

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน  
การเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย  
สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION  
AMONG MALE ADOLESCENTS, GOVERNMENT DRUG ABUSE TREATMENT CENTERS

Miss Juraipon Samputtanon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย สถาบันบำบัด ยาเสพติดของรัฐ
โดย	นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

จุไรพร สัมพุทธานนท์ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ (FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION AMONG MALE ADOLESCENTS, GOVERNMENT DRUG ABUSE TREATMENT CENTERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 165 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพันธเชิงบำบัด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธเชิงบำบัด แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด แบบสอบถามทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .90, .93, .84, .85 และ .92 ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีพันธเชิงบำบัดอยู่ในระดับมาก ( $x = 3.62$ ) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ( $x = 3.29$ ) การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดโดยการมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .422, .423, .340, .174, .300$  และ  $.525$  ตามลำดับ) และพบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด ได้ร้อยละ 27 ( $R^2_{Adj} = .270$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อ นิสิต .....

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777161136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION / THERAPEUTIC ALLIANCE / MALE ADOLESCENTS

JURAI PON SAMPUTTANON: FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION AMONG MALE ADOLESCENTS, GOVERNMENT DRUG ABUSE TREATMENT CENTERS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 165 pp.

The purposes of this research were to study therapeutic alliance and self-efficacy for amphetamine relapse prevention among male adolescents in government drug abuse treatment centers and to explore relationship between relapse coping, social supports, therapeutic alliance, amphetamine abstinence motivation and self-efficacy for amphetamine relapse prevention among male adolescents in government drug abuse treatment centers. Research sample consisted of 140 male adolescents with amphetamine dependence, randomly selected by multistage sampling technique. Questionnaires were used to assess for relapse coping, family social support, friend's social support, therapeutic alliance, amphetamine abstinence motivation and self-efficacy for amphetamine relapse prevention. All questionnaires were checked for content validity and reliability. Cronbach's alpha of each questionnaire was .89, .90, .93, .84, .85 and .92 respectively.

The finding indicated that the mean of therapeutic alliance of male adolescents received rehabilitation in government drug abuse treatment centers was at the high level ( $\bar{x} = 3.62$ ) and self-efficacy for amphetamine relapse prevention was at the moderate level ( $\bar{x} = 3.29$ ).

There were positively and significantly relationship between cognitive and behavioral problem solving coping, abstinence focused coping, family social support, friend's social support, therapeutic alliance, amphetamine abstinence motivation, and self-efficacy for amphetamine relapse prevention ( $r = .422, .423, .340, .174, .300$  and  $.525$  respectively), at the .05 level. Moreover, amphetamine abstinence motivation was the only predictor of self-efficacy for amphetamine relapse prevention which accounting for 27.0 % of the variance ( $R^2_{Adj} = .270$ ), at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2016

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่คอยชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ให้ข้อคิดในการเผชิญปัญหา และให้กำลังใจเสมอมา ข้าพเจ้าซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ภายนอก และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อคิด และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือทุกฉบับที่กรุณาให้นำเครื่องมือมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และบุคลากรในหน่วยงานท่านที่กรุณาช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความสำคัญ เข้าร่วมและให้ข้อมูลในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อคิดและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณบิดามารดา สมาชิกทุกคนครอบครัว และญาติพี่น้องทั้งหลาย ที่ให้ความรักและให้กำลังใจเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีพลังความคิด พลังสติปัญญา และพลังใจในการขับเคลื่อนวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยของอุทิศให้แต่ทุกท่าน ให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญในชีวิต มีสุขภาพกายที่แข็งแรง และมีสุขภาพจิตที่ดีตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	8
สมมุติฐานการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. วิทยุกับการเสพติดแอมเฟตามีน.....	16
2. การพยาบาลผู้ติดแอมเฟตามีน.....	21
3. การเสพซ้ำ การป้องกันการเสพซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ.....	30
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ.....	34
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	65
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บและรวบรวมข้อมูล .....	76
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	94
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	110
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป .....	111
รายการอ้างอิง .....	113
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	129
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย .....	131
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับมีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัย.....	149
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ และตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	160
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	165



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานบำบัดยาเสพติด .....	64
ตารางที่ 2 อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และบุคคลที่อยู่อาศัยด้วย .....	64
ตารางที่ 3 ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	75
ตารางที่ 4 ความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	76
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพันธุเชิงบำบัดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน.....	80
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพันธุเชิงบำบัด (N=140) ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน และรายข้อ .....	81
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ.....	83
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกรายข้อ .....	84
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามรูปแบบการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด .....	85
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม .....	85
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน และรายข้อ .....	86

ตารางที่ 12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของ วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน และรายข้อ..	87
ตารางที่ 13	จำนวน ร้อยละ ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามระดับของแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด และค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดโดยรวม .....	88
ตารางที่ 14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา การสนับสนุนทางสังคม พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด กับการรับรู้ .....	90
ตารางที่ 15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ค่าอำนาจในการทำนาย และค่าอำนาจในการ ทำนายที่ปรับใหม่ ของปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองใน การป้องกันการเสพยา แอมเฟตามีนซ้ำได้ .....	92
ตารางที่ 16	ค่าคงที่ ค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยทำนายในรูปคะแนนดิบ ค่าประสิทธิ์ของปัจจัย ทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน .....	92
ตารางที่ 17	ผลการตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) .....	161

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 รูปแบบกระบวนการเสพติด (Cognitive Behavioral Model of Relapse).....	33
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	61



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาหาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะแอมเฟตามีน ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ.2554-2558 มีผู้เข้ารับการรักษาเสพติดด้วยสาเหตุการเสพแอมเฟตามีน สูงถึงร้อยละ 41-56 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับยาเสพติดประเภทอื่น เมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุ ในปี พ.ศ.2554-2558 พบว่า อายุ 15-24 ปี เป็นช่วงอายุที่มีผู้เข้ารับการรักษาเสพติดด้วยสาเหตุการเสพแอมเฟตามีนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุอื่นๆ โดยมีจำนวน 2092, 2115, 1798, 1356 และ 812 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.69, 41.50, 40.52, 36.22 และ 35.04 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558 : ออนไลน์) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30) อยู่ในช่วงอายุ 18-24 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นวัยรุ่น (Sullivan, 1953 อ้างถึงใน กัลยา นาคเพ็ชร์, จุไร อภัยจิรรัตน์ และสมพิศ ไยสุน, 2548) โดยพบว่า ร้อยละ 85 ขึ้นไปเป็นเพศชาย (พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม, 2552)

แม้กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพแอมเฟตามีน จะมีขั้นตอนการรักษาที่สำคัญ ทั้งการเตรียมการก่อนการรักษา การถอนพิษยา การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถควบคุมการเสพ หรือหยุดเสพยาเสพติดให้นานที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) อย่างไรก็ตามสถานการณ์ปัจจุบัน ยังคงพบว่า มีผู้ที่ผ่านการบำบัดการติดยาเสพแอมเฟตามีนจำนวนหนึ่งหันไปเสพซ้ำ จนกระทั่งต้องกลับเข้ารับการรักษาครั้งแล้วครั้งเล่า (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554 ; บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง และนิภา กิมสูงเนิน, 2557) จากการศึกษาของ นิรุจน์ อุทธา และคณะ (2548) พบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปีหลังการบำบัด เฉลี่ยทั่วประเทศร้อยละ 17.20 โดยแยกตามภูมิภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 19.5, 18.4 19.4 และ 10.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ ในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นมีอัตราการเสพซ้ำสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ (Harrison & Hoffmann, 1989) และระยะเวลาในการกลับไปเสพซ้ำค่อนข้างเร็ว โดยวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 60 กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำโดยเฉลี่ยภายในระยะเวลา 2-3 เดือนแรกหลังเสร็จสิ้นการบำบัด (Cornelius et al., 2003 ; Brown, Vik & Creamer, 1989)

ปัญหาการติดยาเสพแอมเฟตามีนและการเสพแอมเฟตามีนซ้ำส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจของผู้เสพ โดยฤทธิ์ของแอมเฟตามีนอย่างฉับพลัน จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว บางราย

ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการผิดปกติของหลอดเลือดสมอง อาจมีอาการชัก หมดสติได้ และมีผลทำให้ผู้เสพมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง และรุนแรงมากขึ้นตามปริมาณที่เสพ (วิโรจน์ วีรชัย และลำซำ ลักษณ์ภิกษินชัช, 2548) ซึ่งจากการศึกษาของ อังคณา ทองสม (2556) พบว่า ร้อยละ 31.2 ของผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เคยมีอาการหวาดระแวง ซึ่งอาจนำไปสู่การคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ การเสพแอมเฟตามีนยังมีผลกระทบอื่นๆ ต่อวัยรุ่น ได้แก่ ทำให้อารมณ์แปรปรวน ขาดความรับผิดชอบต่อการเรียน เกิดปัญหาในสัมพันธภาพ และเกิดความขัดแย้งกับผู้ปกครอง (เฉลิมศรี ราชานาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553) มีผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาในทุกด้านจากการเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่น เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ การทะเลาะวิวาททั้งในบ้านและนอกบ้าน การก่ออาชญากรรมต่างๆ การขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (เฉลิมศรี ราชานาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553) และมีผลกระทบต่อด้านสังคม โดยพบว่า ปัญหาการเสพแอมเฟตามีนมักมีความเกี่ยวพันหรือเป็นสาเหตุของอาชญากรรม เช่น การวิ่งราวทรัพย์ ลักทรัพย์เพื่อหาเงินไปซื้อแอมเฟตามีนเสพ การคลุ้มคลั่งจนทำให้เกิดการทำร้ายร่างกายผู้อื่น การสร้างความเดือดร้อนให้กับสังคม (เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ และคณะ, 2552) รวมทั้งมีผลกระทบต่อประเทศชาติ ทั้งด้านงบประมาณ และด้านทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากแอมเฟตามีนมีส่วนในการทำลายพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสมองของวัยรุ่นซึ่งจะเติบโตไปเป็นพลังของประเทศต่อไปในอนาคต (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป. : ออนไลน์)

ในประเทศไทย จากการสอบถามผู้ที่สามารถเลิกเสพแอมเฟตามีนได้นาน 1 ปีขึ้นไป พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยั้งตัวเองไม่ให้ใช้แอมเฟตามีนได้ คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะอยู่ได้โดยไม่พึ่งแอมเฟตามีน เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะหลุดพ้นจากการชักชวนจากเพื่อน และเชื่อว่าอาการอยากยานั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนเองที่จะอดทนได้ (บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง และ นิภา กิมสูงเนิน, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2550) ที่ศึกษาการติดยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ ซึ่งพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดซ้ำในระดับต่ำและปานกลางนั้น มีโอกาสกลับไปเสพซ้ำมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดในระดับสูง ถึง 2.01 เท่า และการศึกษาในต่างประเทศที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำอย่างแพร่หลาย โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำและการรับรู้ความสามารถในการเลิกเสพยาเสพติด

สามารถทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดต่างๆ หลังการบำบัดได้เป็นอย่างดี สามารถทำนายปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์หลังการบำบัดได้ (Project MATCH Research Group, 1997 ; Maisto, Connors & Zywiak, 2000 ; Kavanagh, Sitharthan & Sayer, 1996) การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถยังสามารถทำนายการเลิกหรือการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ โดยพบว่า การลดลงของการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่สามารถทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ (Gwaltney et al., 2005) และการรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีความสัมพันธ์กันสูงกับปริมาณการเสพยาโคเคนหลังการบำบัด รวมถึงสามารถทำนายการเลิกเสพยาโคเคนได้ (McKay, Foltz, Leahy, Stephens, Orwin & Crowley, 2004 ; Myers & Brown, 1990 ; Moser & Annis, 1996 ) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำจะส่งผลต่อการพิจารณาเลือกแสดงพฤติกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทน เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง เป็นตัวต้านทานไม่ให้บุคคลกลับไปใช้ยาเสพติดเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง (Bandura, 1977) ดังนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ รวมถึงบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดสูง จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดได้ดี แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ทั้งที่มาจากภายในตัวบุคคลเอง เช่น อารมณ์ทางลบ อารมณ์ทางบวกที่ทำให้รู้สึกอยากเสพยา ความอยากยา อาการถอนยา เป็นต้น สถานการณ์เสี่ยงจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ แรงกดดันให้เสพยาจากสังคม เป็นต้น และสถานการณ์เสี่ยงจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสพยาหรือกระตุ้นให้อยากเสพยา (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ, 2550 ; โยชินปอย สูงเนิน, 2544; Cornelieus et al., 2003) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เฉพาะเจาะจงในวัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนค่อนข้างจำกัด กล่าวคือ มีเพียงการศึกษาของโยชิน ปอยสูงเนิน (2544) และผลการศึกษา พบว่า มีวัยรุ่นเพียงร้อยละ 35 ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนในระดับสูง วัยรุ่นส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 65 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ซึ่งในกลุ่มนี้มักไม่สามารถปฏิเสธการเสพยาได้เมื่อเพื่อนที่เคยเสพด้วยกันยื่นแอมเฟตามีนให้

จากการทบทวนงานวิจัย พบปัจจัยพื้นฐาน(demographic factor) ที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ (1) อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาโคเคน (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) โดยบุคคลที่มีอายุมากกว่า อาจบ่งบอกว่ามีประสบการณ์และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆมาได้มากกว่า จึงมีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่า (2) การศึกษา พบว่า จำนวนปีที่อยู่ในระบบ

การศึกษาของผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความสำเร็จด้านหนึ่งในชีวิต ที่ทำให้บุคคลมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองสูง (Ilgen, McKellar & Moos, 2007 ; McKellar, Ilgen, Moos & Moos, 2008)

ปัจจัยเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ (1) ความรุนแรงของการเสพยาเสพติด ซึ่งหมายถึง ความรุนแรงของภาวะติดยาเสพติด ระยะเวลาในการเสพ รวมถึงปริมาณและความถี่ในการเสพยาเสพติด โดยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการเสพยาเสพติดก่อนเข้ารับการรักษาจะน้อยกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังเสร็จสิ้นการบำบัดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการเสพยาเสพติดก่อนเข้ารับการรักษา (Ilgen, McKellar & Moos, 2007) ทั้งนี้ความรุนแรงของการเสพยาเสพติดมีผลต่อความยากง่ายในการหยุดเสพ บุคคลที่เสพยาเสพติดในปริมาณและความถี่ที่น้อยกว่ามีโอกาสหยุดเสพได้สำเร็จง่ายกว่า ซึ่งการหยุดเสพยาเสพติดได้นี้ถือเป็นประสบการณ์ความสำเร็จที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) (2) ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ พบว่า ระยะเวลาที่สามารถหยุดโคเคนได้ครั้งสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพโคเคน โดยผู้ที่มีระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพโคเคนในครั้งสุดท้ายที่นานจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพโคเคนสูง (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) ในผู้ติดสุราและผู้ติดบุหรี่ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสุราและการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่นานที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราหรือหยุดสูบบุหรี่ได้ (Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006) ปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคลที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ (1) แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด พบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่หมายถึง ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness to change) กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการเลิกสุราในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในช่วงแรกของผู้ติดสุรา (Demmel, Beck, Richter & Reker, 2004) สอดคล้องกับ Miller (1991) , Sklar, Anis & Turner (1990) และ Sklar & Turner (1999) ที่พบว่าบุคคลที่มีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สูงกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพโคเคนสูงกว่า และยังพบว่า ผู้ป่วยที่ติดสุราหรือติดบุหรี่ที่มีแรงจูงใจในการเลิกสุราและเลิกบุหรี่

มากกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูราและบุหรืสูงกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพน้อยกว่า (Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006) และ (2) การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ เป็นปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย โดยความสำเร็จที่เป็นผลมาจากการใช้ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพนั้นช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Kadden & Litt, 2011) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ากระบวนการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับทักษะการเผชิญความเครียด เน้นให้ผู้รับบริการได้รับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดต่างๆ เช่น ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม ทักษะการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น รวมถึงการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดภายใต้การแนะนำการปฏิบัติและได้รับการสะท้อนกลับจากผู้ฝึก จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียดในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรหยุดเสพยาเสพติดของตนเองต่อไปได้ มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งประสบการณ์ความสำเร็จนี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น (Allsop, Saunders & Phillips, 2000; Monti, Kadden, Rohsenow, Coony & Abrams, 2002; Rohsenow et al., 2004; Longabaugh, Donovan, Karno, McCrady, Morgenstern, & Tonigan, 2005 ; Martinez et al., 2010) สอดคล้องกับ Ilgen, McKellar & Moos (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะต่างๆในกระบวนการบำบัดมากกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติดสูงกว่า เมื่อควบคุมปัจจัยด้านการศึกษา ความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติด และความมั่นใจในการเลิกในช่วงแรกของการเข้ารับการบำบัดให้คงที่ (Ilgen, McKellar & Moos, 2007)

ปัจจัยภายนอกบุคคลที่สัมพันธ์กับการการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ (1) การสนับสนุนทางสังคม Bandura (2004) ได้กล่าวถึงบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งต่างๆ รอบตัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น แต่จากวิจัยพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำค่อนข้างจำกัด McKellar, Ilgen, Moos & Moos (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันการติ่มสุรา ระยะ 1 ปีภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาได้ ในขณะที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆ อย่างแพร่หลาย ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลปัญหาสุขภาพ



ต่างๆ (McCarter-Spaulding & Gore, 2009; Wang, Qu & Xu, 2015) (2) พันธเชิงบำบัด (Therapeutic alliance) ซึ่งหมายถึง สัมพันธภาพที่เป็นปัจจุบันระหว่างผู้บำบัดและเป็นความตกลงร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากทั้งสองฝ่ายอย่างแท้จริง ประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ซึ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ (interpersonal attachment) ความเกี่ยวข้องกัน (linking) ความไว้วางใจ (trusting) เป็นต้น (2) ความตกลงและร่วมมือกันในภารกิจ (Task) เป็นการตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันของผู้ป่วยและผู้บำบัดที่เป็นไปด้วยการเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกันว่าจะทำอะไรในการบำบัด และจะมีกิจกรรมในการบำบัดอะไรบ้างที่จะทำเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยของผู้ป่วยได้ และ (3) ความตกลงและร่วมมือกันในเป้าหมาย (Goal) เป็นการตกลงหรือการเห็นสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดในเป้าหมายที่คาดหวังในทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Bordin, 1979) ทั้งนี้หลายงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธเชิงบำบัดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดว่ามีความเกี่ยวข้องกัน (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011; Maisto et al., 2015) โดยพบว่า พันธเชิงบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) (Maisto et al., 2015) นอกจากนั้นยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพันธเชิงบำบัดเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างสองฝ่าย คือ ผู้บำบัดและผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้น การมีพันธเชิงบำบัดที่ดีจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามภารกิจ (tasks) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maisto, et al., 2015) โดยจะช่วยลดความทุกข์ (distress) ของผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด (Urbanoski, Kelly, Hoepfner & Slaymaker, 2012) ทำให้มีอารมณ์ทางลบลดลง มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด มีทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลดังกล่าวมาข้างต้น อย่างไรก็ตาม พบว่า โปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่จัดกระทำกับปัจจัยการเผชิญความเครียด (กฤษดา ทองทับ, 2555 ; ฉวีวรรณ ปัญญาบุษย์ และ สุกมา แสงเดือนฉาย, 2556) ดังนั้นเพื่อให้มีองค์ความรู้เพิ่มขึ้นว่าในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดให้แก่วัยรุ่นที่เข้ามารับการบำบัด ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ดูแลครอบคลุมปัจจัยใดบ้าง การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำในวัยรุ่นชายซึ่งเป็นปัญหาเสพติดที่สำคัญของประเทศจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การศึกษาในครั้งนี้ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สามารถจัดกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพันธเชิงบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ยังไม่เคยศึกษาในประเทศไทย พันธเชิงบำบัดเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อกระบวนการฟื้นฟูจากการติดยาเสพติด (Orford et al., 2006; Simpson, 2004) และการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีกิจกรรมการพยาบาล การให้คำปรึกษาและการทำกลุ่มบำบัดต่างๆ และมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำดังที่กล่าวมาแล้ว(Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011 ; Maisto et al., 2015) ซึ่งโดยธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติดมักมีลักษณะของการปฏิเสธปัญหา จนอาจแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตรอย่างเปิดเผย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับปัญหาในหลายๆ ด้านในชีวิต (Millman, 1986) ทำให้การสร้างให้เกิดพันธเชิงบำบัดที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเรื่องที่ทำหายอย่างมาก สอดคล้องกับสถานการณ์การบำบัด ที่พบว่าผู้ป่วยกลับมาเสพแอมเฟตามีนซ้ำแม้ว่าจะได้ผ่านการบำบัดรักษาไปเรียบร้อยแล้ว นั้นหมายถึง ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการบำบัดรักษาได้จนเสร็จสิ้น แต่ไม่มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง หรือบางรายมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาอย่างมากเพราะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แต่ในความเป็นจริงกลับไม่สามารถปฏิบัติตามแผนของการบำบัดรักษาได้ แสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดยังไม่เข้าถึงสารที่ผู้ป่วยบอกอย่างเจียบๆ ได้ ไม่เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงเป้าหมายและกิจกรรมในการบำบัดนั้นอาจไม่ได้เกิดมาจากความตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดอย่างแท้จริง เหตุการณ์เหล่านี้จึงสะท้อนถึงการมีปัญหาในพันธเชิงบำบัด (Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1990 ; McLellan et al.,1988) การศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำในครั้งนี้จึงให้ความสำคัญกับพันธเชิงบำบัด ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ทั้งนี้เพื่อขยายองค์ความรู้ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำในวัยรุ่นที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีพันธเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดมากน้อยเพียงใด

2. การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพันธเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในการศึกษานี้หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลที่จะไม่เสพยาเสพติดในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การมีสภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด การเจ็บป่วยทางร่างกาย และความรู้สึกอยากยา และที่เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด และการมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

เนื่องจากการอธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดข้างต้นมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1986) มาเป็นกรอบแนวคิดในการคัดเลือกปัจจัยที่จะศึกษาความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันการเสพติดตามมีนซ้ำตามแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ได้แก่

(1) ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (Enactive mastery experience / Performance accomplishments) หมายถึง ความสำเร็จที่มาจากประสบการณ์ตรงของบุคคล ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด และแรงจูงใจในการเลิกเสพติดตามมีน

(2) ประสบการณ์จากผู้อื่นหรือการใช้ตัวแบบ (Vicarious experience) หมายถึง การสังเกตความสำเร็จของบุคคลอื่น แล้วนำมาประเมินความสามารถของตนเอง และ (3) การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การโน้มน้าวโดยใช้พูดให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ รวมถึงการแนะนำ และให้กำลังใจ ซึ่งแหล่งของการรับรู้ความสามารถด้านประสบการณ์จากผู้อื่นหรือการใช้ตัวแบบและการได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม

(4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional arousal) หมายถึง สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการพิจารณาความสามารถของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกตัวแปรที่เกี่ยวกับการกระตุ้นทางอารมณ์ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดสภาวะอารมณ์ทางบวก หรือสามารถลดหรือระงับทางอารมณ์ทางลบได้ จะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ พันธะเชิงบำบัด

มีแนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัยของแต่ละปัจจัยที่ศึกษา รายละเอียดดังนี้

#### **การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด**

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติดมีสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดตามมีนซ้ำ โดยเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (Enactive mastery experience) การมีทักษะในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติดที่ดีและเพียงพอ จะเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติมากขึ้น ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดตามมีนซ้ำเพิ่มขึ้น (Bandura, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด โดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม (problem-focused coping strategies) และมีการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด โดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองจากการบำบัด (abstinence focus coping เป็นการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติดที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดใน

การป้องกันการเสพยา โดยการใช้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม หรือการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา โดยการมุ่งมั่งบังคับใจตนเองที่ดีกว่า จะมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำระดับที่รุนแรงน้อยกว่า หรือหยุดเสพยาเสพติดได้ดีกว่า รวมถึงมีผลการบำบัดรักษาด้านพฤติกรรมการเสพยาเสพติดออกมามีดีกว่า (Myers & Brown, 1990 ; Myers & Brown ,1996 ; Bettmann, Russell & Parry (2012) การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาซ้ำทั้ง 2 รูปแบบจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถหยุดเสพยาเสพติด หรือลดระดับความรุนแรงในการเสพยาซ้ำได้ ทำให้บุคคลเกิดประสบการณ์ความสำเร็จซึ่งนำมาซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

### **การสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการใช้ตัวแบบ (Vicarious experience /Modeling) ที่ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิบัติจากบุคคลอื่น (Bandura , 1997 cited in Molloy, Dixon, Hamer & Sniehotta, 2010) นอกจากนั้นยังอาจเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) (McCarter-Spaulling & Gore, 2012) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งต่างๆ รอบตัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น (Bandura, 2004) จากงานวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาเสพติด 1 ปีภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาได้ (McKellar, Ilgen, Moos & Moos, 2008)

### **พันธะเชิงบำบัด (Therapeutic alliance)**

พันธะเชิงบำบัดอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธะเชิงบำบัดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดที่มีความเกี่ยวข้องกัน (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011; Maisto et al., 2015) โดยพบว่า พันธะเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) (Maisto et al., 2015) นอกจากนั้นยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel &

Donovan, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพันธเชิงบังคับเป็นสัมพันธภาพที่ประกอบด้วย ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) และความคิดเห็นสอดคล้องกันในเป้าหมายและภารกิจ (task/goal) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างสองฝ่าย คือ ผู้บำบัดและผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้น การมีพันธเชิงบังคับที่ดีจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามภารกิจ (tasks) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maisto, et al., 2015) โดยจะช่วยลดความทุกข์ (distress) ของผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด (Urbanoski, Kelly, Hoepfner & Slaymaker, 2012) ทำให้มีอารมณ์ทางลบลดลง มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

### แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่หมายถึง ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness to change) กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการเลิกสุราในช่วงแรกของการเข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในช่วงแรกของผู้ติดสุรา (Demmel, Beck, Richter & Reker, 2004) สอดคล้องกับ Miller (1991) , Sklar, Anis & Turner (1990) และ Sklar & Turner (1999) ที่พบว่าบุคคลที่มีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สูงกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพยาโคเคนสูงกว่า และผู้ป่วยที่ติดสุราหรือติดบุหรี่ที่มีแรงจูงใจในการเลิกสุราและเลิกบุหรี่มากกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุราและบุหรี่สูงกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาโคเคนน้อยกว่า (Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006) อย่างไรก็ตามไม่พบการอธิบายโดยตรงว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านใด แต่พบว่า ความต้องการที่จะเสพยาเสพติดที่เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงแรงจูงใจที่จะไม่เลิกเสพยาเสพติด (motivation not to abstain) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคนและสุรา (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008 ; Monti et al., 1993) โดยถือเป็นปัจจัยหนึ่งในด้านของประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมา (past treatment success) บุคคลที่ยังมีความต้องการที่จะเสพยาเสพติดสูงเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง จึงเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมามีน้อย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคนต่ำ

## สมมุติฐานการวิจัย

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง ได้แก่ สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 9 มกราคม – 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 140 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ (1) การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด (2) การสนับสนุนทางสังคม (3) พันธะเชิงบำบัด และ (4) แรงจูงใจในการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน

ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ** หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุ 12-21 ปี ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ในสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด** หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลที่จะไม่เสพยาเสพติด ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การมีสภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด การเจ็บป่วยทางร่างกาย และความรู้สึกอยากยา และที่เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสพยาเสพติด และการมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาเสพติดที่พัฒนาโดย สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต (2557)

**การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด** หมายถึง ความสามารถของบุคคลด้านการคิดและการกระทำเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด เพื่อจัดการและป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดโดยการมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง วัดโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดในการกลับไปเสพยาเสพติด ของกฤษดา ทองทับ (2555) ซึ่งแปลมาจาก Adolescent Relapse Coping Questionnaire (ARCQ) ของ Myers & Brown (1996)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการส่งเสริมจากบุคคลอื่น เพื่อให้หยุดเสพยาเสพติด ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร การศึกษาครั้งนี้สอบถามการสนับสนุนทางสังคมใน 2 แหล่ง ได้แก่

(1) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการส่งเสริมจากสมาชิกทุกคนในครอบครัว เพื่อให้หยุดเสพยาเสพติด ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)



(2) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการส่งเสริมจากคนที่วัยรุ่นสนิทด้วยที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้หยุดเสพแอมเฟตามีน ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ของกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ (2550) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

**พันธเชิงบำบัด** หมายถึง การรับรู้ ณ ปัจจุบันของผู้ป่วย หรือความเข้าใจ ณ ปัจจุบันที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับกระบวนการ และ/หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัด ซึ่งเป็นความพยายามของผู้บำบัดที่มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ซึ่งเกี่ยวกับการเข้าใจ การยอมรับ การเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และการให้เกียรติซึ่งกันและกัน เป็นต้น และ (2) ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจ และเป้าหมาย (task/goal) ซึ่งเกี่ยวกับการเห็นด้วย หรือเห็นสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ในกิจกรรมที่ทำและเป้าหมายในการบำบัด รวมถึงประโยชน์ของสิ่งที่ทำในการบำบัด ซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด Brief Alliance Inventory ของ Mallinckrodt & Tekie (2015) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการแปลเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

**แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน** หมายถึง พลังจากภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความตระหนักของบุคคล หรือความสนใจของบุคคลในความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพแอมเฟตามีน ซึ่งแสดงออกผ่านการกระทำพฤติกรรม วัดโดยใช้แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ของสังวร สมบัติใหม่, อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และอรัญญา แพจ้อย (2552) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือ Stage of change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D) ของ Miller & Tonigan (1996)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และใช้ในการพยาบาลวัยรุ่นชายที่ติดแอมเฟตามีน เพื่อส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำเพิ่มขึ้น อันจะเกิดประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำต่อไป

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการติดแอมเฟตามีน เพื่อผลลัพธ์การไม่กลับไปเสพซ้ำ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และนำเสนอไว้ตามลำดับ ดังนี้

#### 1. วัยรุ่นกับการเสพติดแอมเฟตามีน

- 1.1 ความหมายของการติดแอมเฟตามีน
- 1.2 ความหมายของวัยรุ่น
- 1.3 สาเหตุของการติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น
- 1.4 ผลกระทบจากการติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น

#### 2. การพยาบาลผู้ติดแอมเฟตามีน

#### 3. การเสพซ้ำ การป้องกันการเสพซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

- 3.1 การเสพซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำ และการป้องกันการเสพซ้ำ
- 3.2 การเสพซ้ำ การป้องกันการเสพซ้ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

#### 4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

- 4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำตามแนวคิดของ Bandura และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 4.2 ปัจจัยที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

##### 4.2.1 การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ

##### 4.2.2 การสนับสนุนทางสังคม

##### 4.2.3 พันธะเชิงบำบัด

##### 4.2.4 แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. วัยรุ่นกับการเสพติดแอมเฟตามีน

### 1.1 ความหมายการติดแอมเฟตามีน

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยว่า ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence) หรือเป็นเพียงผู้ใช้แอมเฟตามีนในทางที่ผิด (Drug Abuse) นั้นเน้นพิจารณาจากอาการขาดยาและการติดยาเป็นสำคัญ (รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2555) โดยการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดแอมเฟตามีนมีเกณฑ์ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) ดังนี้ ดังนี้

การติดแอมเฟตามีน หมายถึง รูปแบบการใช้แอมเฟตามีนที่มีปัญหาที่ทำให้ความเจ็บป่วย มีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการในทั้งหมด 6 ข้อ ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

(1) มีภาวะติดยา (tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง คือ ต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม หรือเสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ลดลง

(2) มีภาวะถอนยา (withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงการถอนยาของแอมเฟตามีน หรือเมื่อเสพแอมเฟตามีนหรือได้รับสารที่ใกล้เคียงแล้วทำให้อาการถอนยาหายไป

(3) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในแง่ของการเริ่มไปใช้ การหยุดหรือระงับการใช้ยา

(4) ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาแอมเฟตามีนมาเสพ

(5) ยังคงใช้แอมเฟตามีนต่อไป แม้ว่าจะรู้ว่าถ้าเสพแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพ

(6) มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสพแอมเฟตามีน

### 1.2 ความหมายของวัยรุ่น

World Health Organization (2016 : online) ได้นิยามวัยรุ่น (adolescent) ไว้ว่า หมายถึง เป็นบุคคลที่มีอายุ 10-19 ปี และอธิบายความหมายของวัยรุ่น (WHO,1999) ว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) มีพัฒนาการทางด้านร่างกายทั้งการเจริญเติบโตในด้านความสูง และน้ำหนักตัว รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ (2) มีพัฒนาการด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมมากขึ้น และ(3) มีพัฒนาการด้านสังคม โดยเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวไปสู่ภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเองมากขึ้น

Erikson (1963) ได้แบ่งพัฒนาการของบุคคลออกเป็นขั้นๆ จากการเรียนรู้งานทางสังคม ไว้ในทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม ได้กล่าวถึง วัยรุ่นว่าอยู่ในขั้นพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์แห่งตนหรือความไม่เข้าใจตนเอง (sense of Identity VS. Identify confusion) มีอายุระหว่าง 12-18 ปี เป็นวัยที่แสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีช่วงที่เต็มไปด้วยพลังในการค้นหาคุณค่าในตนเอง ความเชื่อ

และเป้าหมายของตนเอง ซึ่งอาจใช้การเลียนแบบบุคคลที่ชื่นชอบ หรือลองผิดลองถูก หรือบางครั้งต้องการความแตกต่าง จนแสดงออกด้วยการต่อต้านผู้ใหญ่อย่างไม่มีเหตุผล ขณะเดียวกันก็เกิดความสับสนจากการถูกคาดหวังจากผู้ใหญ่และสังคมให้ทำบทบาทบางอย่างเหมือนผู้ใหญ่ แต่บทบาทบางอย่างก็ไม่อนุญาตให้ทำโดยอ้างว่ายังเด็กอยู่ จึงเป็นวัยที่อยู่ตรงกลางระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ซึ่งมักพบปัญหาด้านการปรับตัว และบางครั้งหันไปยึดเพื่อนและทำตามอย่างเพื่อน เพื่อให้รู้สึกว่าคุณเองมีพวก

Piaget (1952 cited in Broderick & Blewitt, 2015 ; Bee, 1992; Berk, 2000) ได้แบ่งพัฒนาการของบุคคล ออกเป็นขั้นๆ โดยพัฒนาการขั้นสุดท้าย คือ ขั้นของความคิดเชิงนามธรรม (formal operational stage) เป็นระยะสิ้นสุดวัยเด็ก และเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ บุคคลจะมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ซึ่งเริ่มเข้าสู่ขั้นนี้เมื่ออายุประมาณ 11 -12 ปี บุคคลจะมีความสามารถในการแยกแยะสิ่งที่เป็นามธรรมได้ดี สามารถคิดเป็นเหตุเป็นผล สามารถคิดถึงผลลัพธ์อื่นๆ ที่จะเป็นไปได้ในสถานการณ์หนึ่งๆนอกเหนือจากผลลัพธ์ที่ปรากฏให้เห็นชัดเจน และปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

Sullivan (1953 อ้างถึงใน กัลยา นาคเพ็ชร, จูโร อภัยจิรรัตน์ และ สมพิศ ไยสุ่ม, 2548) ได้แบ่งมนุษย์ออกเป็น 7 ช่วงวัย ทั้งนี้ในวัยรุ่นได้แบ่งออกเป็น วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) คืออายุประมาณ 12 -14 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) คืออายุ ประมาณ 14 – 21 ปี และได้อธิบายถึง วัยรุ่นว่า เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างมาก ต้องการอิสระ ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง จนบางครั้งจะมีพฤติกรรมชัดเจน ไม่ร่วมมือ มีความคิดฝันและทำตนเลียนแบบวีรบุรุษ เป็นวัยที่เริ่มแสวงหาและมีสัมพันธ์ภาพกับเพศตรงข้าม วัยรุ่นจึงเป็นช่วงที่มีลำบากใจ อึดอัดใจ มากที่สุด เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย ทางเพศ ความคาดหวังของสังคม อีกทั้งยังต้องการการเป็นตัวของตัวเองที่มากขึ้น ทำให้วัยรุ่นประสบกับความยุ่งยาก มีโอกาสเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์และแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นวัยที่ควรได้รับการให้กำลังใจจากผู้ใหญ่

โดยสรุป ธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการปรับตัวอย่างมากทั้งด้านร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และด้านสังคมที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อก่อนที่จะพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเป็นอิสระในการคิด การปฏิบัติตัว ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ขณะเดียวกันก็ถูกคาดหวังจากสังคม จึงเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ และเกิดความคับข้องใจอย่างมาก ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด และกลับไปเสพซ้ำๆ เช่น เสพเพื่อคลายความเครียดที่เกิดจากปัญหาต่างๆ หรือกลับไปเสพตามเพื่อนเพื่อต้องการยอมรับ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นที่แน่นอน การนิยามช่วง

อายุของวัยรุ่น มีต่ำสุด คือ อายุ 10 ปี (WHO, 2016 : online) ไปจนถึงสูงสุด คือ 21 ปี (Sullivan ,1953 อ้างถึงใน กัลยา นาคเพ็ชร, จุไร อภัยจิรรัตน์ และ สมพิศ ไยสุ่ม, 2548) การศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของการทำหน้าที่ทางพุทธิปัญญา (cognitive process) (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011) โดยตาม Paiget' s theory of cognitive development (อ้างถึงใน Berk, 2000) ได้กล่าวไว้ว่าอายุประมาณ 11- 12 ปี เป็นช่วงการพัฒนาทางพุทธิปัญญาเข้าสู่ขั้นสูงสุด (formal operational stage) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงคำนึงถึงปัจจัยด้านพัฒนาการทางพุทธิปัญญาร่วมกับ ความครอบคลุมวัยรุ่นทั้งที่เป็นวัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ผู้วิจัยจึงได้นิยามช่วงอายุของ วัยรุ่นที่จะศึกษาในครั้งนี้ว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 12 – 21 ปี และศึกษาเฉพาะเพศชาย เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 85 เป็น เพศชาย (พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโถม, 2552)

### 1.3 สาเหตุของการติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น

การเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่นมีสาเหตุมาจากหลายประการ ดังนี้

1.3.1 สาเหตุจากยาและฤทธิ์ยา แอมเฟตามีนโดยออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลาง จะทำให้เกิด การกระตุ้นสมองให้หลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ออกมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้เสพยาเสพติด ครั้นแรก มีความมั่นใจ รู้สึกมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม ทำให้ผู้เสพยามีความต้องการที่จะเสพยาและหัน กลับไปเสพยาอีก การติดใจในอารมณ์เคลิบเคลิ้มซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการติดยาทางใจ เกิดอาการ อยากรู้อยากเห็นไม่ได้เสพยา การเสพยาแอมเฟตามีนติดต่อกันทำให้ร่างกายมีความทนต่อยา จึงต้องเสพยาใน ปริมาณมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น และทำให้ติดแอมเฟตามีนในที่สุด หลังจากนั้นเมื่อร่างกายขาดแอมเฟ ตามีน จะทำให้เกิดอาการขาดยา (Withdrawal symptom) รู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย วิตก กังวล อ่อนเพลีย นอนไม่หลับและเกิดอาการซึมเศร้า จึงต้องการที่จะเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำๆ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549)

1.3.2 สาเหตุจากตัวผู้เสพยา ธรรมชาติของวัยรุ่นยังเป็นวัยที่มีการปรับตัวอย่างมากทั้งด้าน ร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และด้านสังคมที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น เป็นวัยที่ได้รับ การคาดหวังจากสังคมให้ทำบทบาทเหมือนผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ทำให้วัยรุ่น ได้รับแรงกดดันจากหลายแหล่ง ทั้งจากเพื่อน จากผู้ปกครอง และครู (Gorski, 2001: online) ใน ขณะเดียวกันวัยรุ่นก็ต้องการความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการอิสระ วัยนี้จึงเป็นช่วงที่มีความอัดอัดใจ มีโอกาสเผชิญกับภาวะวิกฤติทางอารมณ์และแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีโอกาสเกิดปัญหา และเกิดความคับข้องใจต่างๆ อย่างมาก (Sullivan ,1953 อ้างถึงใน กัลยา นาคเพ็ชร, จุไร อภัยจิร

รัตน์ และ สมพิศ ไยสุ่ม, 2548) ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติด นอกจากนั้นยังอาจมีสาเหตุมาจาก ปัญหาบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น อ่อนไหวง่าย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงออก ไม่กล้าเข้าสังคม ไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อต้องเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต และปัญหาสุขภาพจิต ความวุ่นทางอารมณ์และจิตใจ วิตกกังวล จึงต้องหาสิ่งยึดเหนี่ยวหรือสิ่งพึ่งพิงทางจิตใจ หาทางออกที่ไม่เหมาะสมโดยการหันไปพึ่งการเสพแอมเฟตามีน เพื่อคลายความเครียดที่เกิดจากปัญหาต่างๆ เนื่องจากการเสพแอมเฟตามีนทำให้ผู้เสพรู้สึกมีความสุข อารมณ์ดี รู้สึกมีความมั่นใจ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เสพแสวงหาแอมเฟตามีนเพื่อใช้ในการเสพอยู่เรื่อยๆ (สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2541 ; ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนีย์เวช, 2540)

### 1.3.3 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

สาเหตุการเสพติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่นจากสิ่งแวดล้อม (สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2541 ; ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนีย์เวช, 2540 ; Stanton & Todd, 1992 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1.3.3.1 ครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งเสริมให้วัยรุ่นหันมาใช้แอมเฟตามีนและยาเสพติดอื่นๆได้ โดยพบว่า โครงสร้างครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดมัก มีความผูกพันทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ใกล้ชิดกันเกินไปจนแต่ละคนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง หรือห่างเหินกันเกินไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการพึ่งพาระหว่างกันน้อย ทำให้วัยรุ่นขาดความรักความอบอุ่นและขาดที่พึ่งทางใจ และหันไปใช้ยาเสพติดเป็นทางออกในการระบายปัญหาหรือบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรแบบตามใจ ปฏิบัติต่อบุตรเสมือนเป็นเด็ก สนับสนุนให้หนีปัญหาและความคับข้องใจมากกว่าการเปิดโอกาสให้เผชิญและแก้ไขปัญหา ทำให้วัยรุ่นมีความเปราะบางทางอารมณ์ไม่สามารถเผชิญกับอารมณ์ทางลบได้ ทำให้หันไปใช้ยาเสพติดเพื่อลดความรู้สึกทางลบ นอกจากนี้การไม่ติดตามดูแลหรือเอาใจใส่บุตร ยังอาจทำให้วัยรุ่นคบเพื่อนที่ติดยาเสพติดและเสพตามเพื่อนจนติด

1.3.3.2 เพื่อน การคบเพื่อนและการเข้ากลุ่มเพื่อนเป็นพัฒนาการทางสังคมตามธรรมชาติของวัยรุ่น และวัยรุ่นส่วนใหญ่กำลังอยู่ในช่วงการศึกษาเล่าเรียน มีเวลาส่วนมากอยู่ที่โรงเรียนกับเพื่อนวัยเดียวกัน เพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นอย่างมาก อีกทั้งค่านิยมในกลุ่มวัยรุ่นที่เชื่อว่าการเสพแอมเฟตามีนเป็นเรื่องธรรมดาไม่มีอันตรายมากและคิดว่าจะสามารถควบคุมการเสพได้ การได้รับการยอมรับในสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มเพื่อนจะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีกลุ่มเพื่อนที่เข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน

1.3.3.3 สภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับแอมเฟตามีน เช่น การที่วัยรุ่นอยู่ในชุมชนที่มีการซื้อขายแอมเฟตามีน มีการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีน ทำให้อยากรู้อยากเห็น และอยากลอง การอยู่ในแหล่งที่มีผู้ติดยาเสพติด เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนฝูง ติดยาเสพติด ทำให้อายุรุ่นรับรู้เรื่องราวธรรมดาที่จะถูกชักจูงจากผู้ใกล้ชิดทดลองเสพยาเสพติด ครั้งแรกอาจจะยอมด้วยความสมัครใจหรือเกรงใจ เมื่อทดลองนานๆ ก็กลายเป็นผู้ติดยาเสพติดได้

#### 1.4 ผลกระทบจากการติดแอมเฟตามีนของวัยรุ่น

การติดแอมเฟตามีนมีผลกระทบต่อด้านต่างๆ ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อตนเอง การเสพยาแอมเฟตามีนเป็นประจำจะถูกฤทธิ์ยากระตุ้นอยู่เสมอ ดังนั้น เมื่อหมดฤทธิ์ยาผู้เสพยาจึงมักจะมีสภาพร่างกายอ่อนเพลียอย่างมาก หลับอย่างทันทีทันใด ระบบประสาทการรับรู้อ่อนลง หากเสพยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีโทษต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้มีอาการติดยา เมื่อมีการหยุดยาจะมีอาการขาดยา (Withdrawal syndrome) บางรายจะมีอาการซึมเศร้ามากจนเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำลายทั้งระบบประสาทและสมอง บางรายเซลล์สมองมีการเสื่อมอย่างถาวร (Neuronal degeneration) ซึ่งส่งผลเสียต่อความสามารถในการเรียนรู้ มีความผิดปกติด้านอารมณ์ หากเสพยาเกินขนาดทำให้มีอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ซึ่งจากการศึกษาของ อังคณา ทองสม (2556) พบว่า ร้อยละ 31.2 ของผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เคยมีอาการหวาดระแวง ซึ่งอาจนำไปสู่คิดทำร้ายตนเอง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นทั้งด้านการเรียน วัยรุ่นมักขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่และการเรียน ทำให้เสียโอกาสทางการเรียน เสียสถานะภาพทางสังคม มีปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว บางรายถูกดำเนินคดีทางกฎหมายในข้อหาเสพยาแอมเฟตามีน ทำให้สูญเสียโอกาสความก้าวหน้าในอนาคต (วิโรจน์ วีรชัย และล้ำซ่า ลักขณาภิชนชัช, 2548 ; เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553 ; United Nations Office on Drugs and Crime, 2008 ; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2541)

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ปัญหาการเสพยาแอมเฟตามีนมีผลกระทบต่อครอบครัว โดยครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดตามมาในทุกด้านจากการเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่น เช่น ด้านเศรษฐกิจการเงิน การขาดความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ การทะเลาะวิวาททั้งในบ้านและนอกบ้าน การก่ออาชญากรรมต่างๆ เนื่องจากฤทธิ์ของแอมเฟตามีนทั้งแบบฤทธิ์แบบเฉียบพลันและแบบที่เกิดจากการเสพยาเกินขนาดทำให้ผู้เสพยามีอาการทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล หวาดระแวง ภาวะอารมณ์แปรปรวนแบบ Mania มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีอาการข้างต้น มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและความปลอดภัยของคนใน

ครอบครัว (วิโรจน์ วีรชัย และลำซ่า ลักษณะภิกษนัชช, 2548 ; เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553)

1.4.3 ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ปัญหาการเสพแอมเฟตามีนมักมีความเกี่ยวพันหรือเป็นสาเหตุให้เกิดอาชญากรรมอื่น เช่น การวิ่งราวทรัพย์ ลักทรัพย์ เพื่อหาเงินมาใช้ซื้อแอมเฟตามีน การคลุ้มคลั่งจนทำให้เกิดการทำร้ายร่างกายผู้อื่น การสร้างความเดือดร้อนให้กับสังคม รวมทั้งมีผลกระทบต่อประเทศชาติ ทั้งด้านงบประมาณที่ใช้ในการบำบัดรักษา การป้องกันและการปราบปรามการซื้อขายแอมเฟตามีน และกระทบต่อด้านทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากแอมเฟตามีนมีส่วนในการทำลายพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสมองของวัยรุ่นซึ่งจะเติบโตไปเป็นพลังของประเทศต่อไปในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ; เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ และคณะ, 2552 ; สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป. : ออนไลน์ ) .

## 2. การพยาบาลผู้ติดแอมเฟตามีน

การบำบัดรักษาผู้ติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาเตรียมการก่อนเข้ารับการรักษา (Pre-admission) ระยะเวลาบำบัดด้วยยา (Detoxification) ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และระยะติดตามหลังการรักษา (Follow up) การพยาบาลผู้เสพติดแอมเฟตามีนในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

**2.1 ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการก่อนเข้ารับการรักษา (Pre-admission)** เป็นระยะแรกของกระบวนการรักษา เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษาครระยะเวลาโดยต่อเนื่อง โดยให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการเข้าบำบัดรักษา จากนั้นมีขั้นตอนการซักประวัติ สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ สอบถามลักษณะ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกายและสภาพจิตใจ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าการรักษา (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2547 ; สุนทรี ศรีโกไสย, 2548 )

การพยาบาลผู้ป่วยในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) ได้แก่ การซักประวัติข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลา ปริมาณและลักษณะการเสพ ระยะเวลาที่เคยหยุดและกลับมาใช้ใหม่ เวลาและปริมาณที่เสพครั้งสุดท้าย สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมกัน อาการขาดยา การซัก ประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลร่างกาย ผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ผลกระทบด้านสังคม และด้านกฎหมายจากการใช้สารเสพติด การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติด้านร่างกายและโรคแทรกซ้อนทางกาย การส่งตรวจทาง



ห้องปฏิบัติการ หรือใช้เครื่องมือคัดกรองความรุนแรงของปัญหาต่างๆ จากการใช้แอมเฟตามีน การตรวจประเมินสภาพจิต และการประเมินอื่นๆ ที่ครอบคลุมการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ว่าผู้ป่วยมีปัญหาใดบ้างที่พยาบาลจะต้องให้การดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ปัญหาในภาวะฉุกเฉิน อาการพิษของยาเสพติด เมื่อเสพในปริมาณมากหรืออาการขาดยา มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น มีวิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมโดยใช้การเสพยาเสพติด ขาดความรู้ในการจัดการปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม เป็นต้น ซึ่งจะได้ออกแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาต่อไป (กฤตยา แสงวงเจริญ และจันทร์เพ็ญ มูลศรี, 2558 ; จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2556 ; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

**2.2 ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัดด้วยยา (Detoxification)** เป็นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการใช้แอมเฟตามีนโดยการให้ยา เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากฤทธิ์ของแอมเฟตามีน เช่น ฤทธิ์ของแอมเฟตามีนทางกาย หัวใจเต้นช้าหรือเร็วไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ แน่นหน้าอก หายใจช้า คลื่นไส้อาเจียน การเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น และฤทธิ์ทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนสัมผัส หวาดระแวง เป็นต้น ปลอดภัยจากอาการขาดยา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้อาการขาดยาของแอมเฟตามีน (Withdrawal Stage) ใช้เวลาประมาณเป็นชั่วโมง จนถึง 5-10 วัน หลังจากหยุดแอมเฟตามีน ในตอนเริ่มต้นผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ และมีอาการอยากยามาก บางรายอาละวาด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มือสั่น หนาวสั่น กล้ามเนื้อกระตุก ต่อมาความอยากยาถูกแทนที่ด้วยความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง รู้สึกง่วงนอน หลับมากใน 24 ชั่วโมง และบางรายยังหลับมากต่อไป 2-3 วัน เมื่อตื่นขึ้นมาจะหิวมาก และอาการอยากยา จะค่อยๆ ลดลงๆ ในบางรายเมื่อหมดฤทธิ์กระตุ้นของแอมเฟตามีนผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย (วิโรจน์ วีระชัย และลำซ่า ลักษณะภิกชนัชช, 2548)

การพยาบาลผู้ป่วยในขั้นตอนนี้ จึงเน้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะสั้น อันได้แก่ (1) ช่วยเหลือในผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะที่อยู่ในขั้นตอนการถอนพิษสารเสพติด (Detoxification) (2) ประเมินสภาวะอันตรายที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ บางกรณีต้องใช้ยาอื่นเพื่อทดแทนสารเสพติดที่ต้องถอนออกจากร่างกาย และ (3) ให้กำลังใจในการบำบัดรักษาและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก และบรรลุเป้าหมายระยะกลาง ได้แก่ (1) ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนถอนพิษสารเสพติด (Detoxification) พร้อมกับกำหนดระยะเวลาช่วยเหลือและแจ้งข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและ

ครอบครัว และ (2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไปและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดและการพึ่งพาสารเสพติด (จุฬาลักษณ์ ชำชอง, 2556 ; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) นอกจากนั้นในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจในกิจกรรมบำบัดด้วย (ทิพาวดี เอมะวรรณ, 2547 ; สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

**2.3 ขั้นตอนที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)** เป็นระยะของการบำบัดรักษาที่สำคัญ เป็นขั้นที่ช่วยสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจหยุดใช้แอมเฟตามีนต่อไป เป็นการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทักษะคิด อาชีพ และการใช้ชีวิตที่ปลอดภัยปราศจากการฟื้นฟูสมรรถภาพกับครอบครัวและสังคม เสริมสร้างทักษะทางสังคม เป็นขั้นของการจัดการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข ปรับปรุงพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ปรับเปลี่ยนจิตใจที่มีผลมาจากการใช้แอมเฟตามีน รวมถึงส่งเสริมให้สามารถควบคุมการเสพได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ทิพาวดี เอมะวรรณ, 2547 ; สุนทรี ศรีโกไสย, 2548 )

ตามระยะการฟื้นฟูหายจากการติดยาเสพติด (Roadmap of recovery) หลังจากผู้ป่วยผ่านระยะหยุดยามาได้ ถัดจากระยะแรกจนถึงประมาณ 45 วัน จะเข้าสู่ระยะหยุดเสพช่วงแรก (Early Abstinence or Honeymoon stage) ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะยังมีอาการเครียด อ่อนเพลียอยู่บ้าง การนอนหลับและอารมณ์ยังแปรปรวน แล้วจะค่อยๆกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยหลายรายเกิดความเชื่อมั่นเกิน (Overconfidence) เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพได้ง่ายดาย และเลิกได้แน่นอน จึงอาจมีการทดสอบตัวเองกลับไปลองเสพ ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเรื่องสมาธิและความจำ อารมณ์มีการแปรปรวน (Mood swings) บางรายจะมีอาการซึมเศร้าและกระวนกระวาย ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาและขนาดของแอมเฟตามีนที่เสพ ต่อมาระยะเวลา 4-6 เดือน หลังจากหยุดแอมเฟตามีน เป็นระยะผ่านอุปสรรค (Protrated Abstinence or The Wall Stage) ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการเหมือนคนปกติ แต่บางรายมีการสูญเสียความจำ การเรียนรู้ (Cognitive) อาจมีอาการแปรปรวน และยังมีอาการซึมเศร้าได้ (Emotion Swings) ยังมีอาการอยากยาเป็นพักๆ หรือมีอาการอยากยาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนพูดชักชวน เห็นผู้อื่นเสพยาจะมีอาการอยากยาที่รุนแรงได้ ดังนั้น จึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายที่แม้เลิกได้นานเป็นเดือนๆ แต่ทวนกลับมาเสพซ้ำอีกในระยะเวลาสั้นๆ เมื่อผ่านระยะผ่านอุปสรรคได้ จึงจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Stage) (ประมาณ 6 เดือนหลังหยุดเสพแอมเฟตามีน) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวทางความคิด พฤติกรรม และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความละเอียด ยังขาดเป้าหมายของชีวิต อาจมีความเบื่อหน่าย และมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดสมดุลของชีวิตในระยะนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้การเลิกอย่างยั่งยืนและไม่กลับไปติดซ้ำอีก

ดังนั้นในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ ต้องคำนึงถึงธรรมชาติของการฟื้นฟูหาย ช่างต้น ที่พบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่อาจนำไปสู่การเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ ในระยะหยุดเสพช่วงแรก และ ระยะผ่านอุปสรรค เป้าหมายของพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนี้จึงมุ่งเน้นจัดการทำกับสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไปเสพแอมเฟตามีนและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ เป็นเป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระยะยาว (จุฬาลักษณ์ ชำช่อง, 2556) อันได้แก่ (1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและมุ่งเน้นเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาการเสพติดสาร เสพติดของตนเอง (2) ประเมินสภาพความเครียดและแรงกดดันต่างๆที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไป เสพสารเสพติดซ้ำอีก (3) สนับสนุนให้ได้เปิดเผยหรือบอกถึงแรงจูงใจที่ทำให้ไปใช้ยาเสพติด พร้อมกับ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาต่างๆที่มีได้อย่างเหมาะสม และ (4) ส่งเสริมให้มีแรงจูงใจ และ ร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงกับการกลับไปเสพซ้ำ เน้นให้ผู้ป่วยการมีสุขภาวะที่ดี มี รูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ ที่ไม่ต้องพึ่งยาเสพติด พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เป็นต้น ผ่านการปฏิบัติการพยาบาลโดยวิธีต่างๆ เช่น จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) จิต บำบัดแบบกลุ่ม (Group psychotherapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) กิจกรรมบำบัด (Group therapy) และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) เป็นต้น ทั้งนี้ใน ประเทศไทยปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ช่างต้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับรูปแบบแนวคิดของการฟื้นฟู สมรรถภาพเสพติดแอมเฟตามีนที่นำมาใช้ในแต่ละสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ซึ่งจะขอกกล่าวถึง ต่อไปนี้

(1) **รูปแบบจิตสังคมบำบัด หรือแบบแมทริกซ์ (Matrix Model)** เป็นรูปแบบที่ใช้ในการ บำบัดรักษาผู้ป่วยนอกที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ และความผูกพันที่ระหว่างผู้ป่วย กับผู้บำบัด หลีกเลี่ยงการประจันหน้า หรือชี้ย้าว่าเป็นความผิด อาศัยกลุ่มบำบัดและการให้การศึกษา ครอบครัวยุกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (วีโรจน์ วีรัชย์ และลำชำ ลักษณ์ภิกษณชัช, 2548) ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2546) ดังต่อไปนี้

1) การปรึกษารายบุคคล หรือการบำบัดรายบุคคล และการบำบัดร่วมกับครอบครัว (Individual Session) เป็นการพบปะรายบุคคลระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาเพื่อร่วมปรึกษาและวางแผนการบำบัด การแนะนำโปรแกรมการให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยเรื่องวิกฤติการณ์ชีวิต พฤติกรรม การใช้ยาเสพติด เป็นการทำความเข้าใจในการเข้าบำบัดด้วยกิจกรรมในโปรแกรม และเสริมสร้างความร่วมมือของผู้รับการบำบัดและครอบครัว และเป็นการติดตามผลการบำบัดตลอดโปรแกรม

2) **กลุ่มฝึกทักษะการเลิการะยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group)** เป็นรูปแบบการ รักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนทักษะที่จำ เป็นในการเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นใน

ระยะแรกของการหยุดเสพยา และทักษะเพื่อการเลิกเสพยาเสพติด พร้อมทั้งแนะนำการเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเองรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นโปรแกรมช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกันสำหรับผู้ติดยาเสพติดแล้ว เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบอย่างและมีกำลังใจในการเลิกเสพยาได้อย่างถาวร

3) กลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention Group) เป็นหัวใจการรักษาของ Matrix Program เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะที่จะป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ การให้กำลังใจช่วยเหลือและแบ่งปันประสบการณ์ที่ดีแก่กัน

4) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group) เป็นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเสพยาเสพติดกับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การให้ข้อมูลมีหลายรูปแบบ เช่น สไลด์ วีดีโอ เป็นต้น

5) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-Support Group) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นโดยผู้ที่เคยติดยาเสพติดและเลิกได้แล้วเพื่อแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะเลิกยา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดี และให้กำลังใจแก่กันนอกจากนั้นยังเป็นการฝึกการเข้าสังคม การใช้ชีวิตหลังจบการบำบัด การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะได้ผลดี

6) กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) เป็นกลุ่มฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม โดยสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดที่อยู่ในระยะกลางของการเลิกยาเสพติดเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมแต่ละวันโดยไม่ใช้ยาเสพติดโดยมีผู้ที่จบการบำบัดแล้วมาเข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์ และมีนักบำบัดเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้เป็นกลุ่มติดตามการรักษา

(2) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่พัฒนามาจากรูปแบบชุมชนบำบัด โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ระยะเวลา 4-6 เดือน โดยมีองค์ประกอบ (พรรณณณี วาทีสุนทร และกฤติกา ฉีดโฉม, 2552) ดังนี้

ครอบครัว (F : Family) ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษา

กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activities) ใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

การช่วยตนเอง (S : Self-help) กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

ชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic Community) มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคมโดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

### (3) รูปแบบการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy : CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคัมรูปแบบหนึ่งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าเป็นวิธีการบำบัดผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพ แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมภายในที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมาย การตีความของผู้ติดสารเสพติดที่มีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การใช้สารเสพติด รวมทั้งการคำนึงถึงการปรับพฤติกรรมภายนอกโดยมีการส่งเสริมทักษะต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในประเทศไทยมีการนำแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนี้ใช้ในการบำบัดแบบผู้ป่วยใน อีกทั้งยังนำไปประยุกต์ใช้กับรูปแบบของกาย จิต สังคัม (matrix program) ในผู้ป่วยนอกด้วย (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2555 ; ฉวีวรรณ ปัญญา และ สุกมา แสงเดือนฉาย, 2556)

เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2553) ได้แก่ (1)การแยกแยะความเชื่อที่สัมพันธ์กับสารเสพติด (2) การวิเคราะห์ข้อดี และข้อเสียของการใช้ยาเสพติดหรือการเลิกใช้ยาเสพติด (3) การบอกอารมณ์และการประเมินอารมณ์ของตนเอง (4) การหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) (5) การใช้คำถามกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การค้นพบคำตอบด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความในใจ (Closed-minded) และความคิดที่เป็นปัญหา (Problem-perpetuating thinking) โดยผู้บำบัดใช้ทักษะการถามเพื่อประเมิน และค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบความคิด (Schema) ความเชื่อ (Beliefs) ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) อารมณ์ (Emotions) และพฤติกรรม (Behaviors) ของผู้ป่วยเพื่อหาความเชื่อมโยงของสถานการณ์กระตุ้นที่ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และความคิดอัตโนมัติทำงาน จากนั้นสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่บิดเบือน และไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองทางเลือกแบบอื่นๆ ด้วยตนเอง (6) การจินตนาการ (Imagery) ให้ผู้ป่วยมองภาพปัญหาที่เกิดขึ้นที่เคยเกิดขึ้น คิดวางแผนการควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงจากการใช้ยาเสพติดได้ดีขึ้น หรือมีการจัดการกับความรู้สึกอยากยาและสิ่งกระตุ้นได้ (7) การหยุดความคิด เมื่อพบว่ามีความคิดที่เกิดขึ้นซ้ำๆ นำ ไปสู่ความวิตกกังวลหรือรบกวนจิตใจ เพื่อเตือนตนเองและเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่เรื่องอื่นๆ (8) การใช้คำพูดบอกกับตัวเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ช่วยตอกย้ำความมั่นใจ ความเชื่อ หรือพฤติกรรมที่เหมาะสม (9) บันทึกประจำวัน เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติ และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวัน และ (10) การฝึกฝนทักษะซ้ำๆ เป็นการเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาโดยไม่ใช้ยาเสพติด

โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น การจัดการกับความคิดที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การจัดการกับความรู้สึกลอยๆ และสิ่งกระตุ้น การใช้ยาเสพติด ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการกล้าแสดงออก การแก้ปัญหา การผ่อนคลาย ความเครียด การวางแผนฉุกเฉินและการจัดการเมื่อพลาดไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น

#### (5) รูปแบบการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET)

การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดด้านจิตใจที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client - centered) อีกรูปแบบหนึ่งที่มีแนวปฏิบัติกึ่งชี้แนะ (semi - directive) พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อการรักษาของผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา คือ ความลังเลใจ (ambivalence) การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้ผู้บำบัดได้ช่วยเหลือผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ การบำบัดนี้เป็นการบำบัดแบบสั้นใช้การบำบัดเพียง 1-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยมีหลักการสำคัญ ประกอบด้วย การประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556)

การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556) ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการให้การศึกษาและข้อมูลสะท้อนกลับ (health education & feedback) เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการเสพติดว่าถึงขั้นติดหรือไม่ มีผลต่อสุขภาพร่างกายจิตใจสังคมอย่างไร รุนแรงมาก-น้อยแค่ไหน บทบาทของผู้บำบัดในช่วงนี้ คือ อธิบายให้เข้าใจผลการตรวจและประเมินภาวะสุขภาพต่างๆ เพื่อสะท้อนว่าความรุนแรงของปัญหา ด้วยท่าทีที่เป็นกลาง เน้นข้อเท็จจริง ไม่ชักจูง ครอบงำ หรือข่มขู่ให้กลัว แต่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเพื่อ ตรวจสอบความเข้าใจ

ระยะที่ 2 เป็นการทำให้เกิดความมั่นคงในคำมั่นสัญญา (commitment strengthening) เพื่อทำให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกเสพติดมีความหนักแน่นขึ้น โดยผู้บำบัด จะตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเองว่าสิ่งที่ประสบอยู่เป็นปัญหาหรือไม่ หรือเกิดความลังเล ไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหามากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นในการเปลี่ยนแปลง ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงและเสนอทางเลือกเพื่อการแก้ไข

ระยะที่ 3 เป็นการติดตามต่อเนื่อง (follow through) โดยผู้บำบัดจะการติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีมั่นคงดีหรือไม่

#### (6) การบำบัดแบบสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์

แนวคิดการบำบัดของซาเทียร์นำมาใช้ในการบำบัดโลกภายในของผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากมองว่าปัญหาติดยาเสพติดส่วนหนึ่งมีรากฐานมาจากการเพาะบ่มความทุกข์จากภายในตัวตน เกิดจากภาวะที่ได้รับการบีบคั้นทางจิตใจ ภาวะขาดแคลนความรักความเข้าใจจากคนใกล้ตัวรอบตัว ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ เช่น โกรธ เหวง เศร้า ยากที่จะมีความสงบภายใน ทำให้บุคคลแสดงออกในลักษณะของการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือเก็บซ่อนความรู้สึกทางลบนั่นไว้จนทำให้หมดพลังในการดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตแบบทำลายตนหันไปใช้ยาเสพติด แนวคิดสำคัญของการบำบัด คือ การเปลี่ยนแปลงจากแง่มุมลบไปสู่แง่มุมบวก มีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มระดับความภาคภูมิใจให้กับตนเอง มีทางเลือก มีความรับผิดชอบต่ออารมณ์ของตนเอง และสัมพันธ์กับตนเองอย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน มีการใช้คำถาม Process question แทนการให้ผู้ติดยาเสพติดเล่าเรื่องราวต่างๆ ไปเรื่อยๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดได้เข้าใจและสัมผัสโลกภายในของตนเอง และเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น (จินตนา ลีละไกรวรรณ ปราณีพร บุญเรือง และกนกวรรณ บุญประสิทธิ์, 2554)

#### ขั้นตอนการบำบัดแบบสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์

การใช้แนวคิดของซาเทียร์ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดประสบการณ์ภายในใจและเรียนรู้ที่จะสัมผัสโลกภายในของตนเองจากเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ที่จะมีทางเลือกของตน โดยมีขั้นตอนการบำบัด (จินตนา ลีละไกรวรรณ ปราณีพร บุญเรือง และกนกวรรณ บุญประสิทธิ์, 2554) ดังนี้

1) การเตรียมตัวของผู้บำบัดทั้งภายในและภายนอก (prepare yourself) โดยสำรวจภูเขาน้ำแข็งของตนเองว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้มีความสอดคล้องกลมกลืน และอาจทำสมาธิสั้นๆ 3-5 นาที เพื่อให้ผ่อนคลายและมีความพร้อมมากขึ้น หลังจากนั้นจึงเริ่มเข้าสู่การทำความรู้จักกับสมาชิกกลุ่ม

2) การเริ่มสัมผัสกับสมาชิกกลุ่ม (make contact) เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลาย โดยให้ความสำคัญกับคนทั้งคน ไม่เพียงเฉพาะปัญหาของผู้รับบริการเท่านั้น โดยใช้เวลา 2-3 นาที พุดคุยสร้างความคุ้นเคย ภายใต้บรรยากาศที่ปลอดภัย หรือใช้กิจกรรมสั้นๆ เช่น การจินตนาการ การทำสมาธิ เพื่อนำเข้าสู่การปฏิบัติการกิจกรรม

3) กำหนดเป้าหมาย (set goal) ตั้งเป้าหมายว่าในการบำบัดครั้งนี้มีเป้าหมายอย่างไร ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เน้นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

4) การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ การสำรวจปัญหาทางจิตใจ และประสบการณ์ภายใน (explore) โดยการกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจว่าปัญหาและวิธีการจัดการที่ผ่านมา กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายใต้บรรยากาศที่ปลอดภัย และเป็นความลับ สำรวจว่าเป็นหาเป็นอย่างไร กระตุ้นให้ยอมรับเหตุผลของบุคคลไม่ใช่แต่สถานการณ์ ปรับเปลี่ยนจากปัญหาเป็นโอกาสสำหรับการเติบโต เปลี่ยนคำพูดในทางลบให้เป็นเป้าหมายทางบวก

5) การสร้างพันธะสัญญา (commitment) ร่วมกันสร้างและมุ่งเป้าในวิธีการแก้ไข และให้สมาชิกแต่ละคนมีพันธะสัญญาที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลง

6) การเปลี่ยนแปลง (change) การเปลี่ยนแปลงผลกระทบที่มีต่อผู้รับบริการ เปลี่ยนปัญหาให้เป็นเป้าหมายที่ชัดเจนในเชิงบวก

7) การตอกย้ำ (anchoring) ผู้บำบัดจะตอกย้ำ ทวนซ้ำถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และมอบหมายการบ้านเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงก่อนปิดการบำบัด

8.การทบทวน (feedback) ทุกครั้งในการเริ่มต้นกิจกรรมครั้งใหม่ ผู้บำบัดจะทบทวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา

9) การยุติการบำบัด (closure) ก่อนยุติการบำบัด ผู้บำบัดจะประเมินผลโดยให้ผู้รับบริการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งในแง่มุมมองและลบ มีอะไรบ้างที่เปลี่ยนแปลงไป และอะไรที่ยังคงอยู่ หากผู้ป่วยยังมีปัญหาค้างคาใจอยู่ จำเป็นต้องนัดหมายเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

10) การให้การบ้าน (home work) โดยควรให้ผู้รับบริการเลือกเองให้สอดคล้องกับปัญหาของตน

**2.4 ขั้นตอนที่ 4 ระยะติดตามหลังการรักษา (Follow up)** เป็นการติดตามผลการบำบัดรักษาว่าผู้ป่วยมีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ มีการดำรงชีวิตประจำวัน หรือสภาวะแวดล้อม หลังการบำบัดรักษาเป็นอย่างไร เป็นขั้นที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมถึงการดูแลให้มีกลุ่มที่พึ่งในยามจำเป็น เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินชีวิตโดยปลอดยาเสพติด ป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ



การพยาบาลในระยะนี้ เน้นการประเมินปัญหาในระยะของการตามระยะการฟื้นฟูหายจากการติดยาเสพติดระยะปรับสู่ปกติ (Adjustment/Resolution Stage) ซึ่งเป็นระยะปรับตัวทางความคิด พฤติกรรม และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความถูกต้อง เกิดความสบาย ยังขาดเป้าหมายของชีวิต อาจมีความเบื่อหน่าย และมีปัญหาในสถานะหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น ในระยะติดตามหลังการรักษาพยาบาลควรประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคใดบ้างที่อาจทำ หรือทำให้กลับไปติดยา หรือผู้ป่วยควรได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมด้านใดบ้างเพื่อให้สามารถเลิกยาได้ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป และจัดให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

### 3.การเสพยา การป้องกันการเสพยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา

#### 3.1 การเสพยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา และการป้องกันการเสพยา

##### 3.1.1 ความหมายของการเสพยา

Ch'ien (1989 อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2547) ได้ให้ความหมายของการกลับไปเสพยา หมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้จะเลิกเสพยาเสพติด กลับไปเสพยาเสพติดอีก ซึ่งแบ่งระดับของการกลับไปเสพยาตามความรุนแรง ออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

(1) พลาดไป/พลั้งเผลอ (Slip) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดอีก หลังจากที่ผู้ใช้เกิดอาการถอนยา มีอาการทางร่างกาย

(2) เสพชั่วคราว (Lapse) หมายถึง การใช้สารเสพติดอีกเป็นเวลาน้อยกว่า 7 วันติดต่อกัน

(3) กลับไปเสพยา (Relapse) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำๆ และมีการพลาดไปเสพยาบ่อย มีการใช้สารเสพติดนานมากกว่า 7 วัน

(4) การกลับไปเสพยาสลับการรักษา (Relapse Episode) หมายถึง ช่วงเวลาที่กลับไปเสพยานานเกิน 7 วัน แล้วตามด้วยการเลิกยาเสพติด โดยเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด หรือได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลแวดล้อม

(5) การกลับไปติดยาเสพติดซ้ำอีก (Readdiction) หมายถึง มีการกลับไปเสพยาเป็นเวลายาวนานมากกว่า 30 วัน จนกระทั่งผลักดันให้ผู้ใช้สารเสพติดผู้นั้นต้องกลายเป็นคนติดยาเสพติดอีก โดยติดทั้งทางร่างกายและจิตใจจนต้องเสพยาเป็นกิจวัตร

Marlatt & Gordon (1985) ให้ความหมายการเสพยาว่า การเสพยาเสพติดซ้ำจะเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ไม่ได้หมายถึงการใช้ยาเสพติดครั้งแรกหลังจากที่ผ่านการบำบัดรักษาและหยุดเสพยาไปแล้วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่หมายรวมถึงผู้เสพยาที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคมปกติ และกลับไปเสพยาติดยาเสพติดในที่สุด

Havassy, Hall & Wasserman (1991) ได้นิยามการเสพยาซ้ำในการศึกษาของเขาว่า การใช้ยาเสพติดรวมแล้วตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สุลินดา จันทรเสนา (2546) ได้นิยาม การเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำว่า หมายถึง การกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนอีกไม่ว่าจะปริมาณเท่าใดก็ตาม หลังจากที่สามารถหยุดเสพยาได้ต่อเนื่อง 2 เดือนขึ้นไป

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีเกณฑ์หรือข้อตกลงที่ชัดเจนในการให้คำนิยามพฤติกรรมการเสพยาซ้ำ ความหมายของการเสพยาซ้ำ มักพบได้ 2 ลักษณะ คือ (1) เป็นการเสพยาซ้ำไม่ว่าจะปริมาณเท่าใดก็ตามหลังจากที่หยุดเสพยาได้ระยะหนึ่ง และ (2) การกลับมาเสพยาเสพติดบ่อย การกลับมาเสพยาในปริมาณที่มาก ที่อาจทำให้ไปมีปัญหหรือผลกระทบในด้านต่างๆ

### 3.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาซ้ำ

DiClemente (2004) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการกลับไปเสพยาซ้ำ ว่าประกอบด้วย การขาดพลังอำนาจ การได้รับการกดดันจากสิ่งแวดล้อม เงื่อนไขจากสถานการณ์ต่างๆ (Situational cues) การมีทักษะต่างๆที่ไม่เพียงพอ การขาดการสนับสนุนในการหยุดเสพยา การมีปัญหาในการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการมีปัญหาในกระบวนการที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Part of the Process of Change)

Marlatt & Gordon (1985 อ้างถึงใน Witkiewitz & Marlatt ,2004) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการเสพยาซ้ำ (Cognitive Behavioral Model of Relapse) ซึ่งนำไปสู่แนวความคิดการป้องกันการเสพยาซ้ำที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน มีใจความสำคัญ คือ เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำ หากบุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดเพิ่มขึ้น ทำให้โอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำลดลง ในขณะที่บุคคลที่ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดลดลง และโอกาสการกลับไปเสพยาซ้ำเพิ่มขึ้น จากรูปแบบข้างต้นจะเห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาซ้ำ มีทั้งปัจจัยด้านสถานการณ์เสี่ยง และปัจจัยด้านบุคคลเกี่ยวกับทักษะการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงและการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2548) ได้อธิบาย สาเหตุของการกลับไปเสพยาซ้ำว่าเกิดจากปัจจัยในหลายด้านร่วมกัน ดังนี้

#### (1) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors)

1) ปัจจัยด้านกายภาพ (Physiological factors) ได้แก่ ความอดทนของร่างกายต่อสารเสพติด และอาการที่อยู่ในภาวะถอนยา เช่น อาการอยากยา (craving) ซึ่งเกิดจากอาการขาดยา

(withdrawal) เกิดขึ้นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง คือ สารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine)

2) ขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด

(2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Social and Environment factors)

1) มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนที่อาศัย

2) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุกคาม แม้ผู้เสพติดได้รับการบำบัดรักษา สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้แล้ว ถ้าไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันอาจทำให้เกิดปัญหาอย่างอื่นตามมา เช่น ปัญหาในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจบทบาทไม่ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

(3) ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological factors)

1) การขาดแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ทำให้ไม่มีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในแนวทางที่ดีมากขึ้น

2) การขาดสติปัญญาในการจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตทำให้ไม่เกิดความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติด

3) การกลับไปเสพซ้ำ เกี่ยวข้องกับปัญหาความกดดันส่วนตัวและความกดดันจากบุคคลอื่น ความเสียใจ อารมณ์ไม่เป็นสุข ความวิตกกังวล

4) ความเชื่อของบุคคล ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างมากในการเลิกสารเสพติด เพราะถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าสารเสพติดเป็นอันตรายต่อร่างกาย มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ก็จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้

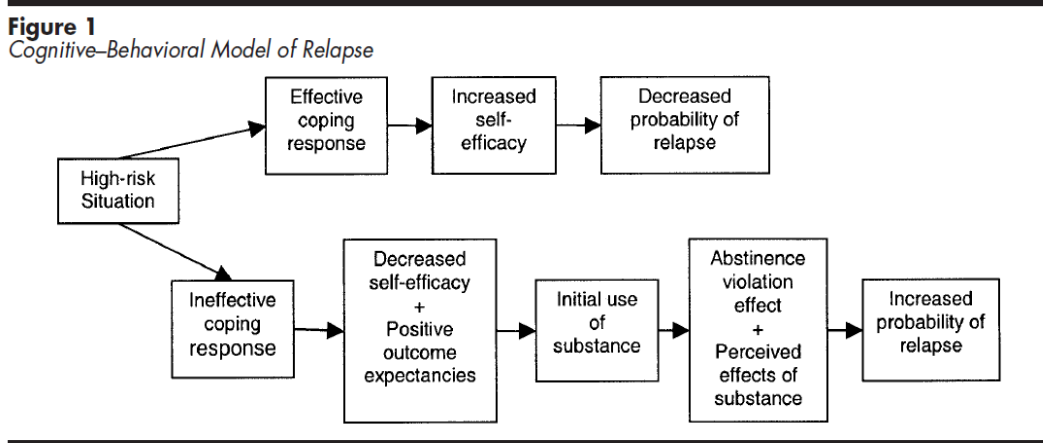
### 3.1.3 การป้องกันการเสพซ้ำ (Relapse prevention)

การป้องกันการเสพซ้ำ (relapse prevention) เป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ที่ต้องคำนึงถึงในผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้สามารถนำหลักการสำคัญที่ได้รับจากการบำบัดไปใช้ประโยชน์ ให้สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดเสพยาเสพติดเมื่อการบำบัดรักษาสิ้นสุดลง (Gorski & Kelley, 1996; Brunswit, Sbraga & Harris, 2003)

Marlatt & Gordon (1985 อ้างถึงใน Witkiewitz & Marlatt ,2004) ได้เสนอรูปแบบกระบวนการเสพซ้ำ (Cognitive Behavioral Model of Relapse) ซึ่งนำไปสู่แนวทางการป้องกันการเสพซ้ำที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน มีใจความสำคัญ คือ เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด หากบุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์เสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดเพิ่มขึ้น โอกาสการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำลดลง

ในขณะที่บุคคลที่ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดลดลง และโอกาสการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น รายละเอียด ดังแผนภาพที่ 1

**แผนภาพที่ 1** รูปแบบกระบวนการเสพยา (Cognitive Behavioral Model of Relapse)



ที่มา : Witkiewitz & Marlatt (2004)

จากแนวคิดข้างต้นทำให้มีการบำบัดเพื่อการป้องกันการติดซ้ำ (Relapse prevention) ที่นำมาใช้ร่วมกับรูปแบบการบำบัดอื่นๆ อย่างแพร่หลาย เป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันสถานการณ์เสี่ยงที่อาจนำไปสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การฝึกทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงสูง เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ แก้ไขความคิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสมที่เอื้อให้เสพยา และปรับวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการเลิกยาเสพติด (Marlatt & Gordon , 1985 อ้างถึงใน Witkiewitz & Marlatt , 2004 ; ศุภย์ วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ ร่วมกับ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์และเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : ออนไลน์, 2553)

### 3.2 การเสพยา การป้องกันการเสพยาและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการเลิกเสพยาเสพติด เป็นกระบวนการทางพุทธิปัญญาซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมของบุคคล มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม (Burlison & Kaminer, 2005) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

การป้องกันการเสพติดในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดประเภทต่างๆ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดต่างๆ หลังการบำบัดรักษาได้เป็นอย่างดี (Burlison & Kaminer, 2005) สามารถทำนายปริมาณ และความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์หลังการบำบัดได้ (Project MATCH Research Group, 1997 ; Maisto, Connors & Zywiak, 2000 ; Kavanagh, Sitharthan & Sayer, 1996) การรับรู้ความสามารถในการเลิกเสพยาโคเคนมีความสัมพันธ์กันสูงกับปริมาณการเสพยาโคเคนหลังการบำบัด รวมถึงสามารถทำนายการเลิกเสพยาโคเคนได้ (McKay et al., 2004 ; Myers & Brown, 1990 ; Moser & Annis, 1996 ; Abdollahi, Taghizadeh, Hamzehgardeshi & Bahramzad, 2014) นอกจากนี้ ยังพบว่า การลดลงของการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่สามารถทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ (Gwaltney et al., 2005) จึงเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ เป็นปัจจัยที่สำคัญและสามารถทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาได้ดี ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำสูง หรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดสูง จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดได้ดี แต่ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทั้งที่มาจากภายในบุคคลเอง และระหว่างบุคคล

#### 4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดตามนิยาม

##### 4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำตามแนวคิดของ Bandura และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง(Self-efficacy) นี้เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นโดย Bandura เดิมใช้คำว่า Efficacy expectation ภายหลังได้เปลี่ยนมาใช้คำว่า Perceived self-efficacy (Bandura, 1986) ภาษาไทยใช้คำว่า สมรรถนะแห่งตน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความสามารถแห่งตน หรือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม(Social learning theory) ต่อมาได้ขยายแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างมากขึ้นและเปลี่ยนชื่อใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน แม้ว่าบุคคลจะไม่ได้แสดงออก แต่มีการได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่แล้ว บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว การแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ของบุคคล (Bandura & Walter, 1963 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553)

#### 4.1.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) ได้นิยามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไว้ว่า เป็นความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถลงมือทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลที่ตั้งใจได้

Bandura (1986) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจในศักยภาพของตนเองที่จะจัดการและลงมือทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้เป้าหมายบรรลุผลสำเร็จ

Bandura (1997) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึงความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่จะจัดการและลงมือทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้เป้าหมายบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งส่งผลต่อการพิจารณาเลือกแสดงพฤติกรรม การใช้ความพยายามและความอดทนที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด

Walters (1999) ได้อธิบายเพิ่มเติมในความหมายของ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่า มีความหมายตรงกันข้ามกับความมั่นใจต่างๆ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเป็นการคาดคะเนความสามารถ หรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เช่น การรับรู้ความสามารถของชายคนหนึ่งที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีปัญหาโต้เถียงหรือขัดแย้งกับภรรยา ความมั่นใจของหญิงที่เจ็บป่วยด้วยโรค bulimia คนหนึ่งที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เธอรู้สึกผิดหลังจากการรับประทานปริมาณมาก เป็นต้น ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1986 cited in Walters, 1999) จึงเป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะทำสิ่งต่างๆ รวมถึงจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง

สุกมา แสงเดือนฉาย (2553) ได้นิยาม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันดื่มสุรา ว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรา การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุภภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต (2557) ได้นิยาม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา ตามแนวคิดของ Bandura (1986) บนพื้นฐานของการป้องกันการติดยา ของ Marlatt & Gordon (1985) ว่าหมายถึง การที่ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการใช้เมทแอมเฟตามีนว่ามีความมั่นใจระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการใช้เมทแอมเฟตามีน ในสถานการณ์ที่เผชิญกับตัวกระตุ้นภายใน และตัวกระตุ้นภายนอก

โดยสรุป การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจ ซึ่งแสดงถึงการตัดสินใจในศักยภาพของตนเองที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุผล ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้นิยามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ตามแนวคิดของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต (2557) ว่าหมายถึง ความมั่นใจของบุคคลที่จะไม่เสพแอมเฟตามีนในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพซ้ำที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การมีสภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การเสพ การเจ็บป่วยทางร่างกาย และความรู้สึกอยากยา และที่เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเสพ และการมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

#### 4.1.2 ความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986 ; 1977) ได้กล่าวเกี่ยวกับความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีผลต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การเลือกกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือเลือกที่จะไม่เผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทาย แต่จะเลือกทำสิ่งที่ตนคิดว่าตนพอจะทำได้ ทำให้ปิดกั้นโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ในขณะที่บุคคลที่รับรู้ว่าคุณสูง มักจะเลือกทำในสิ่งที่ท้าทาย ยากและซับซ้อน และมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น

(2) การใช้ความอุตสาหพยายาม การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการใช้ความอุตสาหพยายาม ว่าในสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่ท้าทายหรือมีอุปสรรคต่างๆ บุคคลจะความพยายามมากเพียงใด และมีความพยายามยาวไปยาวนานเพียงใด บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงในท่ามกลางอุปสรรคหรือความยากลำบาก บุคคลจะไม่ย่อท้อ หรือยอมแพ้ แต่จะใช้ความอุตสาหพยายามเพื่อให้ภารกิจนั้นสำเร็จลุล่วง

(3) กระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อกระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างที่กระทำพฤติกรรม และมีผลต่อการคาดคะเนความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อกระบวนการคิด ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายให้ตนเอง การวางแผนและเลือกใช้วิธีการต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีการกำหนดเป้าหมายไว้สูง จะมีการคิดวางแผนและเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ดี และมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้

ความสามารถต่ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อปฏิกริยาทางอารมณ์ได้ เช่น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ อาจทำให้ตนเองเกิดความวิตกกังวล ตื่นกลัว หรือหงุดหงิดได้ ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะรู้สึกมั่นใจแทนที่จะรู้สึกกังวลหรือตื่นกลัว

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการคาดคะเนความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ รับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการได้ จะคาดคะเนความสัมพันธ์ว่า การไม่ประสบความสำเร็จในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเป็นเพราะความบกพร่องของตนเอง เพราะตนเองขาดความสามารถ ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะประเมินความสัมพันธ์ว่า ตนเองมีความสามารถ แต่การไม่ประสบความสำเร็จนั้นเกิดจากความพยายามที่ยังไม่มากพอ ซึ่งจะส่งผลต่อความท้อแท้ เอาใจใส่ และใช้ความพยายามมากขึ้น

#### (4) การเป็นผู้กำหนดสภาพการณ์และพฤติกรรมของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการเป็นผู้กำหนดสภาพการณ์และพฤติกรรมของตนเอง โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเป็นผู้กำหนดสภาพการณ์และพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้ประสบความสำเร็จ หรือบรรลุเป้าหมายนั้นๆ โดยจะเลือกทำในสิ่งที่ท้าทาย จะใช้ความอุตสาหพยายาม เพื่อให้ประสบผลตามต้องการ หากเกิดความล้มเหลวก็นำความล้มเหลวนั้นมาเป็นแรงเสริม และเรียนรู้ที่จะแก้ไขให้ประสบผลสำเร็จในครั้งต่อไป ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักเชื่อว่าโชคชะตามีผลต่อการประสบความสำเร็จ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด ขาดความพยายามที่จะทำการณ์ใดๆ ให้บรรลุผล และเมื่อเกิดความล้มเหลว ก็จะรู้สึกท้อแท้

#### 4.1.3 ปัจจัยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura

ตามแนวคิดของ Bandura (1977) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมของบุคคล และแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองมาจาก 4 แหล่ง สำคัญ ดังนี้

4.1.3.1 ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (Enactive mastery experience/ Performance accomplishments) ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล เนื่องจากเป็นความสำเร็จที่มาจากประสบการณ์ตรง ความสำเร็จนี้จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น บุคคลจะเชื่อว่าตนสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และมีความคาดหวังว่าตนสามารถจะกระทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลประเมินว่าตนเอง



ยังมีความสามารถมากพอ ความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ใช้วิธีหรือใช้ทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆไม่ดีพอ หรือไม่เหมาะสม ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคลจึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามสิ่งต่างๆ หรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆให้สำเร็จ

4.1.3.2 ประสบการณ์จากผู้อื่นหรือการใช้ตัวแบบ (Vicarious experience/Modeling) การรับรู้ความสามารถของตนเองส่วนหนึ่งเกิดจากการสังเกตตัวแบบในการแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนแล้วได้รับผลการกระทำที่พึงพอใจ เนื่องด้วยบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนเองมีความสามารถมากพอในทุกกิจกรรม บุคคลจะประเมินความสามารถของตนจากการสังเกตและเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน สามารถเผชิญกับสถานการณ์หรือกระทำกิจกรรมได้สำเร็จ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตมีแรงจูงใจ มีความเชื่อในความสามารถของตนเองและสร้างความรู้สึกว่าคุณนั้นก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นกัน

4.1.3.3 การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคล โดยการพูดบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้อย่างไรก็ตาม Bandura (1977) ได้กล่าวถึงการใช้คำพูดชักจูงว่าไม่ค่อยได้ผลมากนักในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคล (Evan, 1989 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2553) วิธีนี้ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับ

การใช้ตัวแบบ (Modeling) และการได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ที่พบได้ เช่น การได้พบปะกับบุคคลที่เป็นตัวอย่างในการหยุดเสพได้ ซึ่งมักจะเจอได้จากการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Bandura ,1977 อ้างถึงใน McKellar et al.,2008)

4.1.3.4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional Arousal) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล บุคคลจะมีการตัดสินใจความสามารถของตนเองโดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยสภาวะด้านร่างกาย หมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น หรือเมื่อเผชิญความเครียด ถ้าบุคคลมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพดี ย่อมส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนสภาวะทางอารมณ์ หมายถึง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์

เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้มีสภาวะทางอารมณ์ทางลบ คือ วิตกกังวล เกิดความเครียด รู้สึกกลัว ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำลง ถ้าอารมณ์ทางลบดังกล่าวเกิดมากขึ้น จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว และส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลงไปอีก ถ้าสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลดีขึ้น ทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย ในขณะเดียวกัน ถ้ามีสภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น มีความสุข พึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น จะมีผลทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนั้น แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (2004) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนอกเหนือจาก แหล่งต่างๆ ข้างต้น คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งต่างๆ รอบตัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

โดยสรุป แหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1977 ; 2004) มาจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ ประสบการณ์จากผู้อื่นหรือการใช้ตัวแบบ การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม

## 4.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### 4.2.1 ความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนงานวิจัยด้านยาเสพติด พบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการเลิกเสพยาเสพติด เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดต่างๆ หลังการบำบัดได้เป็นอย่างดี สามารถทำนายปริมาณ และความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์หลังการบำบัดได้ (Project MATCH Research Group, 1997 ; Maisto, Connors & Zywiak, 2000; Kavanagh, Sitharthan & Sayer, 1996) การลดลงของการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่ยังสามารถทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ (Gwaltney et al., 2005) นอกจากนั้น การรับรู้ความสามารถในการเลิกเสพยาโคเคนมีความสัมพันธ์กันสูงกับปริมาณการเสพยาโคเคนหลังการบำบัด รวมถึงสามารถทำนายการเลิกเสพยาโคเคนได้ (McKay et al., 2004 ; Myers & Brown, 1990 ; Moser & Annis, 1996 ; Abdollahi, Taghizadeh, Hamzehgardeshi & Bahramzad, 2014).

โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ รวมถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดสูง จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดได้ดี แม้ต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทั้งที่มาจากภายในบุคคลเอง และระหว่างบุคคล จากความสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำข้างต้น ปัจจุบันจึงพบว่ามีงานวิจัยด้านยาเสพติด ที่มุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาเสพติดอย่างแพร่หลาย (Ham & Yoo, 2009 ; Ju-Hyun & Myung-Sun, 2016, กฤษดา ทองทับ, 2560; บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง) เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น

โดยสรุป การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดต่างๆ หลังการบำบัดได้ค่อนข้างดี ในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มุ่งเน้นพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำให้กับผู้ป่วยนั้นค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของปริมาณในการเสพ รวมถึงลดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

#### 4.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนงานวิจัยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ ดังต่อไปนี้

4.2.2.1 อายุ อายุอาจเป็นปัจจัยหนึ่งชี้ให้เห็นว่าคุณค่าได้ผ่านประสบการณ์ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ มามากน้อยเพียงใด บุคคลที่มีอายุมากกว่า อาจมีประสบการณ์และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ มาได้มากกว่า จึงมีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่า จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดโคเคน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาโคเคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.32, p<.001$ ) (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) อย่างไรก็ตามบางการศึกษา (Warren, Stein & Grella, 2007) พบว่า อายุไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุรา

4.2.2.2 การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความสำเร็จด้านการเรียน เป็นประสบการณ์ของความสำเร็จหนึ่งในชีวิต บุคคลที่ได้รับการศึกษามากกว่า จึงมีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่า (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า จำนวนปีที่อยู่ในระบบการศึกษาของผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติด (Ilgen, McKellar & Moos, 2007 ; McKellar,

Ilgen, Moos & Moos, 2008) อย่างไรก็ตามบางการศึกษา(Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) พบว่า ระยะเวลาที่อยู่ในระบบการศึกษาไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดโคเคนซ้ำ

4.2.2.3 ความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติด ความรุนแรงของภาวะพึ่งยาเสพติด ระยะเวลาในการเสพติด รวมถึงปริมาณและความถี่ในการเสพยาเสพติด มีผลต่อความยากง่ายในการหยุดเสพยาเสพติด บุคคลที่เสพยาเสพติดในปริมาณและความถี่ที่น้อย จะสามารถหยุดเสพติดได้สำเร็จง่าย ซึ่งการหยุดเสพยาเสพติดได้นี้ถือเป็นประสบการณ์ความสำเร็จที่มีผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษาสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ilgen, McKellar & Moos, 2007)

4.2.2.4 ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ครั้งสุดท้าย เป็นความพยายามที่จะคงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้ ถือเป็นประสบการณ์ความสำเร็จหนึ่งของการลงมือปฏิบัติ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพติดโคเคนได้ครั้งสุดท้ายและการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ที่ติดโคเคน พบว่า ระยะเวลาที่สามารถหยุดโคเคนได้ครั้งสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติดโคเคน โดยผู้ที่มีระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพติดโคเคนในครั้งสุดท้ายที่นานจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติดโคเคนสูงกว่า (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008) และในผู้ติดสุราและผู้ติดบุหรี่ พบว่า ระยะเวลาที่นานที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราหรือหยุดสูบบุหรี่ได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลิกสุราและการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่ (Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006)

4.2.2.5 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่หมายถึง ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness to change) กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการเลิกสุราในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในช่วงแรกของผู้ติดสุรา (Demmel, Beck, Richter & Reker, 2004) สอดคล้องกับ Miller (1991) , Sklar, Anis & Turner (1990) และ Sklar & Turner (1999) ที่พบว่า

บุคคลที่มีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สูงจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพโคเคนดี และ Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสุราหรือติดบุหรีที่มีแรงจูงใจในการเลิกสุราและเลิกบุหรีมาก จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุราและบุหรีสูง

ในขณะที่เดียวกันมีการศึกษาแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดที่เป็นระดับของความต้องการหรือความปรารถนาที่จะเสพยาเสพติด เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงแรงจูงใจที่จะไม่เลิกเสพยาเสพติด (motivation not to abstain) จากการศึกษาของ Monti et al. (1993) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการที่จะดื่มสุรา พบว่า ความต้องการที่จะดื่มสุราในผู้ที่ติดสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา (r มีค่าระหว่าง -.68 ถึง-.77) สอดคล้องกับ Dolan, Martin & Rohsenow (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคน โดยความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงนี้ถือเป็นปัจจัยหนึ่งในหมวดหมู่ของประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมา (past treatment success) ซึ่งพบว่า ความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.53, p < .001$ ) เป็นไปได้ว่าความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงมีผลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคนลดลง บุคคลที่มีความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงสูง หมายถึง ประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมาน้อย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคนต่ำ หรือบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคนสูงจะสามารถเผชิญหรือจัดการกับความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงได้ดีกว่า

4.2.2.6 การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ เป็นปัจจัยที่ยอมรับกันแพร่หลายว่า ความสำเร็จที่เป็นผลมาจากการใช้ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Kadden & Litt, 2011) จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยพบว่า กระบวนการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับทักษะการเผชิญความเครียด เน้นให้ผู้รับบริการได้รับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดต่างๆ เช่น ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม ทักษะการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น รวมถึงการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดภายใต้การแนะนำการปฏิบัติและได้รับการสะท้อนกลับจากผู้ฝึก จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียดในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดเสพยาเสพติดของตนเองต่อไปได้ มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งประสบการณ์ความสำเร็จนี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น (Allsop, Saunders & Phillips, 2000; Monti, Kadden, Rohsenow, Coony & Abrams, 2002; Rohsenow et al., 2004 ; Longabaugh et al., 2005 ; Martinez et al., 2010) สอดคล้องกับ Ilgen, McKellar & Moos (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะต่างๆในกระบวนการบำบัดมากกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติดสูงกว่า เมื่อควบคุมปัจจัยด้านการศึกษา ความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติด และความมั่นใจในการเลิกในช่วงแรกของการเข้ารับการบำบัดให้คงที่ (Ilgen, McKellar & Moos, 2007) และงานวิจัยของ กฤษดา ทองทับ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาซ้ำต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน ซึ่งพบว่า ผู้ติดยาแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาซ้ำมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2.2.7 การสนับสนุนทางสังคม Bandura (2004) ยังได้กล่าวถึงบทบาทของการสนับสนุนทางสังคม ว่ามีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งต่างๆ รอบตัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น แต่จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำค่อนข้างจำกัด พบเพียง 1 ฉบับ คือ การศึกษาของ McKellar, Ilgen, Moos & Moos (2008) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันการติ่มสุราระยะ 1 ปีภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาได้

ในขณะที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆ อย่างแพร่หลาย โดย McCarter-Spaulding & Gore, (2012) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง ปริมาณและคุณภาพของการได้รับการดูแลช่วยเหลือให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากบุคคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลและหน่วยปฐมภูมิ สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้ โดยบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ดีกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองสูงกว่า

4.2.2.8 พันธเชิงบำบัด (Therapeutic alliance) หลายงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธเชิงบำบัดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดที่มีความเกี่ยวข้องกัน (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011; Maisto et al., 2015) โดยพบว่า พันธเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) (Maisto et al., 2015) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพันธเชิงบำบัดเป็นสัมพันธภาพที่ประกอบด้วย ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) และความคิดเห็นสอดคล้องกันในเป้าหมายและภารกิจ (task/goal) (Mallinckrodt & Tekie (2015) พันธเชิงบำบัดจึงเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างสองฝ่าย คือ ผู้บำบัดและผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Bordin, 1979) ดังนั้นการมีพันธเชิงบำบัดที่ดีจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามภารกิจ (tasks) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maisto, et al., 2015) โดยจะช่วยลดความทุกข์ (distress) ของผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด (Urbanoski, Kelly, Hoepfner & Slaymaker, 2012) ทำให้มีอารมณ์ทางลบลดลง มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

โดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ มีทั้งที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน (demographic data) เช่น อายุ การศึกษา ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาเสพติด เช่น ความรุนแรงของปัญหาจากการใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาได้ ปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคล เช่น แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ รวมถึงปัจจัยที่มาจากภายนอกตัวบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด

#### 4.2.3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สุกุม่า แสงเดือนฉาย (2553) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสุรา ตามแนวคิดของ Bandura (1986) และอยู่บนพื้นฐานของการป้องกันการเสพยาซ้ำของ Marlatt and Gordon (1985) ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดยาโดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยสุราตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาว่ามีความมั่นใจในระดับใดที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มที่มาจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การดื่มสุรา การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย การมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา และสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่

ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการตีพิมพ์ การมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น โดยข้อความมีลักษณะเป็นประโยคประกอบมาตราประเมิน หน่วย ตั้งแต่ “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้”

ต่อมาสุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต (2557) ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณต่างๆ ทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก สำหรับผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีน ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสุราของสุกมา แสงเดือนฉาย (2553) โดยมีการปรับข้อความให้สอดคล้องกับปัจจัยในการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก มีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประเมิน หน่วย ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อ ต่อมาสุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต (2557) ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการป้องกันเสพยาเสพติดซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน

#### 4.3 ปัจจัยที่นำมาศึกษาสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดแอมเฟตามีนซ้ำ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยอาศัยแนวคิดแหล่งของการรับรู้ความสามารถ (sources of self-efficacy) ของ Bandura ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษา และมุ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถจัดกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในกระบวนการพยาบาล มากกว่าการศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่ไม่สามารถจัดกระทำได้ (Demographic factors) ปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



### 4.3.1 การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ

#### 4.3.1.1 ความหมายของการเผชิญความเครียด

Marlatt et al. (1985 อ้างถึงใน กฤษดา ทองทับ, 2555) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดของผู้เสพยาเสพติดว่า หมายถึง สิ่งที่ผู้เสพยาเสพติดกระทำหรือคิดในช่วงวิกฤตเพื่อจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ

Myers, Brown & Mott (1993) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยยาเสพติดว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยงที่ต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งบุคคลจะมีรูปแบบการตอบสนองที่แตกต่างกันไป ได้แก่ การตอบสนองโดยมุ่งจัดการกระทำกับปัจจัยเสี่ยง (Problem focused) เช่น ออกจากสถานการณ์เสี่ยง หาวิธีการที่จะไม่ทำให้ตัวเองเสพ การคิดบวก (Wishful thinking) เช่นการมองตัวเองในแง่ดี ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือ หยุดเสพได้ การใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึก หรือปัญหาเกี่ยวกับการเสพบกับบุคคลใกล้ชิด และการตำหนิตนเอง (Self-blame) เช่น การสัญญากับตัวเองว่าจะไม่เสพอีก การโทษว่าเป็นความผิดของตนเองที่กลับไปเสพ

Myers & Brown (1996) ให้ความหมายเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยงที่ต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำทางความคิดและการกระทำ มี 3 แบบ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม (problem-focused coping strategies) การวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ (self-critical thinking) และมีการมุ่งมั่งบังคับใจตนเองจากการบ้ำบัต (abstinence focus coping)

โดยสรุป การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์เสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเสพซ้ำที่แสดงออกทางความคิดและการกระทำ ในการศึกษารั้งนี้ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ หมายถึง ความสามารถของบุคคลด้านการคิดและการกระทำเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ เพื่อจัดการและป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการมุ่งมั่งบังคับใจตนเอง

#### 4.3.1.2.ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำมีสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกันกับแหล่งของการรับรู้

ความสามารถของตนเองด้านประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (Enactive mastery experience) การมีทักษะในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดที่ดีและเพียงพอ จะเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติมากขึ้น ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น (Bandura, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด โดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม (problem-focused coping strategies) และมีการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด โดยการมุ่งมั่งบังคับใจตนเองจากการบ้ำบัต (abstinence focus coping) เป็นการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด โดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม หรือการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด โดยการมุ่งมั่งบังคับใจตนเองที่ดีกว่า จะมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำระดับที่รุนแรงน้อยกว่า หรือหยุดเสพยาเสพติดได้ดีกว่า รวมถึงมีผลการบ้ำบัตรักษาด้านพฤติกรรมการเสพยาเสพติดออกมามากกว่า (Myers & Brown, 1990 ; Myers & Brown ,1996 ; Bettmann, Russell & Parry (2012) การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดทั้ง 2 รูปแบบจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถหยุดเสพยาเสพติด หรือลดระดับความรุนแรงในการเสพยาเสพติดได้ ทำให้บุคคลเกิดประสบการณ์ความสำเร็จซึ่งนำมาซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

#### 4.3.1.3 การประเมินการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด

เครื่องมือในการประเมินการเผชิญความเครียดในงานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการเผชิญความเครียดในการเสพยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งกฤษดา ทองทับ (2556) ซึ่งแปลงมาจากเครื่องมือ Adolescent Relapse Coping Questionnaire (ARCQ) ของ Myers & Brown (1996) เครื่องมือต้นฉบับนี้ใช้สอบถามเผชิญความเครียดในการกลับไปเสพยาเสพติด หรือสิ่งที่ผู้ติดแอมเฟตามีนคิดหรือกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดใน 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม (Cognitive and behavioral problem solving) การเผชิญความเครียดโดยการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ (Self-critical thinking) และการเผชิญความเครียดโดยความมุ่งมั่นในการบ้ำบัตใจตนเอง (Abstinence focused coping) มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 28 ข้อ มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือแยกเป็นรายด้าน เท่ากับ .82, .80 และ .78 ตามลำดับ (Myers & Brown, 1996) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการเผชิญความเครียดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับวัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีน และในการศึกษาของไทย กฤษดา ทองทับ (2556) ได้นำมาหาคุณภาพในผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน มีคุณภาพเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา ด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดและทำนายการหยุดเสพยาเสพติดได้ดี. (Myers, Brown & Mott, 1993) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในการ ป้องกันการเสพยา จึงนิยาม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลด้านการคิดและการกระทำเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ เพื่อจัดการและป้องกันการกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ การเผชิญความเครียดในการ ป้องกันการเสพยาโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดในการ ป้องกันการเสพยาโดยการมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง วัดโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ในการป้องกันการเสพยาใน 2 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและ พฤติกรรม และการมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเองที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบประเมินความสามารถในการ เผชิญความเครียดในการกลับไปเสพยา ของกฤษดา ทองทับ (2555) ซึ่งแปลมาจาก Adolescent Relapse Coping Questionnaire (ARCQ) ของ Myers & Brown (1996)

#### 4.3.2 การสนับสนุนทางสังคม

##### 4.3.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987 อ้างถึงใน กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2550) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคล จากกลุ่มคนในระบบสังคม ซึ่งจะทำให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Cobb (1976) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลนั้นได้รับ ข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่องตัวเอง ทำให้รู้สึกกว่าตัวเองเป็น ส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

House (1981 อ้างถึงใน Ritter, 1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม ซึ่งสามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ ความรักเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่า และยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ กำลังใจ และการรับฟัง

(2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลย้อนกลับที่นำกลับไปใช้ในการประเมินตนเอง การรับรองทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

(4) การสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการ (Instruments support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องการเงิน แรงงาน รวมทั้งการเสียสละเวลา เพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ให้บุคคลมีทุนในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) และได้นิยาม การสนับสนุนทางสังคม ว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการส่งเสริมจากบุคคลอื่น เพื่อให้หยุดเสพแอมเฟตามีน ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจาก 2 แหล่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งหมายถึง สมาชิกทุกคนในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งหมายถึง คนที่วัยรุ่นสนิทด้วยที่ไม่ได้เป็นสมาชิกในครอบครัว

#### 4.3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

การสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการใช้ตัวแบบ (Modeling) ที่ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิบัติจากบุคคลอื่น (Bandura, 1997 cited in Molloy, Hamer & Sniehotta, 2010) นอกจากนี้ยังอาจเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) (McCarter-Spaulding & Gore, 2012) การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งต่างๆ รอบตัว การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น (Bandura, 2004) จากการทบทวนงานวิจัย

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันการดื่มสุราระยะ 1 ปีภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาได้ (McKellar, Ilgen, Moos & Moos, 2008)

#### 4.3.2.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยยาเสพติดตามแนวคิดของ House (1981) หลายฉบับ (1) โยธิน ปอยสูงเนิน (2544) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ประเมินการรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการส่งเสริมให้หยุดเสพแอมเฟตามีนที่ครอบคลุมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร รวมมีข้อคำถาม 12 ข้อ โดยสัมภาษณ์การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว จากครูอาจารย์ และจากเพื่อนในฉบับเดียวกัน และมีการนำไปใช้กับวัยรุ่นอายุระหว่าง 13-20 ปี ที่เสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎและสถาบันธัญญารักษ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค.94 และ (2) กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2550) ได้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน และมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่แยกแบบสัมภาษณ์ออกจากกัน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ซึ่งสามารถเข้าใจได้ง่าย สามารถที่จะนำไปปรับใช้เป็นแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบสามารถอ่านและตอบได้เอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ กล่าวคือ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ในครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .94 ตามลำดับ (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ, 2550)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ของกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2550) มาปรับเป็นแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และจากเพื่อน

#### 4.3.3 พันธเชิงบำบัด (Therapeutic alliance)

##### 4.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพันธเชิงบำบัด

พันธเชิงบำบัด(Therapeutic alliance) เป็นคำกว้างๆ ที่หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีบทบาทในการบำบัดทางจิต (Green, 2006) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับพันธเชิงบำบัดมีการพัฒนามาต่อเนื่อง ดังนี้

Freud (1912) กล่าวถึง การถ่ายโยงความรู้สึก transference และ counter transference ว่าหลักสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิต

Roger (1965) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับ พันธเชิงบำบัดที่ชัดเจนขึ้น ว่า ในการบำบัดทางจิต สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง คือ ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับได้รับความเห็นอกเห็นใจ (empathy) จากผู้บำบัด

Anderson & Anderson (1962) ในการศึกษาของทั้งคู่ เริ่มมีการวัดที่เป็นรูปธรรม โดยใช้คำว่า Therapeutic bond ซึ่งประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และ ความผูกพัน (rapport)

Bordin (1979) ได้ให้ความหมายของ พันธเชิงบำบัด ว่า หมายถึง สัมพันธภาพที่เป็นปัจจุบัน (a conscious here-and now relationship) และเป็นความตกลงและร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย จึงถือเป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากทั้งสองฝ่ายอย่างแท้จริง (a true bidirectional relationship ประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (Bond) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (interpersonal attachments) ความเกี่ยวข้องกัน (liking) และ ความไว้วางใจ (trusting) เป็นต้น (2) การตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันในการกิจ (Task) เป็นการตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันของผู้ป่วยและผู้บำบัด ที่เป็นไปด้วยการเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกันว่าจะทำอะไรในการบำบัด จะมีกิจกรรมในการบำบัดอะไรบ้างที่จะทำผู้ป่วยพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้ และ (3) การตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันเป้าหมาย (Goal) เป็นการตกลงหรือการเห็นด้วยตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ในเป้าหมายที่คาดหวังทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

Mallinckrodt & Tekie (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือในการวัดพันธเชิงบำบัด Working Alliance Inventory ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Bordin (1979) ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ผู้ที่ติดยาเสพติดมักไม่สามารถแยกองค์ประกอบด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจ (task) และความตกลงร่วมมือกันในเป้าหมาย (goal) ออกจากกันได้ ประกอบกับธรรมชาติของการประเมินทั้งสององค์ประกอบนี้ควรวัดควบคู่กันไป ไม่ควรแยกจากกัน ดังนั้นในมุมมองของ Mallinckrodt & Tekie (2015) พันธเชิงบำบัดจึงควรประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ซึ่งเกี่ยวกับการเข้าใจ การยอมรับ ความไว้วางใจ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน การได้รับการเอาใจใส่ เป็นต้น และ (2) ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย (task/goal) ซึ่งเกี่ยวกับการเห็นด้วย หรือเห็นสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดที่ในกิจกรรมที่ทำการบำบัดและเป้าหมายในการบำบัด รวมถึงประโยชน์ของสิ่งที่ทำการบำบัด

ซ์วาลย์ ศิลปกิจ (2557) ได้อธิบายความหมายของ Therapeutic alliance ว่าหมายถึง ความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดว่า ผู้บำบัดจะมุ่งมั่นช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเอาใจใส่ (care) และปรารถนาให้พ้นจากความทุกข์ (compassion) ในขณะที่เดียวกันก็มุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและตระหนักในสภาพจิตใจของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และสัมพันธภาพที่ยั่งยืน

โดยสรุป พันธเชิงบำบัดเป็นแนวคิดที่มีจุดเริ่มต้นมาจากสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยทางจิต โดยในช่วงแรกมีมุมมองเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตของผู้ป่วยว่าเป็นการยอมรับ การเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจจากผู้บำบัด ต่อมาพันธเชิงบำบัดได้ถูกนิยามให้ชัดเจนมากขึ้นโดย Bordin (1979) ว่าหมายถึง สัมพันธภาพที่เป็นปัจจุบัน และเป็นความตกลงและร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดและผู้บำบัด จึงถือเป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากทั้งสองฝ่ายอย่างแท้จริง ที่เอื้อจากการพ้นหายจากการเจ็บป่วยของบุคคล ประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (2) การตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันในการกิจ และ (3) การตกลงหรือเห็นสอดคล้องกันในเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม Mallinckrodt & Tekie (2015) เห็นว่า ธรรมชาติขององค์ประกอบด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจ และความตกลงร่วมมือกันเป้าหมาย เป็นสิ่งที่เกิดควบคู่กันไป ไม่ควรแยกจากกัน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นิยาม พันธเชิงบำบัด ตาม Mallinckrodt & Tekie (2015) ว่าหมายถึง การรับรู้ ณ ปัจจุบันของผู้รับบริการหรือความเข้าใจ ณ ปัจจุบันที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับกระบวนการ และ/หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัด ซึ่งเป็นความพยายามของผู้บำบัดที่มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการพ้นหายจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ซึ่งเกี่ยวกับการเข้าใจ การยอมรับ ความไว้วางใจ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน การได้รับการเอาใจใส่ เป็นต้น และ(2) ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย (task/goal) ซึ่งเกี่ยวกับการเห็นด้วย หรือเห็น สอดคล้องกันระหว่างผู้บำบัดและผู้บำบัดที่ในกิจกรรมที่ทำในการบำบัดและเป้าหมายในการบำบัด รวมถึงประโยชน์ของสิ่งที่ทำในการบำบัด

#### 4.3.3.2 ความสัมพันธ์ของระหว่างพันธเชิงบำบัดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติด

พันธเชิงบำบัดอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายงานวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธเชิงบำบัดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดที่มีความเกี่ยวข้องกัน (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz,

Villarroel & Donovan, 2011; Maisto et al., 2015) โดยพบว่า พันธเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) (Maisto et al., 2015) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด (Ilgen, Tiet & Finney, 2006 ; Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพันธเชิงบำบัดเป็นสัมพันธ์ภาพที่ประกอบด้วย ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) และความคิดเห็นสอดคล้องกันในเป้าหมายและภารกิจ (task/goal) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นระหว่างสองฝ่าย คือ ผู้บำบัดและผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้น การมีพันธเชิงบำบัดที่ดีจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามภารกิจ (tasks) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maisto, et al., 2015) โดยจะช่วยลดความทุกข์ (distress) ของผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด (Urbanoski, Kelly, Hoepfner & Slaymaker, 2012) ทำให้มีอารมณ์ทางลบลดลง มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

#### 4.3.3.3 การประเมินพันธเชิงบำบัด

การประเมินพันธเชิงบำบัด (Therapeutic alliance) จะสามารถประเมินปัจจัยนี้ได้ต้องมีช่วงเวลาที่ผู้บำบัดและผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กัน จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analytic review) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธเชิงบำบัดกับผลลัพธ์ต่างๆ ในการบำบัดของ Martin, Garske & Davis (2000) พบว่า ช่วงเวลาที่ประเมินพันธเชิงบำบัด ได้แก่ ช่วงต้น ช่วงกลาง และช่วงท้ายของการบำบัดไม่มีอิทธิพลต่อผลของพันธเชิงบำบัดที่มีต่อผลลัพธ์ต่างๆ ในการบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินพันธเชิงบำบัดสามารถประเมินได้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 (the 2<sup>nd</sup> session) ของการบำบัดเป็นต้นไป (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Strauss et al., 2006) แต่ส่วนใหญ่แนะนำให้ประเมินในครั้งที่ 3 (the 3<sup>rd</sup> session) ของการบำบัด เนื่องจากพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับผลลัพธ์ในการบำบัด (Havath & Luborsky, 1993 cited in Stiles & Goldsmith, 2010) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประเมินพันธเชิงบำบัด ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ กิจกรรมครั้งที่ 3 (the third session) เป็นต้นไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เครื่องมือในการประเมินพันธเชิงบำบัดที่นิยมใช้กันอยู่อย่างแพร่หลาย คือ Working Alliance Inventory ที่ Horvath & Greenberg (1989) พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Bordin (1979) วัดพันธเชิงบำบัดจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ด้านความตกลงร่วมมือกันในเป้าหมาย (goal) และด้านความตกลงร่วมมือกัน



ภารกิจ (task) อย่างไรก็ตาม Mallinckrodt & Tekie (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือในการวัดพันธเชิงบำบัดข้างต้นโดยการวิเคราะห์แบบสอบถามตามทฤษฎีการวิเคราะห์การตอบสนองข้อสอบ (Item Response Theory) ซึ่งพบว่า ผู้ที่ติดยาเสพติดมักไม่สามารถแยกองค์ประกอบด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจ (task) และความตกลงร่วมมือกันในเป้าหมาย (goal) ออกจากกันได้ ประกอบกับธรรมชาติของการประเมินทั้งสององค์ประกอบนี้ควรวัดควบคู่กันไป ไม่ควรแยกจากกัน นอกจากนี้ยังพบว่าตัวเลือกตอบของ Working Alliance Inventory ไม่สอดคล้องกับลักษณะของการตอบคำถาม ทำให้ผู้ตอบเข้าใจยาก และ Working Alliance Inventory ที่มีตัวเลือกที่กว้างตั้งแต่ระดับ 1-7 ทำให้บางตัวเลือกไม่ได้ถูกเลือก

Mallinckrodt & Tekie (2015) จึงได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินพันธเชิงบำบัดขึ้น เพื่อให้ผู้ตอบสามารถเข้าใจคำถาม ตอบคำถามได้ง่าย และสอดคล้องกับธรรมชาติของพันธเชิงบำบัดให้มากขึ้น คือ Brief Alliance Inventory (BAI) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ ทัศนปัจจุบันของผู้รับบริการหรือความเข้าใจ ณ ปัจจุบันที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง กระบวนการ และ/หรือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัด ซึ่งเป็นความพยายามของผู้บำบัดที่มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย (1) ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ซึ่งเกี่ยวกับการเข้าใจ การยอมรับ ความไว้วางใจ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน การได้รับการเอาใจใส่ เป็นต้น และ (2) ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย (task/goal) ซึ่งเกี่ยวกับการเห็นด้วย หรือเห็นสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดในกิจกรรมที่ทำในการบำบัด และเป้าหมายในการบำบัด รวมถึงประโยชน์ของสิ่งที่ทำในการบำบัด และแบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายด้าน (Mallinckrodt & Tekie, 2015) ได้แก่ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย เท่ากับ .93 และ .89 ตามลำดับ

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด Brief Alliance Inventory ของ Mallinckrodt & Tekie (2015) มาเป็นแบบสอบถามพันธเชิงบำบัด

#### 4.3.4 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

##### 4.3.4.1 ความหมาย

Bandura (1986) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจไว้ว่า เป็นกลไกหลักที่อยู่ภายในจิตใจมนุษย์ ที่อธิบายว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติดยาเสพติด หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

Loundon & Bitta (1988 อ้างถึงใน สุนทรื ศรีโกไสย์, 2548) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจ ว่าหมายถึง สภาวะที่อยู่ภายในตัวที่เป็นพลัง ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้แล้ว

Prochaska & DiClemente (1983) แรงจูงใจ หมายถึง ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Readiness to change) ซึ่งมีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ว่าบุคคลนั้นอยู่ในขั้นใด ประกอบด้วย ขั้นก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (pre-contemplation) ขั้นมีความตั้งใจที่จะเป็นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) ขั้นเตรียมการ (preparation) ไปถึงขั้นของการกระทำ (action) และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (maintenance)

Hewes & Janikowski (1998) ได้อธิบายถึงการขาดแรงจูงใจในผู้ป่วยว่า เป็นการไม่ยินดีที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

DiClemente, Nidecker & Bellack (2008) ได้อธิบายถึงการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการกระทำเพื่อขับเคลื่อนให้บุคคลประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมใหม่ โดยทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปอยู่ในขั้นที่สูงขึ้นไป จนสามารถคงไว้พฤติกรรมที่พึงประสงค์

โดยสรุป แรงจูงใจ หมายถึง พลังจากภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความตระหนักของบุคคล หรือความสนใจของบุคคลในความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยาม แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดว่าหมายถึง พลังจากภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความตระหนักของบุคคล หรือความสนใจของบุคคลในความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ซึ่งแสดงออกผ่านการกระทำพฤติกรรม

#### 4.3.4.2 ความสัมพันธ์ของระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดกับการรับรู้

##### ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่หมายถึง ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness to change) กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาในช่วงแรกของการเข้ารับบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในช่วงแรกของผู้ติดยา (Demmel, Beck, Richter & Reker, 2004) สอดคล้องกับ Miller (1991) , Sklar, Anis & Turner (1990) และ Sklar & Turner (1999) ที่พบว่าบุคคลที่มีขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สูงกว่าจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับไป

เสพติดสูงเกินไป และผู้ป่วยที่ติดสุราหรือติดบุหรี่ที่มีแรงจูงใจในการเลิกสุราและเลิกบุหรี่มากกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุราและบุหรี่สูงกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจในการเลิกสูบน้อยกว่า (Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006) อย่างไรก็ตามไม่พบการอธิบายโดยตรงว่า แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านใด แต่พบว่า ความต้องการที่จะเสพยาเสพติดที่เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงแรงจูงใจที่จะไม่เลิกเสพยาเสพติด (motivation not to abstain) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติด (Dolan, Martin & Rohsenow, 2008 ; Monti et al., 2003) โดยถือเป็นปัจจัยหนึ่งในด้านของประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมา (past treatment success) บุคคลที่ยังมีความต้องการที่จะเสพยาเสพติดสูงเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยง จึงเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมาน้อย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพติด

#### 4.3.4.3 การประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีเครื่องมือในการประเมินแรงจูงใจที่สำคัญ 2 เครื่องมือ คือ Readiness to Change Questionnaire (RTCQ) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Prochaska & DiClemente (1983) และ แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale หรือ SOCRARTES-8D ของ Miller & Tonigan (1996) อย่างไรก็ตาม พบว่า แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดที่ใช้ในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐส่วนใหญ่ คือ แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale หรือ SOCRARTES-8D ของ Miller & Tonigan (1996) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินนี้ในการประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งมีการแปลเป็นไทยและนำเสนอใน หนังสือแนวทางการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (สังวร สมบัติใหม่, อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และ อรัญญา แพนจัย, 2552) สำหรับใช้ประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่สุรา

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งหมายถึง พลังจากภายในจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความตระหนักของบุคคล หรือความสนใจของบุคคลในความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ซึ่งแสดงออกผ่านการกระทำพฤติกรรม ดังนั้น ผู้วิจัยใช้แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านลงมือกระทำ (taking step) ในการวัดแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด เนื่องจากเป็นด้านที่สามารถสะท้อนถึงความพร้อมของบุคคลในการกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาเสพติด

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Demmel, Beck, Richter & Reker (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (readiness to change) หรือบางตำราใช้คำว่า แรงจูงใจในการเลิกแอลกอฮอล์ (motivation to change) กับการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลลัพธ์ในการบำบัด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองที่วัดก่อนการบำบัด มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นลงมือทำ (taking steps) ที่วัดในระยะติดตามผล 10-14 สัปดาห์หลังการบำบัด ( $r=0.34$ ,  $p < .001$ ) โดยบุคคลที่มีการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะมีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นลงมือทำ (taking steps) ที่สูง ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ

Ilgen et al. (2006) ได้ศึกษาเพื่อดูว่า ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุรา ผลลัพธ์ในการบำบัดสุรา มีอิทธิพลของพันธะเชิงบำบัดมาเกี่ยวข้องหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุราต่ำ จะมีพันธะเชิงบำบัดเป็นตัวแปรคั่นกลางที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการบำบัดการติดสุรา ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสุรา ทำนายผลลัพธ์ คือ ร้อยละของวันที่หยุดดื่ม (percent days abstinent) และปริมาณการดื่มสุราต่อวันได้ (drinks per drinking day)

Ilgen, McKay & Moos (2007) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติดที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบชุมชนบำบัด ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา มากกว่า การมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดที่น้อยกว่า และการมีความมั่นใจในการเลิกเสพยาในช่วงแรกของการเข้าบำบัดที่สูงกว่า สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติดหลังการบำบัดที่สูงกว่า และเมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลข้างต้น ปัจจัยด้านการบำบัดที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติด คือ การได้เข้าร่วมการฝึกทักษะต่างๆ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการฝึกทักษะต่างๆ มากกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติดสูงกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะต่างๆ ในการบำบัดยาเสพติด สัมพันธ์การรับรู้ความสามารถของบุคคลในการเลิกยาเสพติด

McKellar et al. (2008) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในผู้ที่ติดสุรา ซึ่งหมายถึงความมั่นใจที่จะต้านการดื่มสุราในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ได้แก่ เมื่อมีอารมณ์ทางบวก อารมณ์ทางลบ มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น และเมื่อต้องการทดสอบความสามารถ

ในการควบคุมการดื่มสุราของตนเอง ศึกษาในผู้ติดสุรา จำนวน 420 คน โดยวัดการรับรู้ความสามารถหลังเสร็จสิ้นการบำบัด 1 ปี และ 16 ปี พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยใน 1 ปีหลังได้รับการบำบัด ได้แก่ ระดับความรุนแรงในการดื่มที่ลดลงจากก่อนการบำบัด ปัญหาที่เกิดจากการจากดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity) การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเพื่อให้เลิกเสพ และระยะเวลาในการเข้าร่วมกลุ่มนิรนาม (Alcoholics Anonymous) นอกจากนี้ยังพบว่า ในเพศหญิง การได้รับการศึกษามากกว่า การมีปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยใน 16 ปีหลังเสร็จสิ้นการบำบัดรักษาได้

Dolan, Martin & Rohsenow (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยก่อนเข้ารับการรักษา บำบัดรักษา กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาโคเคน ทั้งที่เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป (Self-efficacy-General) ซึ่งหมายถึง ความคาดหวังของผู้ป่วยในช่วงเวลาปัจจุบันที่จะเลิกเสพยาโคเคนได้สำเร็จ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง (Self-efficacy-High risk) ต่อการใช้โคเคน 11 สถานการณ์ ในผู้ป่วยที่ติดโคเคนที่อยู่ในการบำบัดรูปแบบชุมชนบำบัด ผลการศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 2 แบบสามารถทำนายปริมาณการเสพ และความถี่ในการเสพยาโคเคนได้ และทำนายการหยุดเสพยาโคเคนใน 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดได้ นอกจากนี้ พบว่า อายุของผู้ป่วย อายุที่เริ่มใช้โคเคน และระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาโคเคนได้ในครั้งล่าสุด การมีสิ่งกระตุ้นให้เสพมากน้อย และภาวะซึมเศร้าความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้โคเคน

Hyde, Hankins, Deale & Marteau (2008) ได้ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic literature review) เกี่ยวกับ โปรแกรมการบำบัดที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ติดยาเสพติด จากงานวิจัยที่ทบทวน 10 เรื่อง ที่ศึกษาในผู้ติดบุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่นๆ ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการบำบัดที่ใช้การโน้มน้าวโดยคำพูด (verbal persuasion) และใช้กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จให้กับผู้ป่วยนั้น มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

Hartzler, Witkiewitz, Villarroel & Donovan (2011) ได้วิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่าง พันธะเชิงบำบัด (therapeutic alliance) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (bond) การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาแอลกอฮอล์ และผลลัพธ์ของการ

บำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ ผลการศึกษา พบว่า การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลิกแอลกอฮอล์ เป็นตัวแปรแทรกกลาง ระหว่างพันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันทางอารมณ์ และผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ ในผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรม CBI ที่เป็นการบูรณาการร่วมระหว่างการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกแอลกอฮอล์ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน

Urbanoski, Kelly, Hoepfner, & Slaymaker (2012) ได้ศึกษาบทบาทของพันธเชิงบำบัด ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด พบว่า การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด แรงจูงใจในการ เลิกยาเสพติด และการรับรู้ความสามารถในการเลิกยาเสพติดที่วัดตอนแรกนับเป็นปัจจัยทำนายพันธ เชิงบำบัด โดยบุคคลที่มีการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด และการรับรู้ความสามารถในการเลิกยาเสพติดที่มากกว่าจะมีพันธเชิงบำบัดที่ดีว่า อย่างไรก็ตามยังไม่ พบว่า พันธเชิงบำบัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด และการรับรู้ความสามารถในการเลิกยาเสพติดในระหว่างกระบวนการ บำบัด แต่พันธเชิงบำบัดมีผลต่อการลดลงของความทุกข์ใจ (psychological distress) ในระหว่าง กระบวนการบำบัด ซึ่งความทุกข์ใจที่ลดลงนี้อาจไปมีผลทางอ้อมให้บุคคลสามารถการเรียนรู้และการ คงไว้ซึ่งทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดใหม่ๆได้ดี มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ แรงจูงใจในการเลิกเสพยา และการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถในการเลิกเสพยาเสพติดได้ อย่างไรก็ตามต้องศึกษาต่อไป

Maisto et al. (2015) ได้ศึกษาอิทธิพลของพันธเชิงบำบัดและการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีต่อการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use) และการดื่มแอลกอฮอล์ แบบผิดปกติ (alcohol related problems) โดยวิเคราะห์ปัจจัยแทรกกลาง (mediation analysis) ผลการศึกษา พบว่า เส้นอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์หลัง การบำบัดที่มีต่อผลลัพธ์ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีพันธเชิงบำบัด (วัดใน session ที่ 2) เป็นปัจจัย แทรกกลาง (mediator) และยังพบว่า พันธเชิงบำบัดมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ความสามารถในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์โดยมีรูปแบบวิธีการบำบัดเป็นปัจจัยแทรกกลาง (a moderation effect) โดยพบว่า พันธเชิงบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงของการ รับรู้ความสามารถในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) ในขณะที่พันธเชิงบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ เสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy-MET) และการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน

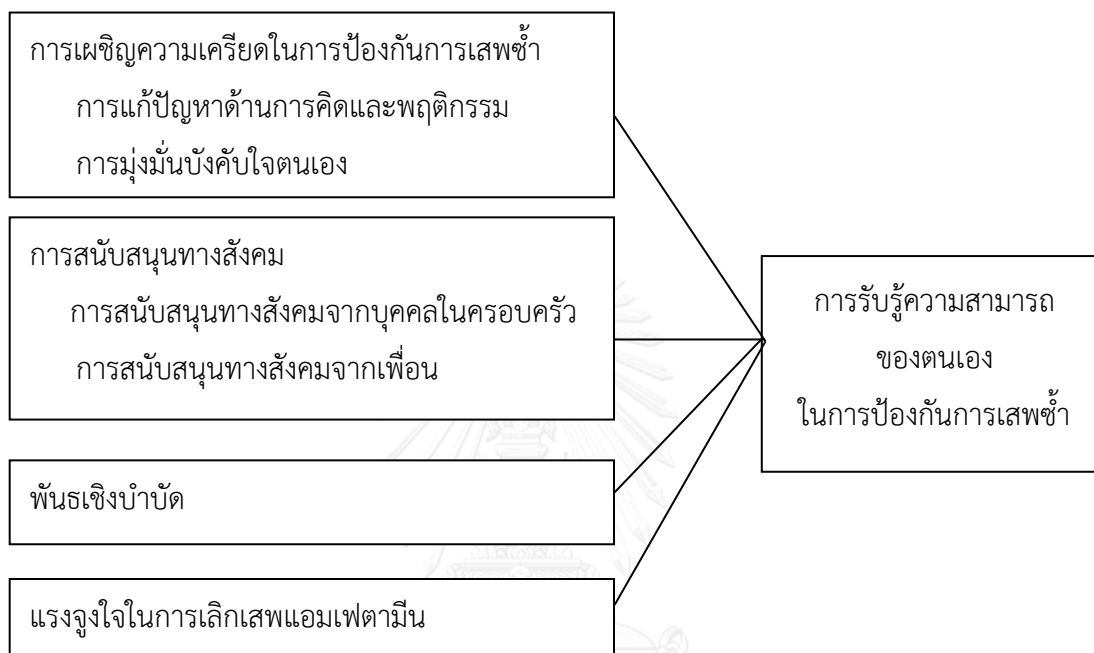
(twelve-step facilitation-TSF) นอกจากนั้น ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ( $B (SE) = 0.03 (0.01)$ )

กฤษดา ทองทับ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การค้นหาสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา การฝึกทักษะเพื่อการเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากสถานการณ์เสี่ยง การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาของผู้ติดยาเสพติดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกมา แสงเดือนฉาย และฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาเสพติด โดยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยา เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1993) และแนวคิดการป้องกันการติดยาของ Marlatt & Gordon (1985) ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักและเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการพัฒนาทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการป้องกันติดยา ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความตั้งใจการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการคัดเลือกตัวแปรที่จะศึกษาความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด ในการป้องกันการเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพติดตามีตามีนกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดตามีตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**1. ประชากร** คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาการติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง ได้แก่ สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

**2. กลุ่มตัวอย่าง** คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาการติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 9 มกราคม – 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 140 คน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้  $n \geq 10K + 50$  (เมื่อ  $n$  คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $K$  คือ จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ในการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่ศึกษา 7 ตัวแปร จึงควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 120 คน [ $n \geq 10(7) + 50$ ] และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (Lemeshow et al., 1990) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ 144 คน

### ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

(1) สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐที่ในแต่ละภูมิภาค ภูมิภาคละ 1 แห่ง ได้ผลดังนี้ ภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ภาคกลาง คือ สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และภาคใต้ คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

(2) กำหนดขนาดตัวอย่างที่จะศึกษาในแต่ละสถานบำบัดตามสัดส่วนเท่า 13 : 1 คือ จำนวนผู้ป่วยแอมเฟตามีนชาย อายุ 12-21 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ของสถานบำบัดแต่ละแห่ง ในปีงบประมาณ 2559 ตามข้อมูลจากระบบ บสต.3 จำนวน 13 คน ต่อ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน รายละเอียด ดังตารางที่ 1

(3) เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาในแต่ละสถานบำบัดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจนครบตามจำนวน

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่

(1) ผู้ป่วยชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดยาแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ แขนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน

(2) ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการบำบัดแบบรายบุคคล และ/หรือร่วมกับครอบครัว และ/หรือแบบกลุ่มจากพยาบาลผู้บำบัดหลัก ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

(3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

(4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

(5) ได้รับความเห็นชอบและลงนามอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง (กรณีผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานบำบัดยาเสพติด

สถานบำบัดยาเสพติด	จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน 1 ปี	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง
1.สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	709	57	55
2.โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่	234	19	17
3.โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	697	56	56
4.โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	140	12	12
<b>รวม</b>	<b>1780</b>	<b>144</b>	<b>140</b>

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นชายที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน มีลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และบุคคลที่อยู่อาศัยด้วยปรากฏดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และบุคคลที่อยู่อาศัยด้วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $\bar{X}$ = 18.77, S.D. =1.98, Max= 21, Min=13 )		
12 -14 ปี	5	3.57
15 -21 ปี	135	96.43
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.86
จบระดับประถมศึกษา	47	33.57
จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	62	44.29
จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	24	17.14
จบระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)/ อนุปริญญา	3	2.14

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
นักเรียน/นักศึกษา	35	25.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	20.71
เกษตรกรกรรม	11	7.86
รับจ้าง	49	35.00
อื่นๆ ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว ประมง รับราชการ	16	11.43
<b>บุคคลที่วัยรุ่นอยู่อาศัยด้วย</b>		
บิดาและมารดา	83	59.28
บิดา	4	2.86
มารดา	28	20.00
อื่นๆ ได้แก่ ยาย ป้า ตาและยาย ปู่และย่า น้า ภรรยา ลุง ย่า และอยู่คนเดียว	25	17.86

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.43 มีอายุอยู่ในช่วง 15-21 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด คือ 13 ปี และอายุมากที่สุด คือ 21 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.77 ปี กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.29 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 33.57 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมา ร้อยละ 25.00 เป็นนักเรียน/นักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.28 อยู่กับบิดาและมารดา รองลงมา ร้อยละ 20.00 อาศัยอยู่กับมารดา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** เป็นส่วนที่สอบถามข้อมูลของวัยรุ่นเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และผู้ที่วัยรุ่นอยู่อาศัยด้วย โดยมีข้อคำถามใน 2 ลักษณะ ได้แก่ คำถามปลายเปิด และคำถามที่มีคำตอบให้เลือก รวมทั้งหมดจำนวน 4 ข้อ

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา

แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบประเมินการเผชิญความเครียดในการเสพยาของผู้เสพยาติดยาเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งกฤษดา ทองทับ (2555) ได้แปลมาจากเครื่องมือ Adolescent Relapse Coping Questionnaire (ARCQ) ของ Myers & Brown (1996) เครื่องมือต้นฉบับนี้ใช้สอบถามการเผชิญความเครียดในการกลับไปเสพยาหรือสิ่งที่ผู้เสพยาติดยาเสพติดแอมเฟตามีนคิดหรือกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาแอมเฟตามีนใน 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม (Cognitive and behavioral problem solving) การเผชิญความเครียดโดยการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ (Self-critical thinking) และการเผชิญความเครียดโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง (Abstinence focused coping) มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 28 ข้อ มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือแยกเป็นรายด้าน เท่ากับ .82, .80 และ .78 ตามลำดับ (Myers & Brown, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาติดยาเสพติดและทำนายการหยุดเสพยาติดยาเสพติดได้ดี. (Myers, Brown & Mott, 1993) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเสพยา จึงใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ

### เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยเริ่มต้นที่ 1 หมายถึง ผู้เสพยาติดยาเสพติดไม่คิดหรือไม่ทำแน่นอน จนถึง 7 หมายถึง ผู้เสพยาติดยาเสพติดคิดและทำแน่นอน ข้อความทางบวกทั้งหมด

### การคิดคะแนนรวม และการแปลผลคะแนน

คะแนนการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม คิดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 18, 19 และ 20

คะแนนการเผชิญความเครียดด้านความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง คิดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 และ 21

และแปลผลคะแนนการเผชิญความเครียดตามรูปแบบ โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในรูปแบบนั้นๆ ดี

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่อไป

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ของกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2550) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงส่วนมาก และเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .94 ตามลำดับ (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ, 2550)

ในการศึกษาผู้วิจัยนำเครื่องมือข้างต้นมาใช้เป็นแบบสอบถามประเมินการสนับสนุนทางสังคมจาก 2 แหล่ง ได้แก่ จากบุคคลในครอบครัว และจากเพื่อน

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย
1	เป็นจริงน้อยที่สุด
2	เป็นจริงน้อย
3	เป็นจริงปานกลาง
4	เป็นจริงมาก
5	เป็นจริงมากที่สุด

การคิดคะแนนรวม และการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่ง คิดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อทั้งหมด 12 ข้อ และแปลผลการสนับสนุนทางสังคมจากคะแนนรวม โดยค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งนั้นดี

และแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย( $\bar{X}$ )ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.21 - 5.00	มากที่สุด

เนื่องจากกุลณรี หาญพัฒนาชัยกุล และคณะ (2550) ได้สร้างเครื่องมือนี้เพื่อใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ซึ่งตรงกับงานวิจัยในครั้งนี้ และได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ แต่ได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่อไป

#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด

แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด เป็นแบบสอบถามที่แปลมาจาก Brief Alliance Inventory (BAI) ของ Mallinckrodt & Tekie (2015) โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือให้แปลเป็นฉบับภาษาไทยเพื่อนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1)พันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันทางอารมณ์ (bond) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,3,5,7,9,11,13 และข้อ 15 และ(2) พันธเชิงบำบัดด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย (task/goal) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,4,6,8,10,12,14, และ16 รวมแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษเดิมมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย เท่ากับ .93 และ .89 ตามลำดับ (Mallinckrodt & Tekie , 2015)

แบบสอบถามนี้ถูกแปลโดยใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ (back translate) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยขอนแก่นหนึ่งคนแปลแบบสอบถามต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยขอนแก่นอีกหนึ่งคน แปลจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ คือ ฉบับ

ภาษาไทย และฉบับภาษาอังกฤษที่ได้จากการแปลย้อนกลับ ส่งให้ผู้ที่มีความสามารถด้านภาษาทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย รวมถึงมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชได้ตรวจสอบความทัดเทียมด้านภาษาและวัฒนธรรม และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามแล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพิจารณา แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และศึกษาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในวัยรุ่นที่ติดแอมเพตามีนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่อไป

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เนื่องจากข้อความในแบบประเมินนี้ประกอบไปด้วยข้อความด้านบวก และด้านลบคละกัน โดยมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14 และ 15 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 จึงมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	เกณฑ์การให้ค่าคะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
1	เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5
2	เห็นด้วยน้อย	2	4
3	เห็นด้วยปานกลาง	3	3
4	เห็นด้วยมาก	4	2
5	เห็นด้วยมากที่สุด	5	1

#### การคิดคะแนนรวม และการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมพันธเชิงบ่าบัด คัดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อทั้งหมด 16 ข้อ และแปลผลพันธเชิงบ่าบัดจากคะแนนรวม โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีพันธเชิงบ่าบัดที่ดี

และแบ่งระดับของพันธเชิงบ่าบัดจากคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง



3.41 – 4.20 มาก

4.21 – 5.00 มากที่สุด

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่อไป

### ตอนที่ 5 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ของ สังกวร สมบัติใหม่, อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และอรัญญา แพ้จ้อย (2552) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แปลมาจากเครื่องมือ Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D) ของ Miller & Tonigan (1996) โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ด้านลงมือกระทำ (taking step) ในการวัดแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งมีข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง และจากการศึกษาของ Miller & Tonigan (1996) พบว่า เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค อยู่ระหว่าง .83 - .96

เกณฑ์การให้คะแนน

ความคิดเห็น	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
เห็นด้วย	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

การคิดคะแนนรวม และการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด คิดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อ ทั้งหมด 8 ข้อ และแปลผลแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดจากค่าคะแนนรวม โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

การแบ่งระดับของแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
39 – 40	มีแรงจูงใจในการลงมือเลิกเสพยาฝิ่นอยู่ในระดับสูงมาก
36 – 38	มีแรงจูงใจในการลงมือเลิกเสพยาฝิ่นอยู่ในระดับสูง
33 – 35	มีแรงจูงใจในการลงมือเลิกเสพยาฝิ่นอยู่ในระดับปานกลาง
30 – 32	มีแรงจูงใจในการลงมือเลิกเสพยาฝิ่นอยู่ในระดับต่ำ
8 - 29	มีแรงจูงใจในการลงมือเลิกเสพยาฝิ่นอยู่ในระดับต่ำมาก

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่อไป

### ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาฝิ่นซ้ำ

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาฝิ่นซ้ำ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำ ของ สุขุมมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุวภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธีรญา สิงห์โต (2557) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1986) บนพื้นฐานของการป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำ ของ Marlatt & Gordon (1985) ซึ่งประเมินความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพยาฝิ่นซ้ำเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่มาจากภายในบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล

แบบสอบถาม มี 15 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจน้อยที่สุด มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย
1	มั่นใจน้อยที่สุด
2	มั่นใจน้อย
3	มั่นใจปานกลาง
4	มั่นใจมาก
5	มั่นใจมากที่สุด

การคิดคะแนนรวม และการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ คิดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อทั้งหมด 15 ข้อ และแปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำจากคะแนนรวม โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำดี

และแบ่งระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำจากคะแนนเฉลี่ย( $\bar{X}$ )ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.21 - 5.00	มากที่สุด

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือต่อไป

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่นำไปใช้ในการวิจัยโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) รายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบประเมินพันธะเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน ความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม (ระดับ 1) ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเล็กน้อย ต้องปรับปรุงเป็นอย่างมาก (ระดับ 2) ข้อคำถาม

ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม ต้องปรับปรุงเล็กน้อย (ระดับ 3) และ ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม (ระดับ 4) แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ตามสูตร (Polit & Beck, 2008) โดยอ้างอิงเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ที่ยอมรับได้ตาม Hembenton (1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2553) คือ ต้องมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป

สูตรการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) (Polit & Beck, 2008)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และระดับ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำแล้ว ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบว่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

ส่วนแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด และแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนยังมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแก้ไขข้อความในแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด และแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาอีกครั้ง หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบว่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามข้างต้น อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ซึ่งมีรายละเอียดการปรับปรุงแก้ไข และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้

### การปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความในแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด และแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปได้ดังนี้

#### (1) การปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความในแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ รวมทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,14,16,17,18,19,20 และ 21 ให้มีความกระชับ ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย และตรงตามความหมายที่ต้องการจะสื่อถึง

#### (2) การปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามพันธเชิงบำบัด

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความในแบบสอบถามพันธเชิงบำบัด รวมทั้งหมดจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5 และ 13 ให้มีความเหมาะสมด้านภาษา วัฒนธรรม และสามารถเข้าใจได้ง่าย

#### (3) การปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความในแบบสอบถามแรงจูงใจในการเสพเสพแอมเฟตามีน รวมทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5,6,7 และ 8 ให้มีความชัดเจน และมีความหมายตรงตามที่ต้องการจะสื่อถึง

### ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)ของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (CVI=1.00) ในส่วนของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด และแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน หลังจากปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาอีกครั้ง พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ รายละเอียด ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)
แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ การเสพแอมเฟตามีนซ้ำ	1.00
แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ	.90
แบบสอบถามพันธะเชิงบำบัด	.81
แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน	.88

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการกลับไปเสพซ้ำ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน แบบสอบถามพันธะเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้แล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับวัยรุ่นมีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา ที่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ภักษ์อุดรธานี แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งอิงเกณฑ์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ยอมรับได้ ตามศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุข (2544) คือ ต้องมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคตั้งแต่ .70 ขึ้นไป

ผลการศึกษาความเที่ยงของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน แบบสอบถามพันธะเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่า ทุกแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ ที่	แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)	
		ทดลองเครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง
1	แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกัน การเสพติด	.89	.91
	การแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม	.86	.87
	การมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง	.77	.80
2	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม		
	การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.90	.89
	การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.93	.92
3	แบบสอบถามพันธะเชิงบำบัด	.84	.81
4	แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพติด	.85	.86
5	แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง	.92	.94
	ในการป้องกันการเสพติด		

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บและรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน  
ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ  
สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง  
ผู้อำนวยการสถานบำบัดยาเสพติด ได้แก่ สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  
เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยนัดหมายเวลาและเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถานบำบัด  
ของรัฐที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประสานงานในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำตัว ชี้แจง  
วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการสุ่มกลุ่ม  
ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะศึกษา

4. ผู้วิจัยดำเนินการประสานขอความร่วมมือและขออนุญาตในการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาและผู้ปกครองกรณีกกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายวันเวลาที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจให้ครบตามจำนวนที่กำหนด เริ่มเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจกเอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครพร้อมชี้แจงข้อมูลการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แจกแบบสอบถาม อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละตอน ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที รอเก็บแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม - 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 144 คน อย่างไรก็ตามพบว่าแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ที่ให้ค่าคะแนนในระดับที่สูงที่สุดทุกข้อคำถาม ซึ่งบางข้อคำถามมีความขัดแย้งกันผู้วิจัยจึงคัดออก ดังนั้นจึงเหลือแบบสอบถามที่มีการตอบข้อคำถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จริงจำนวน 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.22 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำเอกสารแนะนำอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษรให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่าน และชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยตามเอกสารแนะนำอาสาสมัครด้วยวาจา ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงให้เข้าใจว่าการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาตามปกติแต่อย่างใด ชี้แจงให้เข้าใจถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าแม้กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ แต่หากต้องการยุติการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้ทุกขณะไม่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนใดก็ตาม โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อ การบำบัดรักษาตามปกติ ชี้แจงให้เข้าใจถึงข้อมูลที่ได้จากการตอบ



แบบสอบถามทั้งหมดว่า จะไม่มีการอ้างอิงชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลงานวิจัยจะเป็นข้อมูลภาพรวม และเป็นไปในเชิงวิชาการเท่านั้น

3. กรณีที่ผู้ปวยมีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองโดยผู้ปกครองลงนามยินยอมให้ผู้ปวยเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งผู้ปวยเองยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

#### 1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 คำนวณหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ของช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่วัยรุ่นอยู่อาศัยด้วย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1.2 คำนวณหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของอายุ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### 2. วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

2.1 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับ ค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ของพันธเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2.2 วิเคราะห์หา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเอง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### 2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ดังนี้

2.3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร(Bivariate Correlation Analysis) คือ ตัวแปรต้นแต่ละตัว ได้แก่ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน กับตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์หา

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และแปลผลระดับความสัมพันธ์ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล (Burn & Grove, 2001) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ )  $\geq .51$  ขึ้นไป หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ )  $.31 - .50$  หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ )  $.10 - .30$  หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

2.3.2 วิเคราะห์อำนาจการทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง ( $R^2$ ) และค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Regression coefficients)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพันธเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 140 ฉบับ มาวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นต่างๆ เรียงลำดับ ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 1.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพันธเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน

##### 1.1 พันธเชิงบำบัด

ผลการวิเคราะห์พันธเชิงบำบัดตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ปรากฏดังตารางตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพันธเชิงบำบัดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน

	ระดับ					$\bar{X}$	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)			
พันธเชิงบำบัด	0	2.86	30.00	55.00	12.14	58.01	8.35	มาก
โดยรวม		(4)	(42)	(77)	(17)			
ความผูกพันทางอารมณ์	.71	4.29	26.43	43.57	25.00	29.84	5.51	มาก
	(1)	(6)	(37)	(61)	(35)			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

พันธเชิงบำบัด	ระดับ					$\bar{X}$	SD	ระดับ
	น้อย	น้อย	ปาน	มาก	มาก			
	ที่สุด		กลาง		ที่สุด			
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ			
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)			
ความตกลง	0	.71	47.14	40.72	11.43	28.17	4.04	มาก
ร่วมมือกันใน		(1)	(66)	(57)	(16)			
ภารกิจและ								
เป้าหมาย								

จากตารางที่ 5 พันธเชิงบำบัดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=58.01$ ) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมายอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=29.84$  และ  $28.17$  ตามลำดับ) วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 55.00 มีพันธเชิงบำบัดอยู่ในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 30.00 มีพันธเชิงบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 43.57 มีพันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 26.43 มีพันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 47.14 มีพันธเชิงบำบัดด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมายอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 40.72 มีพันธเชิงบำบัดด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมาย อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพันธเชิงบำบัด (N=140) ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน และรายชื่อ

พันธเชิงบำบัด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
พันธเชิงบำบัดโดยรวม	3.62	.52	มาก
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	3.73	.68	มาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

พันธเชิงบำบัด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ผู้บำบัดและฉันให้เกียรติซึ่งกันและกัน	4.09	.90	มาก
ฉันมั่นใจในความสามารถของผู้บำบัดในการช่วยเหลือฉัน	3.81	.90	มาก
ผู้บำบัดใส่ใจในเรื่องความผาสุกของฉันอย่างแท้จริง	3.76	.92	มาก
ผู้บำบัดและฉันเข้าใจซึ่งกันและกัน	3.76	.93	มาก
ผู้บำบัดและฉันไว้วางใจซึ่งกันและกัน	3.71	.98	มาก
ผู้บำบัดเอาใจใส่ฉัน ถึงแม้ฉันทำในสิ่งที่ไม่ยอมรับ	3.64	.99	มาก
ผู้บำบัดรู้สึกดีต่อฉัน	3.64	1.03	มาก
ผู้บำบัดชื่นชมฉัน	3.42	.99	มาก
<b>ด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย</b>	<b>3.52</b>	<b>.50</b>	<b>มาก</b>
สิ่งที่กำลังทำในการบำบัดทำให้มีวิธีมองปัญหาของตนเองใหม่	4.09	.97	มาก
ผู้บำบัดและฉันได้สร้างความเข้าใจอันดีร่วมกันในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นผลดีต่อฉัน	3.96	.91	มาก
สิ่งที่ฉันทำในการบำบัดช่วยให้ฉันบรรลุผลในความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ	3.94	.90	มาก
ผู้บำบัดและฉันมีความคิดเห็นตรงกันว่าอะไรเป็นเรื่องสำคัญสำหรับฉันที่จะต้องทำต่อไป	3.61	1.05	มาก
สิ่งที่ผู้บำบัดขอให้ฉันทำเป็นเรื่องที่สมควร	3.35	1.31	ปานกลาง
ฉันเห็นด้วยกับผู้บำบัดเกี่ยวกับสิ่งที่ฉันควรได้รับการเข้ารับการบำบัด	3.15	1.14	ปานกลาง
เวลาที่ผู้บำบัดและฉันใช้ร่วมกันนั้นมีประสิทธิภาพ	3.08	1.18	ปานกลาง
ผู้บำบัดเข้าใจว่าฉันกำลังทำอะไรเพื่อให้เกิดผลในการบำบัด	3.00	1.09	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พันธเชิงบำบัดตามการรับรู้วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.62$ ) พันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันอารมณ์ และด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมายอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.73$  และ  $3.52$  ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในทุกข้อของด้านความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับมาก และด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมาย มี 4 ข้อ อยู่ในระดับมาก ยกเว้น การเห็นด้วยในสิ่งที่ผู้บำบัดขอให้ทำในการ

บำบัด การเห็นด้วยในสิ่งที่ควรได้รับการเข้ารับการบำบัด การใช้เวลาในการบำบัดร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และการที่ผู้บำบัดเข้าใจในสิ่งที่วัยรุ่นกำลังทำเพื่อให้เกิดผลในการบำบัด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.00, 3.08, 3.15 และ 3.35 ตามลำดับ)

## 1.2 การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาคั้งนี้ปรากฏดังตารางที่ 7-8

**ตารางที่ 7** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

การรับรู้	ระดับ					$\bar{X}$	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
ความสามารถของตนเอง	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)			
การรับรู้	5.71	18.57	33.57	26.43	15.72	49.46	13.39	ปานกลาง
ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำโดยรวม	(8)	(26)	(47)	(37)	(22)			กลาง

จากตารางที่ 7 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 49.46) วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 33.57 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา เป็นร้อยละ 26.43 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม	49.46	13.39	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.29	.118	ปานกลาง
เมื่ออยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง	3.49	1.208	มาก
เมื่ออ่อนเพลียหรือปวดเมื่อยร่างกาย	3.47	1.202	มาก
เมื่อรู้ว่าถูกจับผิดจากบุคคลรอบข้าง	3.43	1.151	มาก
เมื่อถูกชักชวนให้ใช้แอมเฟตามีน	3.37	1.266	ปานกลาง
เมื่อมีอาการอยากยา เช่น น้ำลายสอ กระวนกระวาย	3.36	1.157	ปานกลาง
เมื่ออยู่ในงานสังสรรค์หรืองานปาร์ตี้	3.36	1.158	ปานกลาง
เมื่อมีคนพูดจาเสียดสี ประชดประชัน	3.36	1.271	ปานกลาง
เมื่อมีเงินอยู่กับตัวเป็นจำนวนมาก	3.27	1.424	ปานกลาง
เมื่ออยู่ในสถานที่ที่เคยใช้แอมเฟตามีน	3.23	1.171	ปานกลาง
เมื่อเกิดความขัดแย้งกับคนอื่น	3.22	1.145	ปานกลาง
เมื่อคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า	3.19	1.257	ปานกลาง
เมื่อขณะรู้สึกอยากใช้แอมเฟตามีน	3.18	1.304	ปานกลาง
เมื่อคิดถึงความรู้สึกขณะเสพ	3.18	1.260	ปานกลาง
เมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด	3.16	1.173	ปานกลาง
เมื่อยังคบอยู่กับเพื่อนที่เสพแอมเฟตามีน	3.14	1.267	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.29$ ) ทั้งนี้ สถานการณ์ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำต่ำที่สุด คือ เมื่อยังคบอยู่กับเพื่อนที่เสพแอมเฟตามีน ( $\bar{X} = 3.14$ ) รองลงมา คือ เมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด คิดถึงความรู้สึกขณะเสพ และเมื่อรู้สึกอยากเสพ ( $\bar{X} = 3.16, 3.18$  และ  $3.18$  ตามลำดับ)

### 1.3 การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด ปรากฏดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติดของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามรูปแบบการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติด	$\bar{X}$	SD
การแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม	58.77	14.60
การมุ่งมั่นบังคับใจตนเอง	41.52	11.59

จากตารางที่ 9 การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยเฉลี่ย เท่ากับ 58.77 และ 41.52 ตามลำดับ

### 1.4 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมจาก 2 แหล่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและจากเพื่อน ปรากฏดังตารางที่ 10-11

**ตารางที่ 10** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของ การ สนับสนุน ทางสังคม	ระดับ					$\bar{X}$	SD	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
ครอบครัว	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	48.04	9.70	มาก
เพื่อน	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	33.84	11.55	ปาน กลาง



จากตารางที่ 10 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=48.04$ ) วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 47.17 มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 31.43 อยู่ในระดับมาก

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=33.84$ ) วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 27.14 มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับน้อย รองลงมา ร้อยละ 25.00 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 25.00 อยู่ในระดับมาก

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน และรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยรวม	4.00	.263	มาก
การสนับสนุนด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม	4.19	.223	มาก
พูดเตือน แนะนำไม่ให้เกิดกลับไปเสพอีกเพื่อให้มีอนาคตดีขึ้น	4.43	.223	มากที่สุด
ชี้แนะว่าการเลิกได้จะทำให้เป็นบุคคลที่น่ายกย่อง	4.15	.223	มาก
แนะนำว่าแอมเฟตามีนทำให้สุขภาพแย่งลง และทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม	3.99	1.269	มาก
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	4.10	.223	มาก
สนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ในการจะเลิกเสพ	4.11	.223	มาก
ให้เวลากับท่านในการที่จะเลิกเสพแอมเฟตามีน	4.09	.223	มาก
สนับสนุนช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดรักษา	4.09	.223	มาก
การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.92	.426	มาก
ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีเพื่อให้เลิกเสพ	4.33	.223	มากที่สุด
เข้าใจท่าน และสามารถปรึกษาหรือขอคำแนะนำได้ทุกเรื่อง	3.96	1.134	มาก
รับฟังปัญหาและปลอบใจเมื่อกลับไปเสพ	3.48	1.442	มาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.81	.133	มาก
ตักเตือน แนะนำวิธีปฏิบัติในการเลิกและไม่กลับไปเสพอีก	3.96	1.168	มาก
ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องที่จะเลิกเสพ	3.74	1.209	มาก
ให้ความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของแอมเฟตามีน	3.72	1.157	มาก

จากตารางที่ 11 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.19, 4.10, 3.92$  และ  $3.81$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ การเตือน การแนะนำไม่ให้กลับไปเสพยาอีกเพื่อให้มีอนาคตดีขึ้น และการให้ความรักและดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีเพื่อให้เลิกเสพยา ( $\bar{X} = 4.43$  และ  $4.33$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของ วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามด้าน และรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนโดยรวม</b>	<b>2.82</b>	<b>.214</b>	<b>ปานกลาง</b>
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>	<b>3.03</b>	<b>.321</b>	<b>ปานกลาง</b>
เข้าใจท่าน และสามารถปรึกษาหรือขอคำแนะนำได้ทุกเรื่อง	3.04	1.234	ปานกลาง
ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีเพื่อให้เลิกเสพยา	2.87	1.285	ปานกลาง
รับฟังปัญหาและปลอบใจเมื่อกลับไปเสพยา	2.82	1.183	ปานกลาง
<b>การสนับสนุนด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม</b>	<b>3.02</b>	<b>.038</b>	<b>ปานกลาง</b>
พูดเตือน แนะนำไม่ให้กลับไปเสพยาอีกเพื่อให้มีอนาคตดีขึ้น	3.06	1.351	ปานกลาง
แนะนำว่าแอมเฟตามีนทำให้สุขภาพแย่งและทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม	3.00	1.330	ปานกลาง
ชี้แนะว่าการเลิกได้จะทำให้เป็นบุคคลที่น่ายกย่อง	2.99	1.357	ปานกลาง
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>	<b>2.73</b>	<b>.146</b>	<b>ปานกลาง</b>
ให้ความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของแอมเฟตามีน	2.86	1.304	ปานกลาง
ตักเตือน แนะนำวิธีปฏิบัติในการเลิกและไม่กลับไปเสพยาอีก	2.75	1.331	ปานกลาง
ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องที่จะเลิกเสพยา	2.57	1.200	น้อย
<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>	<b>2.62</b>	<b>.272</b>	<b>ปานกลาง</b>
สนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ในการจะเลิกเสพยา	2.80	1.384	ปานกลาง
ให้เวลากับท่านในการที่จะเลิกเสพยาแอมเฟตามีน	2.76	1.351	ปานกลาง
สนับสนุนช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดรักษา	2.31	1.298	น้อย

จากตารางที่ 12 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.03, 3.02, 2.73$  และ  $2.62$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนที่ต่ำที่สุด คือ อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การสนับสนุนช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดรักษา และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องที่จะเลิกเสพยา ( $\bar{X} = 2.31$  และ  $2.57$  ตามลำดับ)

### 1.5 แรงจูงใจในการเลิกแอมเฟตามีน

ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ปรากฏดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ จำแนกตามระดับของแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนโดยรวม

แรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนโดยรวม	$\bar{X} = 31.14$	S.D. = 5.99
ระดับสูงมาก	16	ระดับต่ำ
ระดับสูง	15	11.43
ระดับปานกลาง	31	10.72
ระดับต่ำ	26	22.14
ระดับต่ำมาก	52	18.57
		37.14

จากตารางที่ 13 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 31.14$ ) วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ร้อยละ 37.14 มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอยู่ในระดับต่ำมาก รองลงมา ร้อยละ 22.14 และ 18.57 มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนอยู่ในระดับปานกลาง และ ระดับต่ำตามลำดับ

2.ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

2.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการมุ่งมั่น บังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ในรูปของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ปรากฏดังตารางที่ 14



**ตารางที่ 14** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเมเฟตามีน กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการใช้ยา

	1	2	3	4	5	6	7
<b>ปัจจัยที่ศึกษา</b>							
1.การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา	1	.778*	.467*	.222*	.530*	.639*	.422*
โดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม							
2.การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา		1	.465*	.198*	.522*	.700*	.423*
โดยการมุ่งเน้นบังคับจิตใจตนเอง							
3.การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว			1	.298*	.610*	.509*	.340*
4.การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน				1	.123	.117	.174*
5.พันธเชิงบำบัด					1	.516*	.300*
6.แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเมเฟตามีน						1	.525*
7.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการใช้ยา							1

\* p<.05

จากตารางที่ 14 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .422, .423, .340, .174, .300$  และ  $.525$  ตามลำดับ)

## 2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ทั้งนี้พบว่า ตัวแปรต้นหลายตัวมีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ซึ่งพิจารณาได้จากค่า Tolerance ของข้อมูลที่น้อยกว่า .40 หรือพิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (VIF) ที่มากกว่า 2.50 ขึ้นไป (Allison, 1998) ดังนั้นจึงไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ว่าด้วย ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรต้นที่ศึกษาต้องไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหานี้โดยการรวมปัจจัยที่มีภาวะร่วมเส้นตรงให้เป็นตัวตัวแปรเดียว (combine to collinear variable into an index) คือ แปลงค่าตัวแปรเป็นค่ามาตรฐาน (Z-score) (Allison, 1998) หลังจากนั้นวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบการเลือกแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ ปรากฏดังตารางที่ 15-16

**ตารางที่ 15** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ค่าอำนาจในการทำนาย และค่าอำนาจในการทำนายที่ปรับปรุงใหม่ ของปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้

ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Adj</sub>	SE <sub>est</sub>	F	p
แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน	.525	.275	.270	.854	52.438*	.000

\*Significant at the .05 level , R = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ, R<sup>2</sup> =ค่าอำนาจในการทำนาย , R<sup>2</sup><sub>Adj</sub> =ค่าอำนาจในการทำนายที่ปรับปรุงใหม่ SE<sub>est</sub> = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

จากตารางที่ 15 ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายมีหนึ่งปัจจัย คือ แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน โดยสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .525 (R=.525) และแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐได้ร้อยละ 27 (R<sup>2</sup><sub>Adj</sub> = .270)

**ตารางที่ 16** ค่าคงที่ ค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยทำนายในรูปคะแนนดิบ ค่าประสิทธิ์ของปัจจัยทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

ตัวแปรทำนาย	B	$\beta$	t	p
Constant	6.967E-005		.001	.999
Z <sub>Mot</sub>	.525	.525	7.241	.000

Constant = ค่าคงที่, Z<sub>Mot</sub> = คะแนนมาตรฐาน(Z-score)ของแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน, B= ค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยทำนายในรูปคะแนนดิบ,  $\beta$  =ค่าประสิทธิ์ของปัจจัยทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

จากตารางที่ 16 ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ คือ แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน โดยสามารถเขียนสมการทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

#### สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$SE = 0.000070 + .525Mot$$

โดย SE หมายถึง คะแนนดิบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

Mot หมายถึง คะแนนดิบของแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน

#### สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{SE} = .525Z_{mot}$$

โดย  $Z_{SE}$  หมายถึง คะแนนมาตรฐาน(Z-score)ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

$Z_{Mot}$  หมายถึง คะแนนมาตรฐาน(Z-score)ของแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย รายละเอียดดังนี้

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพันธเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

#### สมมุติฐานการวิจัย

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง ได้แก่ สถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นผู้ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานบำบัดยาเสพติดเฉพาะทางของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับกิจกรรมการบำบัดรายบุคคล และ/หรือการบำบัดร่วมกับครอบครัว และ/หรือการบำบัดแบบกลุ่ม จากพยาบาลผู้บำบัดหลักตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 140 คน ซึ่งใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในระหว่างวันที่ 9 มกราคม-31 มีนาคม พ.ศ. 2560

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยคั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นส่วนที่สอบถามข้อมูลของวัยรุ่นเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ที่วัยรุ่นอยู่อาศัยด้วย รวมทั้งหมด 4 ข้อคำถาม

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบประเมินการเผชิญความเครียดในการเสพยาของผู้เสพยาติดแอมเฟตามีน ของ กฤษดา ทองทับ (2555) ซึ่งได้แปลมาจาก Adolescent Relapse Coping Questionnaire (ARCQ) ของ Myers & Brown (1996) สอบถามการเผชิญความเครียด 2 แบบ ได้แก่ การแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ และการมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเองจำนวน 9 ข้อ รวมมี 21 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยเริ่มต้นที่ 1 หมายถึง ไม่คิดหรือไม่ทำแน่นอน ไปถึง 7 หมายถึง คิดหรือทำแน่นอน ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ค่าคะแนนรวมการเผชิญความเครียดแต่ละแบบที่มาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาแบบนั้นดีกว่า แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ .90 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาคด้านการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และ ด้านการเผชิญความเครียดโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง เท่ากับ .86 และ .77 ตามลำดับ

**ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ของกุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2550) ที่สร้าง

ขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำมาปรับใช้เป็นแบบสอบถามประเมินการสนับสนุนทางสังคมจาก 2 แหล่ง คือ จากบุคคลในครอบครัว และจากเพื่อน แปลผลการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และจากเพื่อน จากผลรวมของค่าคะแนนทั้งหมด ค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งนั้นๆ ดีกว่าค่าคะแนนรวมที่น้อย และแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยพิจารณาตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ (กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ, 2550) และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 และ .93 ตามลำดับ

**ตอนที่ 4 แบบสอบถามพันธเชิงบำบัด** เป็นแบบสอบถามที่แปลมาจาก Brief Alliance Inventory ของ Mallinckrodt & Tekie (2015) โดยใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ มีจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อและด้านลบ 4 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด แปลผลพันธเชิงบำบัดจากผลรวมของค่าคะแนนรวมทั้งหมด โดยค่าคะแนนรวมที่มากกว่า หมายถึง มีพันธเชิงบำบัดที่ดีกว่า และแบ่งระดับของพันธเชิงบำบัดโดยพิจารณาตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

**ตอนที่ 5 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด** เป็นแบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ของ สัจวร สมบัติใหม่ , อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และอรุณญา แพ้จ้อย (2552) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แปลมาจากเครื่องมือ Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D) ของ Miller & Tonigan (1996) มีข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดจากผลรวมของค่าคะแนนรายข้อทั้งหมด โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด และสามารถแบ่งระดับแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดจากคะแนนรวม ออกเป็น ระดับต่ำมาก (8-29 คะแนน) ระดับต่ำ (30-32คะแนน)

ระดับปานกลาง (33-35 คะแนน) ระดับสูง (36-39 คะแนน) และระดับสูงมาก (39-34คะแนน) แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

**ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติด**  
**มีนซ์** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ของ สุกุม่า แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุภภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ธัญญา สิงห์โต (2557) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1986) บนพื้นฐานของการป้องกันการติดยา ของ Marlatt & Gordon (1985) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดมีนซ์จากผลรวมของค่าคะแนนทั้งหมด โดยค่าคะแนนรวมที่มากที่สุด หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดมีนซ์ดี และแบ่งระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดมีนซ์โดยพิจารณาจากเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

### สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่สำคัญมีดังนี้

#### 1. พันธเชิงบำบัด

พันธเชิงบำบัดตามการรับรู้วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.62$ ) พันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันอารมณ์ และด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมายอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.73$  และ 3.52 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าในทุกข้อของด้านความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับมาก ทุกข้อในด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมายอยู่ในระดับมาก ยกเว้น การเห็นด้วยในสิ่งที่ผู้บำบัดขอให้ทำในการบำบัด การเห็นด้วยในสิ่งที่ควรได้รับการบำบัด การใช้เวลาในการบำบัดร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และการที่ผู้บำบัดเข้าใจในสิ่งที่วัยรุ่นกำลังทำเพื่อให้เกิดผลในการบำบัด อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.00, 3.08, 3.15$  และ 3.35 ตามลำดับ)

## 2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.29$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับมาก เพียง 3 สถานการณ์ ได้แก่ เมื่ออยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง เมื่ออ่อนเพลียหรือปวดเมื่อยร่างกาย และเมื่อรู้ว่าถูกจับผิดจากบุคคลรอบข้าง ส่วนสถานการณ์เสี่ยงที่เหลือ 12 สถานการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สถานการณ์ที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำต่ำที่สุด คือ เมื่อยังคงอยู่กับเพื่อนที่เสพแอมเฟตามีน ( $\bar{X} = 3.14$ ) รองลงมา คือ เมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด คิดถึงความรู้สึกขณะเสพ และเมื่อรู้สึกอยากเสพ ( $\bar{X} = 3.16, 3.18$  และ  $3.18$  ตามลำดับ)

## 3. การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำด้านการแก้ปัญหาด้านการคิด และพฤติกรรมของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยเฉลี่ย เท่ากับ 58.77

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำด้านการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยเฉลี่ย เท่ากับ 41.52

## 4. การสนับสนุนทางสังคม

วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีการสนับสนุนทางสังคมจาก 2 แหล่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และจากเพื่อน ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.19, 4.10, 3.92$  และ  $3.81$  ตามลำดับ)

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.82$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.03, 3.02, 2.73$  และ  $2.62$  ตามลำดับ)

## 5. แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน

แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 31.14$ )

### 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีน ซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสฟซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสฟซ้ำโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสฟแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=.422, .423, .340, .174, .300$  และ  $.525$  ตามลำดับ)

### 7. ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำ ของวัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ คือ แรงจูงใจในการเลิกเสฟแอมเฟตามีน โดยสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ  $.525$  ( $R=.525$ ) แรงจูงใจในการเลิกเสฟแอมเฟตามีนสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐได้ร้อยละ 27 ( $R^2_{Adj} = .270$ ) และสามารถเขียนสมการทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

#### สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$SE = 0.000070 + .525Mot$$

โดย SE หมายถึง คะแนนดิบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำ

Mot หมายถึง คะแนนดิบของแรงจูงใจในการเลิกเสฟแอมเฟตามีน

#### สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{SE} = .525Z_{mot}$$

โดย  $Z_{SE}$  หมายถึง คะแนนมาตรฐาน(Z-score) ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสฟแอมเฟตามีนซ้ำ

$Z_{Mot}$  หมายถึง คะแนนมาตรฐาน(Z-score)ของแรงจูงใจในการเลิกเสฟแอมเฟตามีน

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. พันธเชิงบำบัด

จากการศึกษา พบว่า พันธเชิงบำบัดตามการรับรู้วัยรุ่นผู้ชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับมาก พันธเชิงบำบัดด้านความผูกพันอารมณ์ และด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมายอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมาย มี 4 ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเห็นด้วยในสิ่งที่ผู้บำบัดขอให้ทำในการบำบัด การเห็นด้วยในสิ่งที่ควรได้รับการบำบัด การใช้เวลาในการบำบัดร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และการที่ผู้บำบัดเข้าใจในสิ่งที่วัยรุ่นกำลังทำเพื่อให้เกิดผลในการบำบัด

ผลการศึกษาพันธเชิงบำบัดในครั้งนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญ เนื่องจาก พันธเชิงบำบัดมีความแตกต่างจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดที่เคยศึกษามา สัมพันธภาพมักมีความหมายในด้านความผูกพันทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ได้รับการเข้าใจและยอมรับจากผู้บำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง เปิดใจ และเข้าใจตัวเองมากขึ้น (เรื่องสิทธิ์ เนตรนวลโย และคณะ, 2557) แต่พันธเชิงบำบัดที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูจากการติดยาเสพติด (Bordin, 1979 ; Orford, et al., 2006 ; Simpson, 2004) ที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ความผูกพันทางอารมณ์ (bond) และความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมาย (task/goal) จากผลการศึกษา พบว่า ในด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมาย มี 4 ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโอกาสในการพัฒนาพันธเชิงบำบัดให้ดียิ่งขึ้นไป ควรให้ความสำคัญกับพันธเชิงบำบัดด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งเป็นด้านที่เกี่ยวกับการเห็นด้วยหรือเห็นสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดที่ในกิจกรรมที่ทำ เป้าหมายของการบำบัด รวมถึงประโยชน์ของสิ่งที่ทำในการบำบัด พยาบาลจึงควรทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ชัดเจนมากขึ้นว่ากิจกรรมที่ทำ รวมถึงเป้าหมายของการบำบัดที่คาดหวังทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นั้นมาจากความคิดเห็นที่สอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้บำบัด และเล็งเห็นถึงประโยชน์ของสิ่งที่ทำในการบำบัดร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม สร้างการให้เกิดพันธเชิงบำบัดที่ดีนั้นเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างมาก ทั้งในด้านความผูกพันทางอารมณ์ (bond) ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ (interpersonal attachment) ความรู้สึกเชื่อมโยงกัน (linking) ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trusting) รวมถึงด้านความตกลงร่วมมือกันในภารกิจและเป้าหมาย(task/goal) เนื่องจาก ธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติดที่มักมีลักษณะของการปฏิเสธปัญหา การแสดงออกซึ่งความไม่เป็นมิตรอย่างเปิดเผย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตมักต้องเผชิญกับผลกระทบในหลายๆ ด้าน (Millman, 1986) พยาบาลผู้บำบัดจึงควรตระหนักในปรากฏการณ์การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่อาจพบว่า ผู้ป่วยแสดง

พฤติกรรมลักษณะที่พึงพิงผู้บำบัดสูง หรือยอมตามมากเกินไป การลืมทำงานที่ตกลงกันไว้ว่าหรือไม่เสร็จ การไม่มาตามนัด ขอยกเลิกนัด มาสาย การขัดแย้งกับผู้บำบัดตลอดเวลา กล่าวโทษตำหนิ หรือวิพากษ์วิจารณ์ หรือผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการบำบัดรักษาได้จนเสร็จสิ้น แต่ไม่มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง หรือบางรายมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติในการเลิกยาเสพติดตามแผนการบำบัดรักษาสูงอันเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ แต่ในความเป็นจริงกลับไม่สามารถปฏิบัติตามภารกิจหรืองานตามแผนของการบำบัดรักษาได้ (Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1990 ; McLellan et al.,1988 ; ฉันทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, ม.ป.ป. : ออนไลน์) พฤติกรรมของผู้ป่วยรวมถึงสถานการณ์ในลักษณะข้างต้นนี้สะท้อนถึงการมีปัญหาในพันธะเชิงบำบัด

การศึกษาพันธะเชิงบำบัดในครั้งนี้เป็นการศึกษาตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความคิด ความรู้สึกที่มาจากมุมมองของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพันธะเชิงบำบัดสามารถประเมินตามการรับรู้ของพยาบาลผู้บำบัด และผู้สังเกตการณ์ได้อีก การประเมินพันธะเชิงบำบัดจากหลายแหล่งแล้วนำมาพิจารณาความสอดคล้องกันอาจทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงพันธะเชิงบำบัดตามความเป็นจริงยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาพันธะเชิงบำบัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้บำบัดต่อไป

## 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า วัยรุ่นชายที่เสพยาเสพติดรวมถึงผู้ที่ติดยาเสพติดในทุกช่วงวัยส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง (โยธิน ปอยสูงเนิน, 2544 ; กุลนรี หาญพัฒนชัยกุลและคณะ, 2550) ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐให้สูงยิ่งขึ้นต่อไป และให้ครอบคลุมกับปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การมีสภาวะอารมณ์ที่นำไปสู่การเสพยา ความรู้สึกอยากยา และที่เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสพยา และการมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น

ทั้งนี้วัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำต่ำที่สุด เมื่อยังคงอยู่กับเพื่อนที่เสพยาเสพติด สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า เพื่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับไปเสพยาเสพติด และยาเสพติดอื่นๆ ซ้ำอย่างมาก พบว่า ผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 86.30 กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเมื่อได้พบ



กับเพื่อนที่เคยเสพด้วยกันบ่อยๆ โดยเพื่อนมักจะปลอบใจเมื่อวัยรุ่นถูกตำหนิจากคนอื่น ๆ ถึงการเสพยาแอมเฟตามีน ชักชวนโน้มน้าวให้เสพยา และแสดงความชื่นชมดีใจเมื่อวัยรุ่นกลับไปเสพยา อีกทั้งยังช่วยแนะนำวิธีการเสพยาใหม่ๆ และวิธีการหาเงินมาซื้อยาเสพติด (สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559 ; กุลนรี หาญพัฒนาชัยกุลและคณะ, 2550 ; โยธิน ปอยสูงเนิน, 2544) การคบอยู่กับเพื่อนที่เสพยาแอมเฟตามีน จึงเป็นสถานการณ์เสี่ยงทำให้วัยรุ่นไม่มั่นใจอย่างมากว่าตนเองจะสามารถป้องกันการเสพยาได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของวัยรุ่นด้วยกันให้ความสำคัญกับเพื่อน และต้องการการยอมรับจากเพื่อน (ธีระพล คล้ายสิงห์, 2546)

### 3. การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา

จากการศึกษา พบว่า การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม(problem-focused coping strategies) และโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเอง(abstinence focus coping)ของวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยเฉลี่ย เท่ากับ 58.77 และ 41.52 ตามลำดับ เผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาทั้ง 2 รูปแบบนี้เป็นการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา โดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม หรือโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองที่ดีกว่า จะมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำระดับที่รุนแรงน้อยกว่า หรือหยุดเสพยาเสพติดได้ดีกว่า รวมถึงมีผลการบำบัดรักษาด้านพฤติกรรมการเสพยาเสพติดออกมามากกว่า (Myers & Brown,1990 ; Myers & Brown ,1996 ; Bettmann, Russell & Parry (2012) จึงเป็นข้อมูลที่สำคัญและสามารถจะนำไปใช้ในการพัฒนาการบำบัดรักษาให้วัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งการคิดและการกระทำที่แสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม เช่น การยึดในเหตุผลของตนเอง ทำในสิ่งที่คิดว่าถูกต้อง ไม่กลับไปเสพยา โดยไม่ใส่ใจว่าผู้อื่นจะคิดอย่างไร การยึดมั่นอยู่กับสิ่งที่ตนเองจะต้องไปทำต่อเพื่อไม่ให้ตนเองเสพยา การเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อให้เผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาได้ดี เช่น อดทนหรือมุ่งมั่นมากขึ้น การควบคุมตนเองหรือใช้ความเด็ดเดี่ยวของตนเอง วางแผนในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและการทำตามแผนที่กำหนดไว้ การค้นให้พบว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิต บอกความรู้สึกที่ต้องอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงออกมาให้ผู้อื่นๆ ได้ฟังบ้าง เป็นต้น และการคิดและการกระทำที่แสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเอง เช่น การคิดเตือนว่าตนเองจะรู้สึกผิดหากเสพยาแอมเฟตามีนการคิดว่าไม่อยากให้ความพยายามหยุดใช้แอมเฟตามีนที่ผ่านล้มเหลว คิดว่าคนมีความสำคัญ

เพื่อน ครอบครัว จะเสียใจถ้าท่านกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ คิดว่าการเสพแอมเฟตามีนเป็นสิ่งที่เลวร้ายไม่ต้องการเข้าไปมีส่วนร่วม การเดินออกจากสถานการณ์เสี่ยงหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง การพูดคุยหรือปรึกษากับผู้อื่นเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงและผลกระทบในทางลบ การติดต่อขอความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ตนเองหวนกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ เช่น โทรหาเพื่อนที่หยุดเสพได้ หรือไปเข้าร่วมกลุ่มเลิกยาเสพติด เป็นต้น

#### 4. การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของโยธิน ปอยสูงเนิน (2544) ที่พบว่า บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือ รับฟังปัญหาและปลอบใจเมื่อกลับไปเสพซ้ำ บุคคลในครอบครัวนั้นช่วยชี้แนะวัยรุ่นว่าการเสพแอมเฟตามีนส่งผลให้สุขภาพแย่ลง หากเลิกเสพได้จะเป็นที่ยอมรับ และมีอนาคตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งแนะนำวิธีปฏิบัติที่จะทำให้เลิกเสพแอมเฟตามีน ให้เวลาและสนับสนุนวัยรุ่นให้ได้รับการบำบัด

ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน เปรียบเทียบพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 44.28 มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับน้อยและน้อยที่สุด สอดคล้องหลายการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.00) จะคบกับเพื่อนที่เสพแอมเฟตามีนเช่นเดียวกัน เพื่อนๆ มักมีการรวมกลุ่มกันเสพแอมเฟตามีน และชักชวนหรือโน้มน้าวให้เสพ และแสดงความชื่นชมดีใจเมื่อวัยรุ่นชายเสพแอมเฟตามีนซึ่งเป็นการกระตุ้นให้กลับไปเสพซ้ำมากกว่าการสนับสนุนให้หยุดเสพ (บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง และ นิภา กิมสูงเนิน, 2557 ; โยธิน ปอยสูงเนิน, 2544 ; อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม, แวรวรัตน์ โชตินิพัทธ์ และสหทัยา หนูพลับ, 2550)

#### 5. แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน

จากการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 31.14$ ) สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับการรักษามากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ตั้งใจจริงที่จะเลิกเสพยาเสพติด เพื่อให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่มีความจำเป็นที่เข้ามารับการบำบัดด้วยสาเหตุอื่นๆ เช่น

ถูกกฎหมายบังคับบำบัด กลัวการถูกจับ ครอบครัวขอร้องให้เข้ารับการบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นปัญหาหรือความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างแท้จริง ทำให้ไม่สนใจที่จะลงมือเลิกเสพยาอย่างจริงจัง (Duangdao Waiprach, 2009) ประกอบกับธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติดมักมีลักษณะของการปฏิเสธปัญหา ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Millman, 1986)

## 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด มีน้้าของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ

จากการศึกษา พบว่า การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาด้วยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดมีน้้าของวัยรุ่นชายที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=.422, .423, .340, .174, .300$  และ  $.525$  ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษา และสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ดังนี้

### 6.1 การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา

การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา ทั้ง 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดมีน้้าของวัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.422, r=.423$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ilgen, McKay & Moos (2007) ที่พบว่า การได้เข้าร่วมฝึกทักษะต่างๆ ในการบำบัด ซึ่งอาจรวมถึงทักษะการเผชิญปัญหา ทักษะการป้องกันการเสพยา เป็นต้น ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยพบว่า บุคคลที่ได้เข้าร่วมการฝึกทักษะต่างๆ มากกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่า มีความมั่นใจมากขึ้นที่จะไม่เสพยาเสพติด ดังนั้น เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา บุคคลที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาทั้งโดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองที่ดี จะมีความสามารถหรือมีกลยุทธ์ในการจัดการไม่ให้ตนเองกลับไปเสพยาได้ดี ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จของการไม่กลับไปเสพยา (performance accomplishments) สอดคล้องกับการศึกษาของ Myers & Brown (1990) ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรมมาก ในระยะติดตามผลการบำบัดวัยรุ่นกลุ่มนี้

สามารถที่หยุดเสพยาเสพติดได้ดีหรือกลับไปเสพยาเพียงเล็กน้อย เช่นเดียวกันกับการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองซึ่ง Myers & Brown (1996) และ Bettmann, Russell & Parry (2012) พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการพัฒนาการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาโดยการมุ่งมั่นบังคับใจตนเองจากการบำบัดมาก สามารถคงพฤติกรรมหยุดเสพยาหลังได้รับการบำบัดรักษาได้ดี และมีผลลัพธ์จากการบำบัดรักษาด้านพฤติกรรมเสพยาเสพติดที่ดีด้วย

จากผลการศึกษาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาทั้ง 2 รูปแบบ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถลดระดับความรุนแรงในการเสพยาเสพติดซ้ำ รวมถึงสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ นับเป็นประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคล (performance accomplishments) ที่นำมาซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ตามแนวคิดของ Bandura (1977)

## 6.2 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 2 แหล่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.340$  และ  $.174$  ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัย ทั้งนี้เนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะของการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การพูดกระตุ้นให้ทำพฤติกรรม การแนะนำต่างๆ เพื่อให้เลิกเสพยาแอมเฟตามีน รวมไปถึงการชักจูงให้คลายตามว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการชักจูงหรือโน้มน้าวด้วยวาจา (verbal persuasion) และแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มาจากการเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติของบุคคลอื่น (vicarious experience) (Bandura, 1997 cited in Molloy, Dixon, Hamer & Sniehoff, 2010.; Bandura, 1977 อ้างถึงใน สถานบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558) การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเพื่อน จึงช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง และการวางแผนในการจัดการหรือการเผชิญปัญหา (Molloy, Dixon, Hamer & Sniehoff, 2010)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุน

ทางสังคม เป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการชักจูงหรือโน้มน้าวด้วยวาจา ไม่ได้เกิดจากประสบการณ์ตรงของบุคคลเอง แม้ว่าบุคคลจะได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นผ่านโน้มน้าวด้วยวาจาจากการสนับสนุนทางสังคมมากเพียงใด แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นก็พร้อมที่จะถูกทำลายไป โดยประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ได้ยืนยันว่าตนเองมีความสามารถจริง ในขณะที่ปัจจัยด้านการเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และการมุ่งมั่งบังคับใจตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่า เนื่องจากเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถกระทำสำเร็จด้วยตนเอง ทำให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง สอดคล้องกับ Bandura ที่กล่าวถึงประสบการณ์ความสำเร็จว่าเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอิทธิพลมากที่สุด ในขณะที่แหล่งของการรับรู้ความสามารถด้านการชักจูงหรือโน้มน้าวด้วยวาจานั้นควรต้องส่งเสริมไปควบคู่กับการส่งเสริมให้บุคคลเกิดประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง จึงจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดียิ่งขึ้น (Bandura, 1977)

### 6.3 พันธเชิงบำบัด

พันธเชิงบำบัด มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=.300$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานของการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Maisto et al. (2015) ที่พบว่า พันธเชิงบำบัดตามการรับรู้ของผู้ที่ติดสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุราในช่วง 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด และที่สัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มสุราในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive and Behavioral Therapy-CBT)

ทั้งนี้ การมีพันธเชิงบำบัดที่ดีตั้งแต่ช่วงต้นๆ ของการบำบัด สะท้อนถึงความสำเร็จของภารกิจหรือกิจกรรมต่างๆ ในการบำบัด (tasks) ในช่วงต้นๆ เพื่อลดหรือเลิกการดื่มสุราอันเป็นเป้าหมายของการบำบัดรักษา การประสบความสำเร็จนี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และเป็นไปได้ว่าการมีพันธเชิงบำบัดที่ดี ช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Maisto et al.,2015) ช่วยลดความทุกข์ใจ (distress) ของผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด (Urbanoski et al.,2012) ช่วยลดอารมณ์ในทางลบ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้

พันธเชิงบำบัดยังสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทางบวกต่อผู้บำบัด ไว้วางใจผู้บำบัด ลดความสงสัยและความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้บำบัดลง (Hatcher, 2010 cited in Muran & Barber, 2010) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ซึ่ง Bandura (1977) ได้อธิบายว่ามีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของคุณบุคคล โดยในภาวะที่บุคคลมีอารมณ์ทางบวกมากกว่าทางลบ บุคคลมักจะมีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จ ตรงกันข้ามหากบุคคลอยู่ในบรรยากาศที่ถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบมาก ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกกลัว หรือวิตกกังวล และทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงได้ (Bandura, 1977 อ้างถึงในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558)

#### 6.4 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=.525$ ) เป็นไปตามสมมุติฐานของการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Demmel, Beck, Richter & Reker (2004) ที่พบว่า แรงจูงใจในการเลิกสุราในช่วงแรกของการเข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในช่วงแรกของผู้ติดยา และการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า บุคคลที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่สูง จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพยา รวมถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกเสพยา (Miller, 1991 ; Sklar, Anis & Turner, 1990 ; Sklar & Turner, 1999 ; Martin, Rohsenow, MacKinnon, Abrams & Monti, 2006)

เช่นเดียวกันกับการศึกษาแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดที่เป็นระดับของความต้องการหรือความปรารถนาที่จะเสพยาเสพติด เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงแรงจูงใจที่จะไม่เลิกเสพยาเสพติด (motivation not to abstain) จากการศึกษาของ Monti et al. (1993) พบว่า ความต้องการที่จะดื่มสุราหรือแรงจูงใจที่จะไม่เลิกสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาซ้ำ ( $r$  มีค่าระหว่าง  $-.68$  ถึง  $-.77$ ) สอดคล้องกับ Dolan, Martin & Rohsenow (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการที่จะเสพยาโคเคนหรือแรงจูงใจที่จะไม่เลิกโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคน โดยความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงนี้ ถือเป็นปัจจัยหนึ่งในประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมา (past treatment success) ซึ่งพบว่า ความต้องการที่จะเสพยาโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยาโคเคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.53$ ,  $p<.001$ )

เป็นไปได้ว่าความต้องการที่จะเสพโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงมีผลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพโคเคน บุคคลที่มีความต้องการที่จะเสพโคเคนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงสูงหรือมีแรงจูงใจในการไม่เลิกเสพสูง ซึ่งหมายถึง มีประสบการณ์ความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่ผ่านมาน้อย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพโคเคนต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ที่กล่าวถึงประสบการณ์ความสำเร็จว่าเป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่มีประสบการณ์ความสำเร็จน้อย ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

### 7. ปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

จากการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนซึ่งในการศึกษานี้ประเมินจากแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนขั้นของการลงมือกระทำ(taking step) จึงเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ความสำเร็จในการหยุดเสพแอมเฟตามีนของบุคคล (performance accomplishment) ได้โดยตรง เป็นแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอิทธิพลมากที่สุดตามแนวคิดของ Bandura (1977) บุคคลที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนมาก ที่หมายถึง มีการลงมือเลิกเสพได้มากกว่า จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำสูงกว่า ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบการแก้ไขปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม และแบบมุ่งมั่งบังคับใจตนเอง พันธเชิงบำบัด รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน อาจเป็นเพียงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดประสบการณ์ของความสำเร็จ แต่ยังไม่ได้บ่งบอกถึงประสบการณ์ความสำเร็จโดยตรง ซึ่งแม้บุคคลจะได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการแนะนำชี้แนะ และโน้มน้าวจากการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ดี แต่การรับรู้ความสามารถนั้นก็พร้อมที่จะถูกทำลายไปโดยประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องหรือประสบการณ์ที่ไม่ได้ยืนยันว่าตนเองมีความสามารถจริง(Bandura, 1997) ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน จึงเป็นปัจจัยที่มีความใกล้เคียง (proximal) กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าเมื่อเทียบกับปัจจัยอื่นๆ ในการศึกษานี้จึงพบว่าแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนจึงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ดีที่สุด

อย่างไรก็ตามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้เพียง ร้อยละ 27 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ายังคงมีปัจจัยอื่นๆ ที่อธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันการเสพติดฝิ่นซ้ำได้อีก อาจเป็นปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ในกระบวนการพยาบาลที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา เช่น อายุ ซึ่งอาจแสดงถึงการมีประสบการณ์ในชีวิตที่มากกว่าจะทำให้บุคคลมีความมั่นใจหรือรับรู้ในความสามารถของตนเองสูงกว่า (Warren, Stein & Grella, 2007) ภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจมีผลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีพลังที่จะต่อสู้หรือต้านการเสพยาเสพติด (Majer, Jason, Olson, 2004 ; Abrams & Niaura, 1987) รวมถึงความสามารถทางสติปัญญา (cognitive functioning) ที่อาจมีผลทางบวกหรือทางลบต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด กล่าวคือ บุคคลที่มีความสามารถทางสติปัญญาที่ต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาการติดยาเสพติดของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง ขาดการตระหนักในความรุนแรงของการติดยาเสพติดที่ตนประสบอยู่ในปัจจุบัน ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดมากเกินไป (overconfidence) ในขณะเดียวกันบุคคลความสามารถทางสติปัญญาที่ต่ำ ส่งผลการเรียนรู้สิ่งใหม่เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปด้วย ความยากลำบาก จึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด (Verdejo-Garcia & Perex-Garcia, 2007 ; Bechara, Dolan, Denburg, Hinds, Anderson & Nathan, 2001) เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรต้นที่ศึกษาทุกตัว ได้แก่ การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดโดยการแก้ปัญหาด้านการคิดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดโดยความมุ่งมั่นในการบังคับใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พันธะเชิงบำบัด และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชายที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับแหล่งของการรับรู้ความสามารถ 4 แหล่ง ตามแนวคิดของ Bandura ดังนั้น การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ สามารถจัดกระทำกับปัจจัยข้างต้นได้ทุกปัจจัย อย่างไรก็ตาม พบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดได้ จึงควรจัดกระทำกับปัจจัยนี้เป็นอันดับแรก โดยในการพยาบาลอันดับแรกสุด อาจต้องพิจารณาแนวโน้มของวัยรุ่นชายที่จะมีรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำจากการประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่มีการประเมินก่อนเข้ารับการรักษา และดูแลให้ได้รับการบำบัดที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น รูปแบบการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation



Enhancement Therapy) เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นชายที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐมีความรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. ข้อเสนอแนะในการวางแผนการพยาบาลวัยรุ่นชายที่ติดแอมเฟตามีน ดังนี้

1.1 จากการศึกษาที่พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดได้ ดังนั้น สามารถใช้ผลการประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดในระยะแรกรับเข้าบำบัดรักษา เพื่อการคัดกรองหรือพิจารณาวัยรุ่นที่มีแนวโน้มจะการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเสพติดต่ำ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดสูง และดูแลให้ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดต่อไป

1.2 จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพันธะเชิงบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยควรพิจารณาทั้งในภาพรวมและในรายละเอียดย่อย เช่น (1) ภาพรวมวัยรุ่นชายที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีพันธะเชิงบำบัดในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้าน วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการรับรู้พันธะเชิงบำบัดด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมายในระดับปานกลาง แนวทางในการพัฒนาพันธะเชิงบำบัดให้ดียิ่งขึ้นต่อไปอาจต้องให้ความสำคัญในด้านความตกลงร่วมมือกันในการกิจและเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น (2) ภาพรวมของวัยรุ่นที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งควรวางแผนพัฒนาให้สูงขึ้นต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบว่า สถานการณ์เสี่ยงที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดน้อยที่สุด คือ สถานการณ์เสี่ยงที่มาจากเพื่อน ข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นว่าต่อไปควรดำเนินการไปในทิศทางใด

2. จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการดูแลให้การพยาบาลวัยรุ่นชายที่ติดแอมเฟตามีน เพื่อส่งเสริมให้มีการรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำเพิ่มขึ้น อันจะเกิดประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำต่อไป โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างและพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดมากขึ้น และอาจให้ไปควบคู่กับการส่งเสริมรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านแหล่งอื่นๆ เช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่ดียิ่งขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งจากครอบครัวและจากเพื่อน รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดพันธะเชิงบำบัดที่ดีซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้บำบัด

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาพันธะเชิงบำบัดตามการรับรู้จากหลายแหล่งเพิ่มขึ้น เช่น ตามการรับรู้ของพยาบาลผู้บำบัด และตามการรับรู้ของผู้สังเกตการณ์ เพื่อให้สามารถผลนำมาพิจารณาความสอดคล้องที่จะสะท้อนถึงพันธะเชิงบำบัดได้ตรงกับความเป็นจริงยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาต่อเนื่องถึงผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่มีต่อการเสพซ้ำ หรือการเลิกเสพแอมเฟตามีนหลังการบำบัด เนื่องจากเป้าหมายของการบำบัดในระยะยาว คือ ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยแทรกกลาง (moderator) เนื่องจาก ผลการศึกษานี้ พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ การศึกษาปัจจัยแทรกกลางจะทำให้ทราบว่า อาจเป็นเพราะแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนเป็นตัวแปรแทรกกลาง จึงทำให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำปัจจัยอื่น ๆ เช่น การเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพซ้ำ พันธะเชิงบำบัด มีอิทธิพลของต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำลดลง

4. การศึกษาในครั้งนี้เน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ในกระบวนการพยาบาล ซึ่งพบว่า มีเพียงแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดที่สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดได้ โดยอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด ร้อยละ 27 ดังนั้น ในการศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดครั้งต่อไปควรเพิ่มปัจจัยอื่นๆ ที่แม้ไม่สามารถจัดกระทำในกระบวนการพยาบาลได้แต่มีความสำคัญ เช่น อายุ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถทางสติปัญญา (cognitive functioning) เป็นต้น เพื่อให้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดได้เพิ่มมากขึ้น และเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังการรักษา

สำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดปี 2546. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). ความรู้เรื่องยาบ้า(ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤตยา แสงวงเจริญ และ จันทร์เพ็ง มูลศิริ. (2554). การพยาบาลผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด. ใน  
คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด  
ขอนแก่น, การพยาบาลผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด, หน้า 24-34. ขอนแก่น : คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กฤษดา ทองทับ. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการติดยา  
ซ้ำต่อการรับรู้ความสามารถแหล่งตนในการเลิกใช้แอมเฟตามีนของผู้เสพติดแอมเฟตามีน.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

กัลยา นาคเพ็ชร, จุไร อภัยจิรรัตน์ และ สมพิศ โยสุ่ม.(2458). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสำนักพิมพ์สุภา จำกัด.

กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ. (2550). การศึกษาเรื่องการติดยาและสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับ  
การบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดยาเสพติด ส่วนภูมิภาค 4 ศูนย์.  
ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ และคณะ. (2552). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินผลการ  
ปราบปรามยาเสพติดรายสำคัญ ตามนโยบายรัฐบาล. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์บริการวิชาการ  
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2541). ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน  
มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาเอกสุศึกษา  
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2539). แผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

(พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.

จินตนา ลีละไกรวรรณ, ปราณีพร บุญเรือง และกนกวรรณ บุญประสิทธิ์. (2554). การบำบัดแบบ  
สั้นในแนวคิดของชาร์เทียร์. ใน คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ  
ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, *การพยาบาลผู้เสียและผู้ติดสารเสพติด*, หน้า 73-87.

ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุฬาลักษณ์ ชำของ.(2556). การดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากการเสพยาเสพติด. ใน ฉวีวรรณ  
สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับ  
ปรับปรุง) เล่มที่ 2*, หน้า . นนทบุรี : ธนาเพรส.

ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และ สุกุมมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและ  
พฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน. *วารสารกองการพยาบาล*. 1  
(มกราคม-เมษายน 2556) : 24-38.

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และ ศรีวรรณ มีคุณ. (2553). ปรากฎการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า.  
*วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม* 6 (ตุลาคม 2553-มีนาคม 2554) : 81-94.

ซัชวาล ศิลปกิจ. (2557). สติและกระบวนการบำบัด (Mindfulness and therapeutic process).  
*วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2 (2557) : 122-126.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนีย์เวทย์. (2540). *ยัมสู้เรียนรู้อย่างเสพติด*. กรุงเทพมหานคร :  
มติชน.

ทิพาวัตี เอมะวรรณนะ. (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด*. นนทบุรี :  
สหมิตรพรินติ้ง.

ธีระพล คล้ายสิงห์. (2546). *ลักษณะส่วนบุคคล สภาพครอบครัว สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการ  
เสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน*. ปรินญามหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม คณะศิลปศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นนทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด.  
*ธรรมศาสตร์เวชสาร* 1 (มกราคม-มีนาคม 2556) : 98-108.

นิรุจน์ อุทธา และคณะ. (2548). *การสำรวจอัตราการเสพซ้ำและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทดแทน  
ยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย*. ขอนแก่น : ศูนย์บำบัดรักษาพยาบาล  
ขอนแก่น สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ*. นนทบุรี : บอร์น ทูปี พับลิชชิง.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง และ นิภา กิมสูงเนิน. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำ ในผู้ป่วยเสพยาบ้า สถาบันธัญญารักษ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 1 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557) : 61-67.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล.(2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยวรรณ ทศนาญชลี. (2554). กระบวนการไม่เสพยาซ้ำ : กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด. *สหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี*. 1 (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2554) : 36-48.
- โยธิน ปอยสูงเนิน. (2544). *ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมเสพยาบ้ากลับซ้ำของท่านที่เข้ารับการรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาล ศิลปกิจ. (2555). ปัญหาจากการใช้สารเสพติด. ใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*, หน้า 95-123. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรืองสิทธิ์ เนตรนวลโย และคณะ. (2557). กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย* 2 (2557) : 36-44.
- วีโรจน์ วีรัชย์ และลำซำ ลักษณะภิกษนซ์.(2548). ยาม้า ยาบ้า. ใน วีโรจน์ วีรัชย์ และคณะ, *ตำราเวช*

ศาสตร์การเสพติด, หน้า 339-362. ปทุมธานี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุข.(2544). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.

ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ ร่วมกับ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และ เวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2553). *คู่มือ “การป้องกันการเสพติดซ้ำ” [Relapse Prevention] หลักสูตร BCM+ สำหรับบุคลากรในระบบยุติธรรม* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : [http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwik4NbE1rbUAhULOY8KHf7jDD4QFggqMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.i-mapthailand.org%2Fsite%2Fmedia%2Fknowledge%2Fnetwork%2Fjust\\_system%2Fbook\\_relapseprevention\\_jul2553.pdf&usq=AFQjCNEaAiQOI97NwUuMq3Kl9JSr0kDe0Q](http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwik4NbE1rbUAhULOY8KHf7jDD4QFggqMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.i-mapthailand.org%2Fsite%2Fmedia%2Fknowledge%2Fnetwork%2Fjust_system%2Fbook_relapseprevention_jul2553.pdf&usq=AFQjCNEaAiQOI97NwUuMq3Kl9JSr0kDe0Q) [18 มกราคม 2559]

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2555). *การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด*. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). *การบำบัดความคิดและพฤติกรรม : Matrix Program การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). *สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าและเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ของสถาบันธัญญารักษ์จำแนกตามปีงบประมาณ 2554-2558*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : [http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2207&Itemid=61](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2207&Itemid=61) [20 มกราคม 2559]

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2553). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สังวร สมบัติใหม่, อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และ อรัญญา แพบัญ.(2552). *แนวทางการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ. ใน ชีวทัศน์ เลิศพิริยสุวัฒน์, สมพงษ์ เจริญสุข สมบัติ แทนประเสริฐสุข และจิตรา อ่อนน้อม (บรรณาธิการ), ชุดแนวทางการดำเนินงานป้องกันการติด*

เชื้อเอชไอวีและลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด สำหรับบุคลากรสุขภาพ, หน้า 63-65.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา*. วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุกมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม, สุภภัทร คงหอม, ญาดา จินประชา และ ัญญา สิงห์โต. (2557). *ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเมแทบอลิซึมที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน*. ปทุมธานี : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 10 (มกราคม-มิถุนายน 2559) : 39-45.

สุนทร ศรีโกสย. (2548). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุลินดา จันทระเสนา. (2546). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(ม.ป.ป.) *ผลกระทบของสารเสพติด* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1122:2555-02-21-02-m-s&catid=239:all-content&Itemid=270](http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=com_content&view=article&id=1122:2555-02-21-02-m-s&catid=239:all-content&Itemid=270) [20 มกราคม 2559]

สำนักพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2541). *ความรู้เบื้องต้นเรื่องยาและสารเสพติด*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสแควร์.

อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม, แวรวรัตน์ โชตินิพัทธ์ และสหทัย หนูพลับ. (2550).



ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ. ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักงาน  
พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.

อังคณา ทองสม. (2556). เหตุการณ์สะท้อนขวัญ และการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ใช้สารเมทแอม  
เฟตามีน ณ สถาบันธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5 .

กรุงเทพมหานคร : ชันตำการพิมพ์.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตาม  
พยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : วีเจปรีนติ้ง.

## ภาษาอังกฤษ

Abdollahi, Z., Taghizadeh, F., Hamzehgardeshi, Z., & Bahramzad, O. (2014).

Relationship between addiction relapse and self-efficacy rates in injection  
drug users referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. *Global  
Journal of Health Science* 6 (February 2014) : 138–144.

Allison, P.D. (1998). Multiple regression : a Primer. California : Pine Forge Press.

Allsop, S., Saunders, B., & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely  
dependent male problem drinkers. *Addiction* 1 (January 2000) : 95–106.

Anderson, R. P., & Anderson, G. V. (1962). Development of an Instrument for  
Measuring Rapport. *The Personnel and Guidance Journal* 41 (September  
1962) : 18–24.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.  
*Psychological Review* 84 (March 1977) : 191–215.

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education &  
Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*  
2 (April 2004) : 143–164.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognition*

*theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York : Freeman.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 6 : 1027–1032.
- Bee, H. L. (1992). *The developing child*. London: HarperCollins.
- Berk, L.E. (2000). *Child Development*, 5<sup>th</sup> ed. Needham Heights : Allyn & Bacon.
- Bettmann, J.E., Russell, K.C., & Parry, K.J. (2012). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change processes in wilderness therapy participants. *Journal of Child and Family Studies* 22 (November 2012) : 1039-1050.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 3 (1979) : 252–260.
- Broderick, P. C., & Blewitt, P. (2015). *The Life Span: Human Development for Helping Professionals*. Boston : Allyn & Bacon.
- Brown, S. A., Vik, P. W., & Creamer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors* 14 (Januray 1989) : 291–300.
- Brunswick, K. A., Penix Sbraga, T., & Harris, C. D. (2003). Relapse prevention. In O'Donohue, W., Fisher, J. E. & Hayes S. C. (eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, pp. 321-329. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 9 (October 2005) : 1751–1764.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. *Psychosomatic Medicine* 38 (September/October 1976) : 300-312.

- Cornelius, J. R., et al. (2003). Rapid relapse generally follows treatment for substance use disorders among adolescents. *Addictive Behaviors* 28 (March) :3 81–386.
- Erikson, E. H. (Ed.). (1963). *Youth: Change and challenge*. Basic books.
- Duangdao Waiprach. (2009) *The effectiveness of group motivational enhancement therapy on increasing readiness to change and decreasing relapse in drug department patients*. Master's Thesis, arts (addictionology), ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *European Addiction Research* 3 (2004) : 133–138.
- DiClemente C.C. (2004). *ADDICTION AND CHANGE: Understanding and Intervening in the Process*. [online]. Available from : [www.umbc.edu/psych/habits](http://www.umbc.edu/psych/habits) [2016, May 20]
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors* 5 (May 2008) : 675–688.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* 12 : 99-108. London : Hogarth Press.
- Gorski, T.T. (2001). *Adolescent Relapse Prevention*. [online]. Available from : [http://www.tgorski.com/gorski\\_articles/adolescent%20relapse%20010523.htm](http://www.tgorski.com/gorski_articles/adolescent%20relapse%20010523.htm) [2016, January 30]
- Gorski,T.T., & Kelley, J.M. (1996). *Counselor's Manual for Relapse Prevention with Chemically Dependent Criminal Offenders*. USA. : Department of Health and Human Services.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (May 2006) : 425–435.

- Gwaltney, C. J., et al. (2005). Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: Prediction of smoking lapse and relapse. *Journal of Abnormal Psychology* 4 (November 2005) : 661–675.
- Ham, O. K., & Yoo, J. B. (2009). Mediating Effects of Self-Efficacy in the Transtheoretical Model Among Adolescent Male Smokers in Korea. *Asian Nursing Research* 3 (March 2009) : 15–23.
- Harrison, P.A. and Hoffmann, N. G. (1989). *CATOR Report : Adolescent Treatment Completers One Year Later*. St. Paul, MN, CATOR.
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 2 (June 2011) : 269–278.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*. 5 (Jan 1991) : 235–246.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 6 (July 2011): 1- 17.
- Hewes, R. L., & Janikowski, T. P. (1998). Readiness for change and treatment outcome among individuals with alcohol dependency. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 42 (September 1998) : 76.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology* 36 : 223-233.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA. Addison-Wesley.
- Hyde, J., Hankins, M., Deale, A. & Marteau, T.M. (2008). Interventions to increase self-

- efficacy in the context of addiction behaviours : A systematic literature review. *Journal of Health Psychology* 13 (January 2008) : 607–623.
- Ilgen, M., Tiet, Q., & Finney, J. (2006). Self-Efficacy, Therapeutic Alliance, and Alcohol-Use Disorder Treatment Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 3 (May 2006) : 465–472.
- Ilgen, M., McKellar, J., & Moos, R. (2007). Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68 (Jan 2007) : 126–132.
- Ju-Hyun, W., & Myung-Sun, H. (2016). Effectiveness of the Cognitive Capacity Enhancement Program for Alcohol Dependence Inpatients. *Indian Journal of Science and Technology*, Special 1 (December 2016) : 1-7.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors* 12 (December 2011) : 1120–1126.
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, T., & Sayer, G. P. (1996). Prediction of results from correspondence treatment for controlled drinking. *Addiction*, 91 (October 1996) : 1539–1545.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D.W., Klar, J. & Lwanga, S.K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. World Health Organisation : New York.
- Longabaugh, R., Donovan, D. M., Karno, M. P., McCrady, B. S., Morgenstern, J., & Tonigan, J. S. (2005). Active Ingredients: How and Why Evidence-Based Alcohol Behavioral Treatment Interventions Work. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29 (February 2005) : 235–247.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors* 3 14 (September 2000) : 257–266.

- Maisto, S. A., et al. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in Project MATCH. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 3 (March 2015) : 504 –513.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York : Guilford Press.
- Marlatt, A.G. (1996) Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse : Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. *Addiction*. 91: 37-49.
- Mallinckrodt, B., & Tekie, Y. T. Item response theory analysis of Working Alliance Inventory, revised response format, and new Brief Alliance Inventory. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research* 6 (November 2016) : 694–718.
- Majer, J.M. , Jason, L.A. , Ferrari, J.R., Olson, B.D. , North, C.S. (2003). Is self-mastery always a helpful resource? Coping with paradoxical findings in relation to optimism and abstinence self-efficacy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29 (2003) : 385–399.
- Martin, R. A., Rohsenow, D. J., MacKinnon, S. V., Abrams, D. B., & Monti, P. M. (2006). Correlates of motivation to quit smoking among alcohol dependent patients in residential treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 1 (June 2006) : 73–78.
- Martinez, E. et al. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive Behaviors* 2 (February 2010) : 175–178.
- McKay, J. R., Foltz, C., Leahy, P., Stephens, R., Orwin, R.G., & Crowley, E.M. (2004). Step down continuing care in the treatment of substance abuse: Correlates of participation and outcome effects. *Evaluation and Program Planning*. 3 (2004) : 321-331.
- McCarter-Spaulding, D & Gore, R.(2012). Social Support Improves Breastfeeding Self-Efficacy in a Sample of Black Women. *Clinical Lactation* 3 (2012) : 112-115.

- McCarter-Spaulding, D & Gore, R.(2009). Breastfeeding self-efficacy in women of African Descent. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2 (March 2009) : 230-243.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S., & Moos, R. (2008). Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2 (September 2008) : 148–155.
- McLellan, A.T. et al. (1988). Is the Counselor an "Active Ingredient" in Substance Abuse Rehabilitation?: An Examination of Treatment Success among Four Counselors. *Journal of Nervous & Mental Disease* 176 (July 1988) : 423-430.
- Miller W.R. (1991). *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*. University of New Mexico, Albuquerque : NM.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10 : 81-89.
- Millman, R. B. (1986). Considerations on the psychotherapy of the substance abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment* 3 (2) : 103–109.
- Molloy GJ, Dixon D, Hamer M, Sniehotta FF. (2010). Social support and regular physical activity: Does planning mediate this link?. *British Journal of Health Psychology* 15 (November 2010) : 859–70.
- Monti, P.M. et al. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics : A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (December 1993) : 1011-1019.
- Monti, P.M., Kadden, R., Rohsenow, D.J., Cooney, N., & Abrams, D.B. (2002). *Treating alcohol dependence : a coping skills training guide*. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Guilford.
- Moser, A. E., & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: a

- prospective study of treated alcoholics. *Addiction (Abingdon, England)* 8 (August 1996) : 1101–1113.
- Myers, M. G., & Brown, S. A. (1990). Coping responses and relapse among adolescent substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 2(January 1990) : 177–189.
- Myers, M. G., & Brown, S. A. (1996). The adolescent relapse coping questionnaire: Psychometric validation. *Journal of Studies on Alcohol* 57 (January 1996) : 40-48.
- Myers, M. G., Brown, S. A., & Mott, M. A. (1993). Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of Substance Abuse* 5 (January 1993) : 15–29.
- Orford J, et al. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction* 1 (January 2006) : 60–68.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3 (June 1983) : 390–395.
- Project MATCH Research Group (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction* 92 (December 1997) : 1671–1698.
- Rogers, C.R. (1965). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rohsenow, D. J. et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction* 7 (July 2004) : 862–874.
- Ritter, C. (1988). Social supports, Social networks and Health behaviors. in Gochman, D.S. (Eds), *Health Behavior Emerging Research Perspective*, 73-87pp. London :



Plennem Press.

- Simpson DD. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2 (September 2004) : 99–121.
- Sklar, S. M., Annis, H. M., & Turner, N. E. (1999). Group comparisons of coping self-efficacy between alcohol and cocaine abusers seeking treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 13 (June 1999) :123–133.
- Sklar, S. M., & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction* 5 (May 1999) :723–729.
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J.Muran, J. P. Barber, J. Muran, & J. P. Barber (eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, pp. 44–62. New York, NY : Guilford Press.
- Strauss, J. L., et al.(2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (April 2006) : 337–345.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *Amphetamines and ecstasy*. Vienna : United Nations.
- Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment* 3 (October 2012) : 344–351.
- Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology* 190 (March 2007) : 517–530.
- Walters, G.D. (1999). *The addiction concept : working hypothesis of self-fulfilling prophesy?*. Needham Heights : Allyn & Bacon.

- Warren, J.I., Stein, J.A. & Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorder. *Drug & Alcohol Dependence* 89 (July 2007) : 267-274.
- Wang, C.-M., Qu, H.-Y., & Xu, H.-M. (2015). Relationship between social support and self-efficacy in women psychiatrists. *Chinese Nursing Research* 2 (December 2015) : 103–106.
- Witkiewitz K. & Marlatt G. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist* 4 (May 2004) : 224-235.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1990). Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts: Results of research studies. In Onken, L.S. & Blaine, J. D. (eds.), *Psychotherapy and counseling in the treatment of drug abuse*. (NIDA Monograph Series, 104, pp. 9-23).  
Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- World Health Organization. (2016). Adolescent health. [online]. Available from :  
[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)[2016, January 30]



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ชนกฤทัย ชื่นอารมณ	อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางปานรดา บุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นางสาวสาวิตรี สุริยฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/25๓๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางจุไรพร มั่นสารนียธธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล อาจารย์แพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รักษิณีกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางจุไรพร มั่นสารนียธธรรม โทร. 09-3080-3031

ที่ ศธ 0512.11/2579



สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
เลขรับ 5144
วันที่ 7 ก.ย. 2559
เวลา 11.55

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3/ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางจุไรพร มั่นสารนัยธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเสพยาเสพติดในชาย สดงานบำบัดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสาวิตรี สุริยฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางสาวสาวิตรี สุริยฉาย  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางจุไรพร มั่นสารนัยธรรม โทร. 09-3080-3031



ที่ ศธ 0512.11/ 9577



คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น
รับที่ 3217
วันที่ 8 ก.ช. ๕9
เวลา ๐9.3๐ น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางจุไรพร มั่นสารนियธรรม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์ อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153

นางจุไรพร มั่นสารนियธรรม โทร. 09-3080-3031

ที่ ศธ 0512.11/ 2699



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕๑ กันยายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในวัยรุ่นชายที่มีอายุระหว่าง 12-21 ปี ซึ่งได้รับวินิจฉัยเป็น ผู้ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือเกณฑ์ ICD -10 ที่เข้ารับการบำบัดการติดแอมเฟตามีนในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ ได้เข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ครั้งที่ 3 (the third session) เป็นต้นไป และสามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพันธะเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153

ที่ ศธ 0512.11/ 3174

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

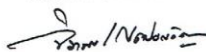
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในชายวัยรุ่นชาย สถาบันบำบัดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการบำบัดในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพจากพยาบาลผู้บำบัดหลัก ตั้งแต่ 3 ครั้ง เป็นต้นไป จำนวน 57 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 29 คน และผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 28 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินพันธะเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ โทร. 09-3080-3031

ที่ ศธ 0512.11/3174

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

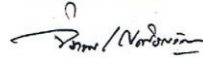
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเสพยาเสพติดในชายวัยหนุ่ม สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยชายอายุ 12-21 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาบำบัดขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการบำบัดในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพจากพยาบาลผู้บำบัดหลัก ตั้งแต่ 3 ครั้ง เป็นต้นไป จำนวน 18 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน และผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินพันธะเชิงบำบัด แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ โทร. 09-3080-3031

ที่ ศธ 0512.11/2855



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
จำนวน 3 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถ  
ของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดในผู้ป่วยติดยาเสพติดของรัฐ” โดยมี  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม  
โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ เสนอโครงการวิจัย  
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็น  
อย่างดียิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153

นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ โทร. 09-3080-3031



Browser tabs: Outlook - Out..., PsychNET - Display Record, Addictions: A Comprehen...

Outlook Navigation: จดหมาย Outlook

Account: จดหมาย Outlook

Re: an asking for permission to use the Brief Revised Working Alliance Inventory

**Brent Mallinckrodt** <Brent.Mallinckrodt@wwu.edu>  
 17/8/2016, 22:03

Attachments:
 

- Mallinckrodt\_Tekie.pdf (797 กิโลไบต์)
- Mallinckrodt\_Wang\_JCP... (106 กิโลไบต์)

 ส่งทั้งหมด 2 รายการ (903 กิโลไบต์) จากโทรศัพท์ของคุณ บันทึกทั้งหมดไว้ที่ OneDrive - ส่วนบุคคล

Dear Mrs. Monsaraneeyatham,

We would be very pleased for you to use our measure, the Brief Alliance Inventory. I have attached a .pdf file of the article, and a second article .pdf which provides some advice about how to adapt an instrument from one language into another.

Very best wishes for success in your research,

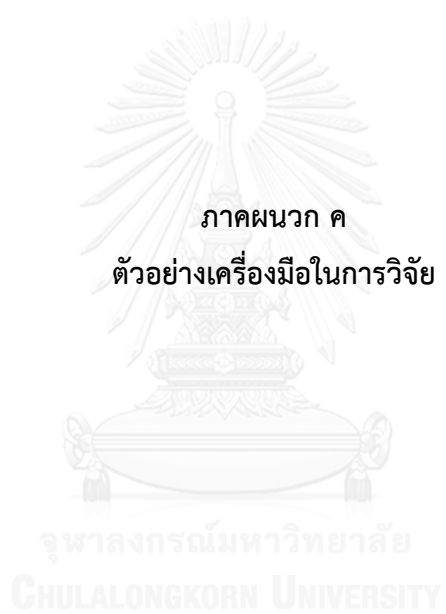
Professor Brent Mallinckrodt

**Brent Mallinckrodt, Dean**  
 College of Humanities & Social Sciences  
 Western Washington University  
 516 High St. MS 9909, ES Bldg. 603  
 Bellingham, WA 98225-9092  
 Brent.Mallinckrodt@wwu.edu 360-650-3763

**WESTERN**  
 WASHINGTON UNIVERSITY  
*Active Minds Changing Lives*

Left sidebar (vertical text):
 

- กล่องจดหมาย 214
- อีเมลขยะ 64
- แบบร่าง
- รายการที่ส่ง
- รายการที่ถูกลบ
- การแจ้งเตือน
- เก็บถาวร
- เห็นถึงเวอร์ชัน
- ประวัติ
- เอกสาร



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ .....ปี

2. ท่านจบการศึกษาในระดับใด

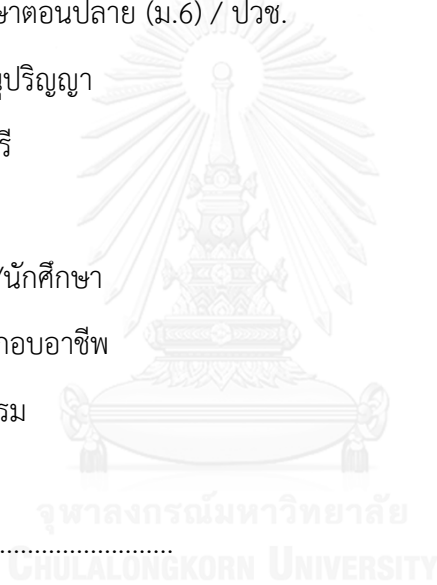
- (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
- (2) ประถมศึกษา
- (3) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)
- (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) / ปวช.
- (5) ปวส./ อนุปริญญา
- (6) ปริญญาตรี

3. อาชีพปัจจุบัน

- (1) นักเรียน /นักศึกษา
- (2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- (3) เกษตรกรรม
- (4) รับจ้าง
- (5) อื่นๆ.....

4. ท่านอาศัยอยู่กับใคร

- (1) พ่อและแม่
- (2) พ่อ
- (3) แม่
- (4) อื่นๆ .....





## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด

**คำชี้แจง** กรุณาอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้ แล้วพิจารณาถึงสิ่งที่ท่านจะคิดหรือทำเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้แอมเฟตามีนในสถานการณ์ดังกล่าว โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหมายเลข 1-7 เพียงหมายเลขเดียว

1	2	3	4	5	6	7
ไม่คิดหรือ			อาจจะคิด			คิดและทำ
ไม่ทำแน่นอน			หรือทำ			แน่นอน

### สถานการณ์

“เย็นวันหนึ่งท่านไปถึงบ้านของเพื่อน พบว่ามีบุคคลอื่นอยู่ที่บ้านเพื่อนด้วย ทุกคนกำลังนั่งพูดคุยกันและเสพแอมเฟตามีน เมื่อท่านเข้าไปร่วมนั่งด้วย คนในกลุ่มยื่นแอมเฟตามีนและอุปกรณ์การเสพมาให้ท่าน”

จากสถานการณ์ข้างต้น ท่านจะคิดหรือทำสิ่งต่อไปนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้แอมเฟตามีนในระดับใด

ข้อ	สิ่งที่คิดหรือทำ	ระดับการคิด/ทำ						
		1	2	3	4	5	6	7
1	ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความเชื่อ เช่น สวดมนต์ ภาวนา							
2	ทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนที่จะเสพแอมเฟตามีน เช่น ดูทีวี ร่วมพูดคุยโดยไม่เสพ							
3	ยึดมั่นอยู่กับสิ่งที่ตนเองจะต้องไปทำต่อจากนี้							
4	.....							
5	.....							
...	.....							
...	.....							
...	.....							
...	.....							
...	.....							
21	.....							

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ท่านได้รับจากบุคคลรอบข้าง

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด โดยมีตัวเลือก ดังนี้

- 1 หมายถึง เป็นจริงน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เป็นจริงน้อย
- 3 หมายถึง เป็นจริงปานกลาง
- 4 หมายถึง เป็นจริงมาก
- 5 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด

#### 3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	1 น้อย ที่สุด	2 น้อย	3 ปาน กลาง	4 มาก	5 มาก ที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1.ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคคลในครอบครัวเพื่อให้เลิกเสพยาเสพติด					
2.บุคคลในครอบครัว เข้าใจท่าน และสามารถขอปรึกษาปัญหา หรือขอคำแนะนำได้ทุกเรื่อง					
3.บุคคลในครอบครัวรับฟังปัญหาและปลอบใจท่าน เมื่อท่านกลับมาเสพยาเสพติด					
4. ....					
... ..					
... ..					
12. ....					

## 3.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	1 น้อย ที่สุด	2 น้อย	3 ปาน กลาง	4 มาก	5 มาก ที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1. ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ เป็นอย่างดีจากเพื่อนเพื่อให้เลิกเสฟแอมเฟ ตามีน					
2. เพื่อนๆ เข้าใจท่าน และสามารถขอ ปรึกษาปัญหา หรือขอคำแนะนำได้ทุกเรื่อง					
3. เพื่อนๆ รับฟังปัญหาและปลอบใจ เมื่อ ท่านกลับมาเสฟแอมเฟตามีน					
4. ....					
5. ....					
... ..					
... ..					
... ..					
12. ....					

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินวัดพันธเชิงบำบัด

**คำชี้แจง** ข้อความต่างๆ ต่อไปนี้เป็นข้อความที่บุคคลใช้บรรยายถึงความคิดหรือความรู้สึกที่มีต่อผู้บำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษาของตนเอง ซึ่งไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ทั้งนี้ความคิดความรู้สึกต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอในตลอดช่วงเวลารักษา อย่างไรก็ตามขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้

ขอให้ท่านได้คิดถึงพยาบาลผู้บำบัดหลักของท่านไว้ในใจว่า คือ ใคร อ่านข้อคำถาม แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหมายเลขที่มีความหมายตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่าน ดังนี้

- |   |         |                    |
|---|---------|--------------------|
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อย       |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง    |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก        |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด  |

ข้อมูลในแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ

ไม่ว่าผู้บำบัดหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานบำบัดยาเสพติดท่านใด จะไม่เห็นคำตอบของท่าน

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
1.ผู้บำบัดและฉันเข้าใจซึ่งกันและกัน					
2.ผู้บำบัดและฉันได้สร้างความเข้าใจอันดีร่วมกัน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่จะเป็นผลดีต่อฉัน					
3.ฉันรู้สึกว่าคุณบำบัดชื่นชมฉัน					
4.ฉันเชื่อว่าเวลาที่ผู้บำบัดและฉันใช้ร่วมกันนั้น ไม่มีประสิทธิภาพ					
5.ฉันเชื่อว่าผู้บำบัดรู้สึกดีต่อฉัน					
6.สิ่งที่ฉันกำลังทำในการบำบัด ทำให้ฉันมีวิธีมอง ปัญหาของตนเองใหม่					

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	1 เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	2 เห็น ด้วย น้อย	3 เห็น ด้วย ปาน กลาง	4 เห็น ด้วย มาก	5 เห็น ด้วย มาก ที่สุด
7.ฉันรู้สึกว่าคุณบำบัดเอาใจใส่ฉัน ถึงแม้ฉันทำในสิ่งที่เขาไม่ยอมรับ					
8. ผู้บำบัดไม่เข้าใจว่าฉันกำลังทำอะไรเพื่อให้เกิดผลในการบำบัด					
9. ฉันมั่นใจในความสามารถของผู้บำบัดในการช่วยเหลือฉัน					
10. ฉันรู้สึกว่าคุณที่ฉันทำในการบำบัดช่วยให้ฉันบรรลุผลในความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ					
11. ผู้บำบัดและฉันไว้วางใจซึ่งกันและกัน					
12.ฉันไม่เห็นด้วยกับผู้บำบัดเกี่ยวกับสิ่งที่ฉันควรได้รับจากการเข้ารับการบำบัด					
13. ฉันเชื่อว่าผู้บำบัดใส่ใจในเรื่องความผาสุกของฉันอย่างแท้จริง					
14. ผู้บำบัดและฉันมีความคิดเห็นตรงกันว่าอะไรเป็นเรื่องสำคัญสำหรับฉันที่จะต้องทำต่อไป					
15. ผู้บำบัดและฉันให้เกียรติซึ่งกันและกัน					
16. สิ่งที่คุณขอให้ฉันทำเป็นเรื่องที่ไม่สมควร					

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกแอมเฟตามีน

**คำชี้แจง :** กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างตั้งใจ แต่ละข้อความจะระบุถึงว่าคุณอาจจะหรือไม่อาจจะรู้สึกเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของคุณ ให้วงกลมล้อมรอบตัวเลข 1-5 เพื่อแสดงว่าคุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ในขณะนี้ กรุณา  เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ฉันได้เริ่มต้นเปลี่ยนแปลงบางอย่างเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนของฉัน	1	2	3	4	5
2.ฉันเคยใช้แอมเฟตามีนอย่างมากในช่วงหนึ่งแต่ฉันได้จัดการเปลี่ยนแปลงมันแล้ว	1	2	3	4	5
3.ฉันไม่เพียงแค่ว่าคิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีน แต่ฉันกำลังลงมือทำอะไรบางอย่างเพื่อการเปลี่ยนแปลงนี้	1	2	3	4	5
4. ....	1	2	3	4	5
5. ....	1	2	3	4	5
...	1	2	3	4	5
...	1	2	3	4	5
8. ....	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติด

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่มีข้อความที่ตรงกับ  
ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ข้อความ	ระดับความมั่นใจของตนเองที่จะไม่ใช้แอมเฟตามีน				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
ท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะไม่ใช้แอมเฟตามีนเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่อไปนี้					
1. รู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด					
2. เกิดความขัดแย้งกับคนอื่น					
3. ยังคงคบอยู่กับเพื่อนที่ใช้แอมเฟตามีน					
4. ....					
5. ....					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
... ..					
15. ....					

ภาคผนวก ง  
ผลการพิจารณาจริยธรรม ข้อมูลสำหรับมีส่วนร่วมในการวิจัย  
และใบยินยอมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 60005

เอกสารใบรับรองที่ 007/2560

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ  
ของวัยรุ่นชาย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของรัฐ

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION  
AMONG MALE ADOLESCENTS, GOVERNMENT DRUG ABUSE TREATMENT CENTERS

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว)..... จุไรพร สัมพุทธานนท์.....

หลักสูตร... พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต... สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.. คณะ... พยาบาลศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด..... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้น  
แล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed  
consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิต  
หรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

โครงการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2559

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2559

5. วันที่ให้การรับรอง..... 13..... เดือน..... ธันวาคม..... พ.ศ..... 2559.....

วันที่ที่หมดอายุ ..... 12..... เดือน..... ธันวาคม..... พ.ศ..... 2560.....

ลงนาม .....

(... นพ. ลำอ่ำ ... ตึกกษณาภิชนราช ...)

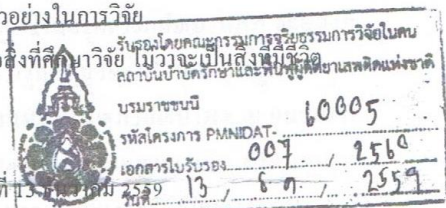
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....

(.....นางสำเนา.....นิลบรรพ์.....)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



1. ผู้วิจัยต้องยินยอมให้คณะกรรมการฯ เข้าตรวจสอบการดำเนินงานได้ตลอดเวลา
2. คณะกรรมการฯ มีสิทธิระงับหรือให้ยุติโครงการหากเห็นว่าโครงการวิจัยไม่เคารพในสิทธิ ไม่ปกป้องสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครหรือเห็นว่าอาจเกิดอันตรายต่ออาสาสมัครได้





เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยเฉพาะส่วนที่แก้ไข (Protocol Amendment)  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 60005

เอกสารรับรองที่ 015/2560

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ  
ของวัยรุ่นชาย สถาบันบำบัดรักษาเสพติดของรัฐ

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION  
AMONG MALE ADOLESCENTS, GOVERNMENT DRUG ABUSE TREATMENT CENTERS

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....จุไรพร สัมพุทธานนท์.....

หลักสูตร....พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต...สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต...คณะ...พยาบาลศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้น  
แล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed  
consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต  
หรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับที่แก้ไขส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ฉบับที่แก้ไขส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560

5. วันที่ให้การรับรองแก้ไข.....6.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....2560.....การประชุมครั้งที่ .....5/2560.....

วันที่ที่หมดอายุ.....5.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....2561.....

ลงนาม .....

(... นพ.ลำซำ ... ลักษณาภิชนัชช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....

(.....นางสำเนา.....นิลบรรพ์.....)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

1. ผู้วิจัยต้องยินยอมให้คณะกรรมการฯ เข้าตรวจสอบการดำเนินงานได้ตลอดเวลา
2. คณะกรรมการฯ มีสิทธิระงับหรือให้ยุติโครงการหากเห็นว่าโครงการวิจัยไม่เคารพในสิทธิ ไม่ปกป้องสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครหรือเห็นว่าจะเกิดอันตรายต่ออาสาสมัครได้



### เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

- 1.ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ
- 2.ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์  
แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 3.สถานที่ปฏิบัติงาน 120/17 หมู่ที่ 17 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000  
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ : 093-0803031  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-202407 ต่อ 138
- 4.เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร ได้แก่
  - 4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่บอกลถึงแนวโน้มการเสพแอมเฟตามีนหลังการบำบัดรักษาได้ดี แต่ปัจจุบันในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างจำกัด จึงได้มีโครงการวิจัยในครั้งนี้ขึ้น
  - 4.2 โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ
  - 4.3 อาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ คือ วัยรุ่นชายอายุ 12-21 ปี ที่ติดแอมเฟตามีน และเข้าการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 143 คน ประกอบด้วย วัยรุ่นชายจากสถาบันรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 57 คน จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ 18 คน จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 56 คน และจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา 12 คน
  - 4.4 อาสาสมัครจะได้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ ซึ่งใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
  - 4.5 การศึกษาวิจัยนี้ไม่มีประโยชน์โดยตรงต่ออาสาสมัคร แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนา การบำบัดรักษาวัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนต่อไป
  - 4.6 บันทึกที่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยข้อมูลเหล่านี้แก่สาธารณชนเกินขอบเขตที่กฎหมายและ/หรือระเบียบกฎหมายอนุญาต ใน

### เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

การตีพิมพ์ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงคำตอบของอาสาสมัครในแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีผู้บำบัดหรือเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัดท่านใดเห็นคำตอบของท่าน การเสนอผลการวิจัยข้อมูลจะถูกเสนอในภาพรวม ไม่มีข้อมูลใดๆที่สามารถระบุถึงตัวท่านปรากฏอยู่ในรายงานนั้น และหลังสิ้นสุดการวิจัยแบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบทั้งหมดจะได้รับการทำลาย

4.7 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ อาสาสมัครอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดหรือลำบากใจที่จะตอบข้อความบางข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวโดยจัดให้อาสาสมัครได้ตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัว และไม่มีผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยอยู่ด้วย อย่างไรก็ตามหากอาสาสมัครเกิดความไม่สบายใจในระหว่างตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสามารถยุติการตอบแบบสอบถามและถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที และหากยังไม่รู้สึกดีขึ้น อาสาสมัครจะได้รับการดูแลให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

4.8 การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัคร

4.9 การเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัครเป็นไปโดยความสมัครใจ และอาสาสมัครสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ ต่อประโยชน์ที่หรือสิทธิที่พึงได้รับตามกฎหมายแต่อย่างใด

4.10 ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย จะได้รับการอนุญาตให้ตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของอาสาสมัครโดยตรง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของวิธีการดำเนินการวิจัย และหรือข้อมูลอื่นๆ โดยไม่ละเมิดสิทธิของอาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้ ทั้งนี้โดยการลงนามในเอกสารยินยอม อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของอาสาสมัครอนุญาตให้บุคคลต่างๆ ข้างต้นมีสิทธิตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของอาสาสมัครโดยตรง

4.11 หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาใดๆเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ ได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 093-0803031 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครได้ทราบโดยเร็ว

**เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร**

4.12 หากอาสาสมัครไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่ 60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีหมายเลขโทรศัพท์ 0-2531-0080 ต่อ 475, 492 โทรสาร 0-2998-9314



### เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (ต่อ)

4.7 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ อาสาสมัครอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดหรือลำบากใจ ที่จะตอบข้อคำถามบางข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวโดยจัดให้อาสาสมัครได้ตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่สงบ เป็นส่วนตัว และไม่มีผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยอยู่ด้วย อย่างไรก็ตามหากอาสาสมัครเกิดความไม่สบายใจในระหว่างตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสามารถยุติการตอบแบบสอบถามและถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที และหากยังไม่รู้สึกดีขึ้น อาสาสมัครจะได้รับการดูแลให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาล ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

4.8 การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัคร

4.9 การเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัครเป็นไปโดยความสมัครใจ และอาสาสมัครสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ ต่อประโยชน์ที่หรือสิทธิที่พึงได้รับตามกฎหมายแต่อย่างใด

4.10 ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย จะได้รับการอนุญาตให้ตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของอาสาสมัครโดยตรง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของวิธีการดำเนินการวิจัย และหรือข้อมูลอื่นๆ โดยไม่ละเมิดสิทธิของอาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้ ทั้งนี้โดยการลงนามในเอกสารใบยินยอม อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของอาสาสมัครอนุญาตให้บุคคลต่างๆ ข้างต้นมีสิทธิตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของอาสาสมัครโดยตรง

4.11 หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาใดๆเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวจุไรพร สัมพุทธานนท์ ได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 093-0803031 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครได้ทราบโดยเร็ว

4.12 หากอาสาสมัครไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่ 60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์ 0-2531-0080 ต่อ 475, 492 โทรสาร 0-2998-9314



### ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

**การวิจัยเรื่อง** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเสพติดตามีน้ำของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ (FACTORS RELATED TO SELF-EFFICACY FOR AMPHETAMINE RELAPSE PREVENTION AMONG MALE ADOLESCENTS, GOVERNMENT DRUG ABUSE TREATMENT CENTERS)

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ เลขที่ 120/17 หมู่ที่ 17 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 หมายเลขโทรศัพท์ 093-0803031

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือ  
ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดย  
ชอบด้วยกฎหมาย

.....ผู้วิจัย

.....พยาน

.....พยาน



ภาคผนวก จ  
การวิเคราะห์ความเหมาะสมของข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ  
และตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

#### ตารางที่ 17 ผลการตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

Model	Correlations			Collinearity Statistics	
	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)					
แก้ปัญหาการคิดพฤติกรรม	.422	.082	.069	.359	2.788
มุ่งมั่นบังคับใจ	.423	.008	.007	.320	3.121
1 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.340	.054	.045	.531	1.883
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.174	.092	.077	.879	1.138
พันธะเชิงบำบัด	.300	-.027	-.023	.529	1.892
แรงจูงใจฯ	.525	.315	.278	.444	2.251

จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวแปรต้นที่ศึกษามีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ พิจารณาได้จากค่า Tolerance ของข้อมูลที่น้อยกว่า .40 หรือพิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (VIF) ที่มากกว่า 2.50 ขึ้นไป (Allison, 1993) ดังนั้นจึงไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ว่าด้วย การวิเคราะห์พหุคูณตัวแปรต้นที่ศึกษาต้องไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหานี้เพื่อให้สามารถใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ โดยการปรับข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จากคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐาน (Allison, 1993)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ(stepwise multiple regression) โดยใช้คะแนนมาตรฐาน (Z-score)

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Zmot		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: Zse

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.525 <sup>a</sup>	.275	.270	.85434

a. Predictors: (Constant), Zmot

b. Dependent Variable: Zse

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	38.274	1	38.274	52.438	.000 <sup>b</sup>
	Residual	100.725	138	.730		
	Total	138.999	139			

a. Dependent Variable: Zse

b. Predictors: (Constant), Zmot

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	6.967E-005	.072		.001	.999
	Zmot	.525	.072	.525	7.241	.000

a. Dependent Variable: Zse



CHULALONGKORN UNIVERSITY

**Excluded Variables<sup>a</sup>**

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics	
					Tolerance	
1	Zcb	.147 <sup>b</sup>	1.570	.119	.133	.592
	Zabf	.109 <sup>b</sup>	1.075	.284	.091	.510
	Zfam	.098 <sup>b</sup>	1.164	.247	.099	.741
	Zfr	.114 <sup>b</sup>	1.573	.118	.133	.986
	Zthera	.039 <sup>b</sup>	.465	.643	.040	.734

a. Dependent Variable: Zse

b. Predictors in the Model: (Constant), Zmot

Casewise Diagnostics<sup>a</sup>

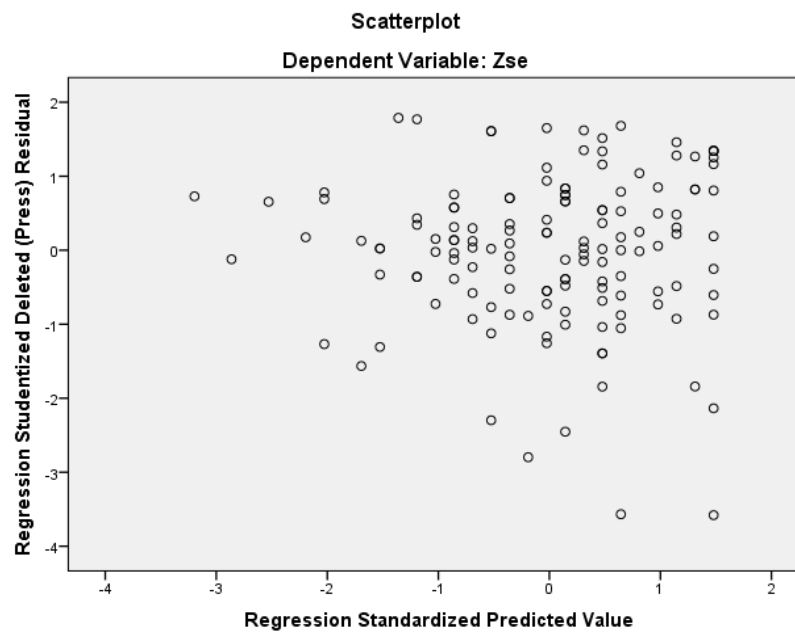
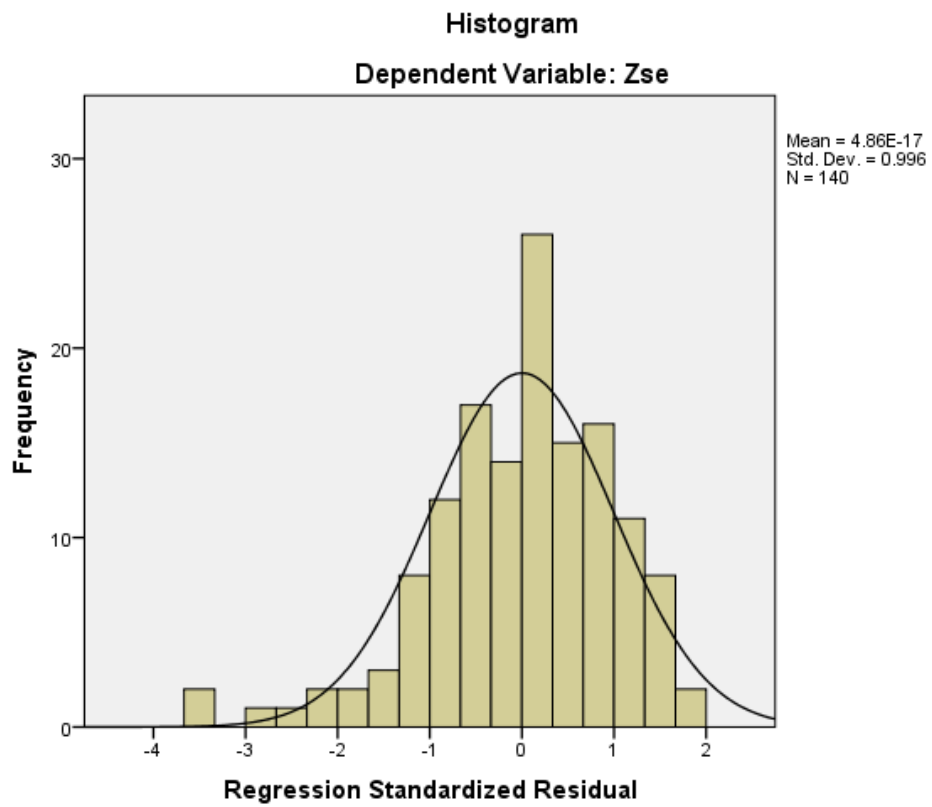
Case Number	Std. Residual	Zse	Predicted Value	Residual
15	-2.253	-2.20	-.2751	-1.92476
25	-2.401	-1.98	.0754	-2.05123
28	-3.408	-2.57	.3383	-2.91147
42	-2.720	-2.42	-.0998	-2.32402
138	-2.085	-1.01	.7764	-1.78148
140	-3.396	-2.13	.7764	-2.90155

a. Dependent Variable: Zse

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-1.6770	.7764	.0003	.52474	140
Std. Predicted Value	-3.197	1.479	.000	1.000	140
Standard Error of Predicted Value	.072	.243	.098	.030	140
Adjusted Predicted Value	-1.7294	.8443	-.0004	.52605	140
Residual	-2.91147	1.50021	.00000	.85126	140
Std. Residual	-3.408	1.756	.000	.996	140
Stud. Residual	-3.436	1.774	.000	1.004	140
Deleted Residual	-2.96949	1.53152	.00068	.86356	140
Stud. Deleted Residual	-3.580	1.788	-.003	1.015	140
Mahal. Distance	.001	10.218	.993	1.469	140
Cook's Distance	.000	.138	.007	.015	140
Centered Leverage Value	.000	.074	.007	.011	140

a. Dependent Variable: Zse



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจุไรพร สัมพุธานนท์ เกิดเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2553 ได้เข้ารับการศึกษาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

