอบครัวแม้แต่เรื่องการพูดคุยกันในบ้านกับการเสพยาบ้าของลูกทำให้ครอบครัวเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากเรื่องเล็กน้อยแล้วช่วยกันแก้ไขปัญหา การให้กำลังใจครอบครัวต้องทำทุกครั้งที่พบกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม้ผู้มีความอดทนสูงมาก และพ่อผู้เฉยชา ปัญหาทุกปัญหาของครอบครัวไม่ได้รับการแก้ไขทั้งหมด แต่ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตเห็นว่าครอบครัวมีความสามารถแก้ไขปัญหาได้เองแต่ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการสื่อสารที่ตรงไปตรงมา การบอกและสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่นยังต้องได้รับการแก้ไขต่อไปอีก

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ให้คำปรึกษาต้องทำการบ้านอย่างหนัก ที่เกิดขึ้นได้ที่อำเภอวังสามหมอจากการที่เราได้มีโอกาสพบกับเด็กก่อน ได้เรียนรู้เด็กส่วนหนึ่งก่อนในช่วงของการทำค่าย ทำให้ง่ายต่อการเชื่อมโยงกับครอบครัว ดังนั้นถ้าในกรณีที่ไม่เคยพบใครก่อนผู้วิจัยเสนอแนะให้เพิ่มชั่วโมงในการพบครอบครัวรายบุคคลก่อน

การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดเป็นเรื่องที่สำคัญมาก จะทำอย่างไรให้ครอบครัวเห็นว่าครอบครัวได้รับประโยชน์จากตรงนี้ให้ได้มากที่สุด และการให้กำลังใจครอบครัวการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาสนใจและจริงจัง เป็นพวกกับครอบครัว

APPENDIX E

INFORMED CONSENT FORM

แบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวที่มี
 วัยรุ่นใช้เมทแอมเฟตามีน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปานิศา หลักทอง นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อตัวแทนครอบครัว.....อายุ.....

คำยินยอมของตัวแทนครอบครัว

ข้าพเจ้า.....เป็นตัวแทนของครอบครัว ได้รับทราบ
 รายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่องผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว
 ในครอบครัวที่มีวัยรุ่นใช้เมทแอมเฟตามีน และทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลของครอบครัว
 ของข้าพเจ้าหรือผลการวิจัยเป็นราบุคคลต่อสาธารณชน ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยข้าพเจ้าและ
 ครอบครัวสามารถถามผู้วิจัยได้ ข้าพเจ้าและครอบครัวมีสิทธิที่จะของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
 โดยไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าและครอบครัวมีสิทธิจะได้รับแต่
 ประการใด

ข้าพเจ้าและครอบครัวยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....(ผู้ยินยอม)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวที่มีวัยรุ่นใช้เมทแอมเฟตามีน แก่ผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามและได้ตอบคำถามจนหมดข้อสงสัย

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

เอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับครอบครัวกลุ่มทดลอง

ดิฉัน นางสาวปาณิสสา หลักทอง นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวที่มีวัยรุ่นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวอันจะส่งผลให้เกิดการเลิกใช้สารเสพติดในครอบครัว ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวให้มีคุณภาพมากขึ้น ท่านและครอบครัวเป็นผู้หนึ่งที่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ดิฉันมีความประสงค์จะขอความร่วมมือจากท่านและครอบครัวในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยขอเข้าร่วมการวิจัยท่านและครอบครัวจะได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวจากดิฉัน 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ วันและเวลาตามที่ครอบครัวสะดวก ถ้าท่านและครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยดิฉันขอให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว เป็นแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และอีก 6 สัปดาห์ข้างหน้าเมื่อสิ้นสุดโครงการ ดิฉันขอให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

ในกรณีที่ท่านมีข้อเสนอแนะหรือข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ดิฉันหมายเลขโทรศัพท์ 01-9330845 เมื่อท่านสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงชื่อยินยอมในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่ออนุญาตให้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้นได้ และขอความกรุณาท่านมาพบดิฉันตามที่ได้นัดหมาย

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านและครอบครัว

.....

(ปาณิสสา หลักทอง)

เอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับครอบครัว

ดิฉัน นางสาวปาณิสสา หลักทอง นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวที่มีวัยรุ่นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวอันจะส่งผลให้เกิดการเลิกใช้สารเสพติดในครอบครัว ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวให้มีคุณภาพมากขึ้น ท่านและครอบครัวเป็นผู้หนึ่งที่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ดิฉันมีความประสงค์จะขอความร่วมมือจากท่านและครอบครัวในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยขอให้ครอบครัวตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว เป็นแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว และอีก 6 สัปดาห์ข้างหน้า

ในกรณีที่ท่านมีข้อเสนอแนะหรือข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ดิฉันหมายเลขโทรศัพท์ 01-9330845 เมื่อท่านสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงชื่อยินยอมในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่ออนุญาตให้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้นได้ และขอความกรุณาท่านมาพบดิฉันตามที่ได้นัดหมาย

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านและครอบครัว

.....

(ปาณิสสา หลักทอง)

List of Experts

1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริรัตน์ คุปติวุฒิ

อาจารย์ สาย ก. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพียรดี เปี่ยมมงคล

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์วจินนทร์ โรหิตสุข

อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

4. อาจารย์สมทรง จุไรทัศนีย์

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

5. นางสาวสุนันท์ ดวงจันทร์

หัวหน้าโครงการคุ้มครองการละเมิดสิทธิเด็กและสตรี

สถาบันวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ฯ

BIOGRAPHY

NAME	Miss Panisa Lakthong
DATE OF BIRTH	26 January, 1973
PLACE OF BIRTH	Sakon Nakhon, Thailand
EDUCATION	
1992-1996	Diploma in Nursing Science Equivalent to Bachelor of Science in Nursing. Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
2000-2005	M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) School of Nursing, Ramathibodi Faculty of Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand
POSITION	
1996-Present	Department of Nursing, Wang Sam Mo Hospital, Udon Thani Province, Thailand Tel. 04-2387740 E-mail: Slakthong@yahoo.com