

ปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า



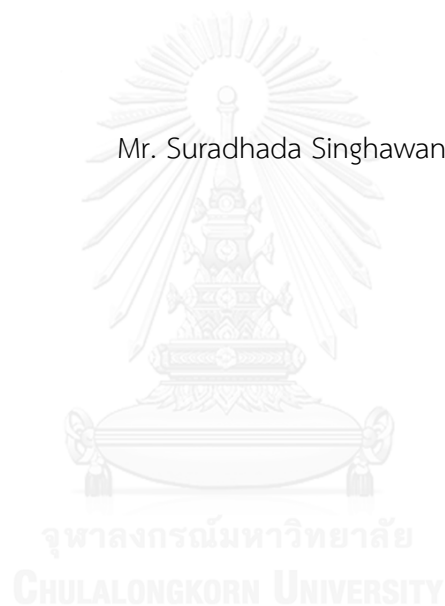
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE TO AMPHETAMINE RELAPSE
AMONG ADOLESCENT AMPHETAMINE USERS

Mr. Suradhada Singhawano



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	ปัจจัยทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
โดย	นายสุรธาดา สิงหาโน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวิชัยชัย)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีรัตน์)

สุรธาดา สิงหาวาโน : ปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE TO AMPHETAMINE RELAPSE AMONG ADOLESCENT AMPHETAMINE USERS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 246 หน้า.

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า 2) ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 185 คน คือ วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 12-24 ปี ที่เสพยาบ้า และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 8 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด 4) แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า 5) แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว 6) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 7) แบบประเมินโรควิตกกังวล 9 คำถาม (9Q) และ 8) แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สำหรับเครื่องมือชุดที่ 2- 8 เท่ากับ .74, .91, .66, .83, .94, .84 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.11 มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 48.40 ($R=.484$)

โดยมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (Z_y) = .621 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + .212 (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + .217 (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - .131 (ภาวะซึมเศร้า)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5777205136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTIVE FACTORS / RESILIENCE TO AMPHETAMINE RELAPSE / ADOLESCENT SURADHADA SINGHAWANO: PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE TO AMPHETAMINE RELAPSE AMONG ADOLESCENT AMPHETAMINE USERS. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 246 pp.

The purpose of this predictive correlation researches were: 1) to study resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users, 2) to examine power of predictive factors including gender, age at onset of amphetamine use, number of drug treatment, severity of amphetamine use, depression, family member substance abuse, self-esteem, family hardiness, social support by peer, and coping on resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users. The subjects were 185 male and female adolescent amphetamine users age 12 to 24 years old, who met the inclusion criteria, and were receiving treatment in voluntary and compulsory systems in outpatient department of four Thanyarak hospitals, Department of Medical Services. Research instruments consist of 8 questionnaires namely: 1) demographic data form, 2) the Rosenberg's self-esteem scale, 3) the adolescent coping scale, 4) the addiction severity index, 5) the family hardiness index, 6) the social support by peers, 7) the nine questions for depression (9Q), and 8) the resilience to amphetamine relapse scale. The Cronbach's alpha coefficient reliability of the 2nd to 8th instruments were as of .74, .91, .66, .83, .94, .84 and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results were as follows:

1) the majority of adolescent amphetamine users (48.11%) rated on resilience to amphetamine relapse as a high level. 2) problem-focused coping, family hardiness, social support by peer and depression were together significantly predicted resilience to amphetamine relapse. The predictive power was 48.40 (R=.484) of the variance. The equation derived from standardizes score was:

Resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users =.621(problem-focused coping) + .212(family hardiness) +.217(social support by peer) - .131(depression)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ท่านได้ทุ่มเทและเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และคอยชี้แนะแนวทาง การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับนิสิตด้วยดีเสมอมา ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งใจในความเมตตาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณีรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ท่านทั้งสองได้กรุณาให้ข้อชี้แนะเพิ่มเติมเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาและองค์ความรู้ ตลอดจนแนวทางการใช้ชีวิตการเป็นนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาให้แก่ข้าพเจ้า ซึ่งนับว่ามีประโยชน์แก่ข้าพเจ้าและวิชาชีพการพยาบาลสืบไป

ขอขอบคุณนางสาวณิชกุล ชันบุตรศรี อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือจนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดีและขอบคุณเพื่อนนิสิตแขนงวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทุกคนที่ช่วยเหลือในการเรียนจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ธรรมารักษ์ทั้ง 4 แห่ง ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ปกครองและญาติทุกๆ ท่าน ที่เล็งเห็นความสำคัญสละเวลาอันมีค่าให้มาร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา คุณพ่อสุรสิทธิ์ คุณแม่สว่าง สิงหาวาโน ที่ข้าพเจ้าเคารพรักและครอบครัวสิงหาวาโน ที่เป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนผู้วิจัยมาตลอด

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยยาเสพติดทุกท่านและครอบครัว ขอให้มีความสุขชีวิตที่ดีตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
สารบัญแผนภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	9
คำถามการวิจัย	10
แนวคิด เหตุผล และสมมติฐานการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	17
ขอบเขตการวิจัย.....	18
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	18
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	21
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น	23
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า	26
3. ระบบและขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย	33
4. การพยาบาลวัยรุ่นที่เสพยาบ้า	47
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและพลังต้านการเสพยาเสพติด.....	50

6. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ.....	70
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	105
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	115
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	116
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	116
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	117
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	117
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	128
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	132
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	135
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	136
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	137
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	153
สรุปผลการวิจัย.....	161
อภิปรายผลการวิจัย.....	164
ข้อเสนอแนะ.....	176
ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้.....	179
รายการอ้างอิง.....	180
ภาคผนวก.....	204
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	205
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	207
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	216

ภาคผนวก ง จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย	223
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	234
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์โดยใช้แผนภาพการกระจาย (Scatter Plot).....	238
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	246



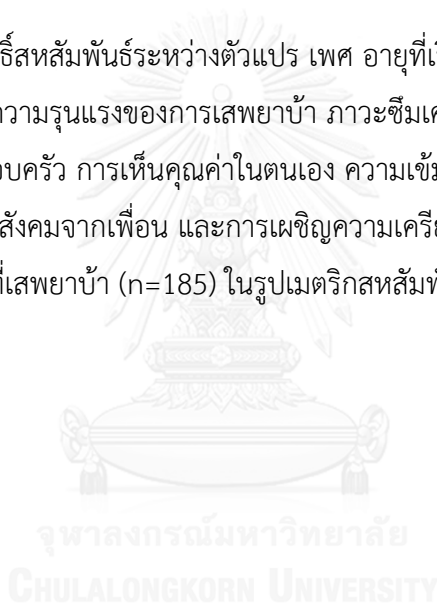
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ.....	35
ตารางที่ 2 เกณฑ์การคัดกรองผู้เสพติด.....	37
ตารางที่ 3 สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด.....	38
ตารางที่ 4 สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบต้องโทษ.....	42
ตารางที่ 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาลต่างๆ (ปีงบประมาณ 2558).....	118
ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล (n=185).....	138
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	139
ตารางที่ 9 ประวัติการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	141
ตารางที่ 10 การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน (n=185).....	142
ตารางที่ 11 ภาวะสุขภาพทั่วไปในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย/จิตใจจากการเสพยาบ้า การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า (n=185).....	144
ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับคะแนน พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	146
ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่ บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของ สมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การ สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียดกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	147

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่
สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของ
สัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้า
ซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)..... 149

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้
ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจาก
เพื่อนและภาวะซึมเศร้าในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
(n=185)..... 151

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่
บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของ
สมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การ
สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด กับพลังด้านการเสพยาบ้า
ซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185) ในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)..... 239



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 รูปแบบ Adolescent Resilience Model (ARM) 63

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย 115



สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)	240
แผนภาพที่ 2	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเสพยาบ้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	240
แผนภาพที่ 3	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่บำบัดรักษากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	241
แผนภาพที่ 4	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพยาบ้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=180).....	241
แผนภาพที่ 5	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)	242
แผนภาพที่ 6	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	242
แผนภาพที่ 7	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)	243
แผนภาพที่ 8	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)	243
แผนภาพที่ 9	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185).....	244
แผนภาพที่ 10	แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)	244

แผนภาพที่ 11 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ กับพลังต้านการ เสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)	245
แผนภาพที่ 12 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญ ความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหากับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพ ยาบ้า (n=185).....	245



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเสพยาบ้าของวัยรุ่นนับเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทยและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของชาติ รวมทั้งก่อปัญหาต่อระบบสาธารณสุขของไทย (จิราภรณ์ ลิมนิจสรกุล, 2546) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงยาบ้าได้ง่าย (เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553; พรรณภา เรืองกิจ และคณะ, 2554) และมีความเสี่ยงต่อการเสพติดยาบ้ามากที่สุด (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) ดังจะเห็นได้จากสถิติในระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ซึ่งรายงานผลการดำเนินงานจำแนกตาม แบบบำบัดรักษา ในส่วนของกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2559 พบว่ายาเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด คือ ยาบ้า มีจำนวน 4,716 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.63 จากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั้งหมด สอดคล้องกับสถิติผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2559 พบว่าเป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด จำนวน 96,393 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.37 โดยมีอายุระหว่าง 18-24 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.91 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์) ปีงบประมาณ 2559 พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาบ้า มีจำนวน 1,193 ราย จำแนกเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.72 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.28 โดยมีอายุระหว่าง 20-24 ปี มากที่สุด และรองลงมา คือ อายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.56 และ 17.30 ตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเสพยาบ้ามีความรุนแรงและยังคงเป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นที่สมควรได้รับการแก้ไข

ยาบ้าจัดเป็นสารเสพติดในกลุ่มสารกระตุ้นประสาท (stimulants) โดยออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วนอยาก (limbic system) ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์พึงพอใจ ศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ศูนย์ความอึด และยังเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ซีโรโตนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งมีผลอย่างมากต่อระบบความพึงพอใจ (mesolimbic reward pathways) ที่สมองทำให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (euphoria) (มานพ คณะโต, 2551) ทำให้ผู้เสพยาบ้ามีความสุข สนุกสนาน ขยันขันแข็ง กระปรี้กระเปร่า มีพลังกำลังและรู้สึกไม่อยากอาหาร ส่งผลให้ผู้เสพเกิดการติดยาเสพติดได้ (สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2556) ในขณะเดียวกันอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้

การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ (ไพฑูริย์ แสงพุ่ม และธนรัตน์ นามผลดี, 2550) หากมีการใช้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางและทำลายสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและเยาวชน (ปิยะรัตน์ โกวิททรงศ์, 2554) และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เช่น เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ หลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน (วรางคณา รักษ์งาน และคณะ, 2556) และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (วาสนา พัฒนกำจร, 2541; อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ และคณะ, 2544; พิชัย แสงชาญชัย, 2555)

นอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้เสพแล้ว ยาบ้ายังส่งผลกระทบต่อในด้านอื่นๆ อีก อาทิเช่น ผลกระทบต่อครอบครัว คือ เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง และเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว (สุจิตตา ฤทธิมนตรี และกฤตยา แสงเจริญ, 2554) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ที่เสพยาบ้าจนติดจะต้องเพิ่มปริมาณการเสพยามากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมากสำหรับซื้อยาบ้ามาเสพเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการเสพ ประกอบกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ในการดำรงชีวิต ยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นหลัก อีกทั้งครอบครัวยังต้องมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยาบ้ายังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของประเทศ เนื่องจากรัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มมากขึ้นในการป้องกันปราบปราม บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสังคม คือ ก่อให้เกิดความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และปัญหาอาชญากรรมต่างๆ ตามมาอีกมากมาย เมื่อมองภาพรวมพบว่ายาบ้าส่งผลกระทบต่อในระดับชาติ จากการสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจและสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการเสพยาบ้าทำให้วัยรุ่นมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม เกิดปัญหาสุขภาพจิต สูญเสียโอกาสทางการศึกษา รายได้ ความเจริญก้าวหน้าด้านการประกอบอาชีพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลใกล้ชิด ขาดการยอมรับนับถือจากครอบครัวและสังคม และถ้าวัยรุ่นไม่สามารถหาวิธีเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม จะทำให้วัยรุ่นหันไปหาตัวช่วย คือ การเสพยาบ้าเพื่อเป็นทางออกของปัญหาและกลับไปสู่วังวนการติดยาเช่นเดิม (เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553) ซึ่งในปัจจุบันปัญหาดังกล่าวได้ขยายวงกว้างจนกลายเป็นปัญหาระดับชาติ ที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงมีนโยบายนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพื่อเป็นการให้โอกาสแก่ผู้เสพยาได้เข้าถึงกระบวนการบำบัดและเป็นการคืนคนดีกลับสู่สังคม โดยในปัจจุบันมีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอยู่ 3 ระบบ (พรณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม, 2552) ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ (voluntary system) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนใน

แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2) ระบบต้องโทษ (correctional system) เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดในคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย และ 3) ระบบบังคับบำบัด (compulsory system) ซึ่งเป็นระบบที่เกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 และต่อมาได้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อขจัดข้อขัดข้องในการดำเนินงาน นำมาสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่ใช้บังคับผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังกล่าว ทำให้ผู้เสพยาจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบใดระบบหนึ่งตามกฎหมาย โดยจากรายงานผลการดำเนินงานตามระบบ บสต. ปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.16 จำแนกเป็น บังคับบำบัดแบบไม่ควบคุม คิดเป็นร้อยละ 32.80 บังคับบำบัดแบบควบคุมไม่เข้มงวด คิดเป็นร้อยละ 11.49 บังคับบำบัดควบคุมแบบเข้มงวด คิดเป็นร้อยละ 0.87 รองลงมาเป็นระบบสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 39.45 และระบบต้องโทษ คิดเป็นร้อยละ 15.39 ตามลำดับ ทั้งนี้ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถหยุดเสพยาได้ คิดเป็นร้อยละ 35.68 ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 41.21 ไม่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 12.70 และอื่นๆ อีกร้อยละ 10.41 (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559)

ที่ผ่านมาแม้ว่าผู้เสพยาจำนวนมากจะเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบใดระบบหนึ่งดังที่กล่าวข้างต้น แต่พบว่าในภาพรวมผลการบำบัดรักษาผู้เสพยาทำให้ได้ผลระยะยาว ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากมีผู้เสพยาจำนวนมากถึงร้อยละ 75 ที่กลับไปเสพยาซ้ำทั้งในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา และภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงานป.ป.ส., 2553) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการกลับไปเสพยาซ้ำภายหลังการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ (relapse) เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย โดยมีข้อมูลอื่นๆ ที่สนับสนุนถึงปัญหานี้ เช่น ผลการศึกษาของสุลินดา จันทระเสนา (2549) ที่พบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยา ร้อยละ 58 เป็นผู้เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งที่ 2 โดยจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นชาย ร้อยละ 78 และวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 22 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 77 มีการกลับไปเสพยาซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี หลังการบำบัด (ปราณีพร บุญเรือง, 2545; ทิพาวิดี เอมะวรรณ, 2548) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 19.15, 20.93 และ 24.12 ตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสพยาซ้ำของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำส่วนใหญ่ จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้เสพโดยตรง

(เสาวนีย์ สำนักวน, 2545; สุภาพร ณะชานันท์, 2548; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550) ดังเช่น การศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ (2550) ที่ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ พบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างผู้เลิกเสพยาได้และผู้เสพยาซ้ำ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าตนเองในความสำเร็จที่ผ่านมา ความภูมิใจและวิธีการแก้ปัญหา และจากการศึกษาของโสฬวรรณ อินทสิทธิ์ (2554) พบว่า การกลับไปเสพยาซ้ำมีปัจจัยนำ คือ ความอยากรู้ อยากลอง ความกลัวไม่ได้รับการยอมรับให้เข้ากลุ่ม และการรับรู้ผลทางบวกจากการใช้สารเสพติดชนิดนั้น เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์ต่อจะพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับตัววัยรุ่นโดยตรงดังกล่าว ล้วนสะท้อนถึงการที่วัยรุ่นขาดภาวะที่เรียกว่า “พลังต้านการเสพยาเสพติด” (Resilience to drug use) โดยภาวะนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการที่วัยรุ่นจะกลับไปเสพยาหรือไม่เสพยาซ้ำ (Meschke and Patterson, 2003; Dillon et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศ เช่น Hawkins, Catalano and Miller (1992) Braverman (1999) และ Meschke and Patterson (2003) ที่พบว่าพลังต้านการเสพยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพยาหรือไม่เสพยาซ้ำในวัยรุ่นด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Dillon et al. (2007) เป็นข้อค้นพบสำคัญที่สนับสนุนว่าพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในวัยรุ่น โดยอธิบายว่า พลังต้านการเสพยาเสพติด หมายถึงศักยภาพของวัยรุ่นในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสภาวะการณ์ที่เครียดหรือกดดันต่อการไม่หวนกลับไปเสพยา รวมถึงความสามารถของวัยรุ่นในการต้านการเสพยาเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยา ซึ่งคำว่า resilience ในมุมมองนี้จึงไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของวัยรุ่นหากแต่เป็นกระบวนการที่วัยรุ่นมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจและทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti and Becker, 2000; Fraser, Kirby and Smokowski, 2004) แล้วแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอันเหมาะสม เช่น การตัดสินใจที่จะไม่เสพยา (Werner, 1986) เป็นต้น ทั้งนี้การศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) อธิบายว่า พลังต้านการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น ประกอบด้วยแนวทางที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้กล่าวถึงพลังต้านการเสพยาเสพติดโดยคำนึงถึงบริบทของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องไปพร้อมๆ กัน และ Dillon ยังชี้แนะต่อว่าหากผู้เสพยาเสพติดมีปัจจัยปกป้องสูงกว่าปัจจัยเสี่ยงจะส่งผลให้ผู้เสพตรายนั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่เสพยาเสพติดและใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกอื่นแทน ส่งผลให้สามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดและลดการกลับไปเสพยาซ้ำได้

ที่ผ่านมาพบว่าในประเทศไทยมีการนำแนวคิด Resilience มาศึกษาในหลายบริบท โดยเรียกชื่อที่แตกต่างกัน เช่น “พลังสุขภาพจิต” หรือ พลัง “อึด อีต สู้” (กรมสุขภาพจิต, 2554) “ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต” (ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล, 2550; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และ เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551) “ความสามารถในการฟื้นพลัง” (พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545) และ “ความแข็งแกร่งในชีวิต” (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิด Resilience มาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งในการป้องกันกลุ่มที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด และการป้องกันการเสพยาซ้ำในผู้ที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดมาก่อน โดยมีชื่อเรียกต่างๆ ในภาษาไทย ได้แก่ พลังด้านการเสพยาเสพติด (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2559) พลังด้านการเสพยาบ้า (มนัสสุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556; ชวันรัตน์ เสถียรกิตต์ธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา จึงเรียกพลังด้านการเสพยาเสพติดในบริบทนี้ว่า “พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ” (Resilience to amphetamine relapse) ดังการศึกษาของเพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นมีพื้นฐานมาจากปัจจัยหลัก 2 ประการ (จิราภรณ์ ลิมนิจสกุล, 2546; พรรณภา เรื่องกิจ, 2554; Hawkins et al., 1992; Luthar, Cicchetti and Becker, 2000; Rew and Hornor, 2003; Fraser, Kirby and Smokowski, 2004; Dillon et al., 2007; Takviriyanan et al., 2008) คือ 1) ปัจจัยปกป้อง (protective factor) หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ช่วยลดหรือยับยั้งพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับตัว และ 2) ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางลบมากขึ้นหรือเพิ่มโอกาสในการไปเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งแม้ว่าในการศึกษาของ Dillon et al. (2007) จะไม่ได้จำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังด้านการเสพยาเสพติดออกเป็นรายด้านอย่างชัดเจน แต่ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในลักษณะที่ตรงข้ามกัน เช่น ความขัดแย้งในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยง และในทางตรงข้าม ความผูกพันระหว่างครอบครัว ถือเป็นปัจจัยปกป้อง เป็นต้น ซึ่งต่อมามีผู้พยายามจัดกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง อาทิเช่น จากการศึกษาของ Haase et al. (2004) ที่ศึกษาวัยรุ่นป่วยโรคมะเร็งที่ถูกทอดทิ้งและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้กระบวนการ Resilience ในรูปแบบ Adolescent Resilience Model (ARM) เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมสามารถกลับสู่สภาพปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาความเครียดเนื่องจากต้องผ่านวิกฤตในชีวิต (PTSD) จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากแนวคิดนี้ โดยวัยรุ่นส่วนหนึ่งสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแบบจำลองนี้มีความซับซ้อน มีการเคลื่อนไหวรอบทุกทิศทาง มีปัจจัยที่สัมพันธ์

กันทั้งทางบวกและทางลบ และมีการแบ่งกลุ่มของปัจจัยออกเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านการเจ็บป่วย ด้านครอบครัว และด้านสังคม ต่อมานันส์ สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) และ ชวันรัตน์ เสถียรกิตต์ธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ได้นำแนวคิดนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ได้แก่ 1) เพศ จากการศึกษาของ Fraser, Kirby and Smokowski (2004) พบว่าบริบททางสังคม ค่านิยมและความเชื่อในเรื่องเพศ มีอิทธิพลต่อการเสพยาเสพติดและมุมมองการติดยาที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย จากการศึกษาของศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ (2556) มองว่าชายและหญิงมีมิติการเข้าสู่เส้นทางการเสพยาที่แตกต่างกัน โดยการเสพยาในเพศชายถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนการเสพยาในเพศหญิงมักถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีการสร้างตราบาปให้ อีกทั้งพบว่าเพศหญิงมี resilience มากกว่าเพศชาย (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) จึงส่งผลให้เพศชายและเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (มธุรส สว่างบำรุง และคณะ, 2548) โดยเพศชายมีแนวโน้มในการเสพยาเสพติดสูงกว่าในเพศหญิงดังเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว 2) การมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมตั้งแต่อายุยังน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงในการเสพยาบ้าสูงขึ้น (ชยันตร์ธร ปทุมมานนท์, ชไมพร ทวีชศรี และรังสรรค์ วรวงศ์, 2542) 3) บุคลิกภาพ โดยพบว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพแบบสมยอม (passive) พึ่งพิง (dependent) แยกตัว (withdrawal) และไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ลึกซึ้งกับผู้อื่นได้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2549) 5) อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด โดยการศึกษาเริ่มต้นใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดสารเสพติด (จิราภรณ์ ลิ้มนิจสรกุล, 2546; Dillon et al., 2007) และ 6) การมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับยาเสพติด โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติทางบวกต่อการใช้ยาเสพติดจะเสพยาบ้าสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีทัศนคติทางบวกกับยาเสพติด (ชมนาด มโนไพบูลย์ และคณะ, 2545; สถาบันวิจัยทางสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551)

ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ 1) ความรุนแรงของการเสพยาเสพติด (วรัญญา จิตรผ่อง, 2552) พบว่ามีความสัมพันธ์กับประวัติการใช้ยาเสพติดและการกลับไปเสพยาซ้ำ และในทางตรงข้ามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาเสพติด (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556; Dillon et al., 2007) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด 2) จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา (นิรุจน์ อุทธา และคณะ, 2548; Supreda et al., 2006; ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ, 2556) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากผู้ที่เข้ารับการบำบัดหลายครั้งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ติดยาในระดับรุนแรงมีอาการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจทำให้เลิกได้ยาก และ 3) ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Lewinsohn (1993) พบว่าผู้เสพยาบ้าจะมีความรู้สึกหดหู่ กังวลใจและมีภาวะซึมเศร้าในช่วงขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ (2550); วรางคณา

รักษางาน และคณะ (2556) ที่พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยและหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัว ได้แก่ 1) การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว (นันทา ชัยพิชิตพันธุ์, 2541; วันเพ็ญ ใจปทุม และคณะ, 2544; ประธาน รัตนจำรูญ, 2544) พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นหันไปเสพยาบ้า เนื่องจากมีพฤติกรรมเลียนแบบและเป็นปัจจัยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดโดยไม่รู้จักรักผิดชอบชั่วดี (อรพิน กลิ่นพยุร และคณะ, 2553) 2) ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีความขัดแย้งส่งผลต่อวัยรุ่นที่เป็นสมาชิกทำให้เกิดแนวโน้มที่จะใช้ยาบ้าสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป (ชยันธร ปทุมมานนท์ และคณะ, 2542; Brook et al., 2001) 3) การมีบิดาหรือมารดาเสียชีวิต การอยู่กับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง การอยู่กับบิดาหรือมารดาเลี้ยง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาบ้าที่มากขึ้นในวัยรุ่น (สรลิวรรณ ทับทวี, 2547; ลลิตา เตชาวุธ, 2548) 4) การมีทัศนคติทางบวกต่อการใช้สารเสพติดของบิดามารดา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น (จิราภรณ์ ลิ้มนิจสรกุล, 2546; Feinberg et al., 2007) 5) การขาดการควบคุมดูแลจากบิดามารดา การอบรมเลี้ยงดูแบบไม่มีระเบียบกฎเกณฑ์ บิดามารดาไม่มีเวลาให้คำปรึกษาทำให้วัยรุ่นหันไปปรึกษาเพื่อนแทนและใช้ยาเสพติดเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา (Spielmann and Tejagupta, 2004) และ 6) การได้รับความอบอุ่นที่ไม่สม่ำเสมอจากครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดหันกลับไปเสพยาเสพติดหลังจากเข้ารับการบำบัดอีกด้วย (วิรัช จินตนาวัน, 2543; Sodsai, 2002)

ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม ได้แก่ 1) การพักอาศัยในแหล่งชุมชนที่มีการซื้อขายยา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($r=.28, p< .001$) (โยธิน ปอยสูงเนิน, 2543) 2) การเข้าถึงยาเสพติด พบว่าหากวัยรุ่นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายก็จะมีโอกาสติดยาเสพติดได้ง่ายขึ้นด้วยเช่นกัน (Von Sydow et al., 2002) และ 3) การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด จากการศึกษาของกนกรัตน์ แจ่มวิภูกุล (2545) พบว่าวัยรุ่นที่คบเพื่อนที่เสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมเสพยาบ้าของวัยรุ่น ($r=.72, p< 0.1$)

Meschke and Patterson (2003) กล่าวว่า การที่วัยรุ่นจะเสพยาเสพติดหรือไม่นั้นไม่ได้ขึ้นกับการมีปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียว เพราะว่าวัยรุ่นแม้จะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด แต่หากวัยรุ่นคนนั้นมีปัจจัยปกป้องก็จะช่วยให้สามารถป้องกันหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดได้ ซึ่งปัจจัยปกป้อง ได้แก่

ปัจจัยปกป้องด้านบุคคล ได้แก่ 1) การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยผลการศึกษาหลายเรื่องสนับสนุนว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาเสพติด (Hoffman and Cerbone, 2002; Yuprasert, 1997) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ($r=.195$) (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) และ 2) การเผชิญความเครียด พบว่ามี

ความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้า โดยการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี เช่น ใช้ความสามารถของตนเอง ($r=.541$) อาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($r=.367$) (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่วัยรุ่นใช้ได้ผลในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด (Grotberg, 2003; Dillon et al., 2007)

ปัจจัยปกป้องด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้ยาเสพติด เมื่อผู้เสพตระหนักรู้ว่าตนเองเสพยาในระดับที่รุนแรงและการเสพยาก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยบ่อยขึ้น หรือส่งเสริมอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ให้กำเริบบ่อยขึ้น จะทำให้ผู้เสพลดการเสพหรือหยุดเสพยา (Dillon et al., 2007)

ปัจจัยปกป้องด้านครอบครัว ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด โดยการแสดงความรักใคร่ผูกพัน แสดงความห่วงใยและให้โอกาส เป็นปัจจัยสนับสนุนให้วัยรุ่นไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ, 2556) 2) ความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวส่งผลให้สมาชิกที่เป็นวัยรุ่นมีการเสพยาเสพติดลดลง (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556; Meschke and Patterson, 2003) 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว พบว่าเป็นปัจจัยปกป้องวัยรุ่นจากการใช้ยาเสพติดได้ (จิราภรณ์ ลิ่มนิจสรกุล, 2546)

ปัจจัยปกป้องด้านสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม (Fine, 1991; Kumpfer, 1999) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนที่ไม่เสพยาเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องจากการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นได้ (Piko, 2000) และ 2) การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น (ลัดดาวลัย ฉินประสิทธิ์ชัย, 2546)

ในปัจจุบันการศึกษาเรื่อง resilience มีหลายแนวคิดย่อยและมีความซับซ้อนมากกว่าการศึกษาในอดีต ทั้งนี้แนวคิด resilience to drug use เป็นแนวคิดที่สำคัญและมีลักษณะเชิงซ้อนซึ่งมองบริบทการปรับตัวได้สำเร็จของวัยรุ่น เกิดจากปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเสพหรือไม่เสพยาซ้ำ การนำพลังด้านการเสพยาเสพติดมาใช้นั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ อย่างประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยปกป้องเข้ามาช่วยในการตัดสินใจ รวมถึงกระบวนการและทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันจนนำไปสู่การปรับตัวได้สำเร็จ (ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2559; Allen, 1998; Dillon et al., 2007) ดังการศึกษาของ Meschke and Patterson (2003) ที่พบว่าพฤติกรรมเสพยาเสพติดของวัยรุ่นมีความซับซ้อนและเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ทั้งนี้การที่วัยรุ่นจะเสพยาเสพติดหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น เพราะถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด แต่หากวัยรุ่นคนนั้นมีปัจจัยปกป้องก็จะช่วยให้ปัจจัยเสี่ยงมีอิทธิพลลดลง และหากวัยรุ่นสามารถจัดการกับสิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดได้ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นคนนั้นสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เครียด

ในบริบทที่ถูกช่วยให้เกิดการเสพยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ไม่เสพยาเสพติดนั่นเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีพลังด้านการเสพยาเสพติดที่เข้มแข็ง

จากความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวข้างต้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่ายังมีช่องว่างขององค์ความรู้ โดยจากการศึกษางานวิจัยของมนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ สามารถสรุปช่องว่างองค์ความรู้ได้ดังนี้ 1) เป็นการศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำเฉพาะในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพศชาย แต่ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในวัยรุ่นเพศหญิง 2) เป็นการศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในระบบบังคับบำบัดเพียงอย่างเดียว และยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระบบอื่นๆ ซึ่งพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำนี้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละระบบการบำบัดรักษา และ 3) เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยโดยเฉพาะวัยรุ่นที่เสพยาบ้าว่ามีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำเป็นอย่างไร หากสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั่วประเทศ คาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดแนวทางหรือนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายุวกาเสพติดต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งนี้เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องซึ่งช่วยให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้และป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียด

คำถามการวิจัย

1. พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้หรือไม่อย่างไร

แนวคิด เหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการนำผู้เสพยาบ้าเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แต่ผลดำเนินงานกลับพบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากมีผู้เสพยาบ้าจำนวนมากถึงร้อยละ 75 ที่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา และภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงาน ป.ป.ส., 2553) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำภายหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (relapse) เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย โดยปัจจัยในระดับบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งในการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ คือ การที่ผู้เสพยาบ้าขาดพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเรียกพลังต้านการเสพยาเสพติดว่า “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” (Resilience to amphetamine relapse) เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัด สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย ของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่าผู้ที่เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 50.70 มีพลังต้านการเสพยาบ้าในระดับน้อย ถึง น้อยที่สุด

พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำนี้ถือเป็นความสามารถของบุคคลในการป้องกันการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ (Hawkins, Catalano and Miller, 1992) จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้มีความโดดเด่น โดยมอง resilience ในลักษณะของแนวคิดเชิงซ้อน ที่คำนึงถึงบริบททั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง รวมถึงความสามารถในการเผชิญกับความเครียดจากปัจจัยแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดไปพร้อมๆ กัน ทั้งนี้ เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) ได้ให้คำจำกัดความว่า พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ หมายถึง การที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการรับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีการดึงศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว คำจำกัด

ความดั่งกล่าว สะท้อนความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ โดยคำนึงถึงการจัดการกับบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องกันไปพร้อมๆ กัน ทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจที่จะนำแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ของ Dillon et al. (2007) มาศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ และคัดเลือกปัจจัยจากแนวคิดนี้ผสมผสานกับแบบจำลอง The Adolescent Resilience Model (ARM) ของ Haase (2004) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยพิจารณาเลือกปัจจัยที่มีความเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย จำแนกเป็นปัจจัยหลัก 2 ด้าน และแบ่งเป็น 4 ด้านย่อย คือ 1) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ 1.1) ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล คือ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา 1.2) ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วย คือ จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า และภาวะซึมเศร้า 1.3) ปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัว คือ การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว 2) ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ 2.1) ปัจจัยปกป้องด้านบุคคล คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ 2.2) ปัจจัยปกป้องด้านครอบครัว คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว 2.3) ปัจจัยปกป้องด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล คือ

1.1.1 เพศ จากการมองเพศผ่านบริบท ค่านิยมและกระบวนการขัดเกลาทางสังคม พบว่าผู้ชายและผู้หญิงมีมิติการเข้าสู่เส้นทางการเสพยาเสพติดแตกต่างกัน โดยการเสพยาถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตลูกผู้ชาย (ศิริพร จีรวัดน์กุล และคณะ, 2556) เป็นการแสดงออกถึงความกล้า ศักดิ์ศรี ความเป็นพวกพ้อง สังคมเดียวกันส่งผลให้ผู้ชายเสพยามากกว่าผู้หญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีวัยรุ่นหญิงและชายมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (มธุรส สว่างบำรุง และคณะ, 2548) โดยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย (นันทาชัยพิชิตพันธ์, 2541; สุรวัดน์ คุวิเศษแสง, 2545; สุวรรณิ์ แสงอาทิตย์, 2550; พรรณภา เรื่องกิจ และคณะ, 2554) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง resilience กับเพศ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง โดยการศึกษาของมะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) พบว่าเพศหญิงจะมี resilience มากกว่าเพศชาย และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Frisher et al. (2007) พบว่าเพศสามารถทำนายการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความแตกต่างระหว่างเพศมีผลต่อพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนั้นเพศ จึงน่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

1.1.2 อายุที่เริ่มเสพยาบ้า พบว่าอายุที่เริ่มเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการติดยาเสพติด (จิราภรณ์ ลิ้มนิจสรกุล, 2541; Feinberg et al., 2007) และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยา (นิรุจน์ อุทธา และคณะ, 2548) จากการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น พบว่าผู้ที่เริ่มเสพยาเสพติดตั้งแต่อายุน้อย ๆ ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นผู้ติดยาเสพติดมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เริ่มเสพในวัยผู้ใหญ่ (Learning for life, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา ชำนาญสุข (2550) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นเริ่มต้นด้วยการสูบบุหรี่เพื่อเป็นก้าวแรกของการเข้ากลุ่ม จากนั้นมีการดื่มเหล้า และเริ่มลองเสพยาเสพติด โดยเริ่มจากกัญชาและตามมาด้วยยาบ้าในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานพ คณะโต (2551) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าคิดเป็น 47.18 เท่า และผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าคิดเป็น 30.18 เท่า และจากรายงานของสำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด (2557) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าช่วงอายุที่เสพยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 15-19 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.78 และ 24.03 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าอายุที่เริ่มเสพยาบ้าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในเวลาต่อมา เป็นที่น่าวิตกว่าเยาวชนซึ่งควรจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ กลับมีแนวโน้มในการเสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อายุที่เสพยาเสพติดครั้งแรกมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ และจากผลการศึกษาของสุลินดา จันทระเสนา (2549) ยังพบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้า ร้อยละ 58 เป็นผู้เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งที่ 2 โดยจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นชาย ร้อยละ 78 และวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 22 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 77 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีหลังการบำบัด (ปราณีพร บุญเรือง, 2545; ทิพาวิธ เอมะวรรณ, 2548) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าตั้งแต่อายุยังน้อยเหล่านี้ขาดพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ เพราะยังคงกลับไปเสพยาบ้าทั้งในระหว่างบำบัดและหลังการบำบัด ดังนั้นอายุที่เริ่มเสพยาบ้า จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

1.2.3 การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นการแสดงถึงการเผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อบุคคลและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลด้วย ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ ความวิตกกังวล การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การไม่รับรู้ปัญหา การไม่เผชิญปัญหา การเก็บปัญหาไว้คนเดียว และการตำหนิตนเอง จากการศึกษาของ Wagner, Myers and McIninch (1999) พบว่าวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดมักมีแนวโน้มจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพด้วยการหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ซึ่งพบว่าการเผชิญ

ความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเช่นกัน ($r=-.246$) ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

1.2. ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วย คือ

1.2.1 จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา

จากการศึกษาของนิรุจน์ อุทธา และคณะ (2548) พบว่าจำนวนของการบำบัดรักษาที่มากกว่าจะสะท้อนความรุนแรงของการติดยาบ้า และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้า ซึ่งการเข้ารับการบำบัดรักษาบ่อยครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้เสพยาบ้า ไม่สามารถเลิกยาได้อย่างเด็ดขาด สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์ ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 19.15, 20.93 และ 24.12 ตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ Supreda et al. (2006; อ้างถึงใน ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ, 2556) ที่พบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษาจะสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำและเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ นอกจากนี้การบำบัดรักษาบ่อยครั้งแต่ไม่สามารถเลิกได้ และมีการกลับไปเสพยาซ้ำอยู่เรื่อยๆ สะท้อนให้เห็นว่าผู้เสพยาบ้าขาดพลังหรือมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่น้อย ดังนั้นจำนวนครั้งที่บำบัดรักษา จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

1.2.2 ความรุนแรงของการเสพยาบ้า

จากการศึกษาของวรัญญา จิตรผ่อง (2552) พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 61.2 มีระดับความรุนแรงของการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำอยู่ในระดับที่รุนแรง ซึ่งระดับความรุนแรงของการติดยาจะมีความสัมพันธ์กับประวัติการใช้สารเสพติดและการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) รวมทั้งระบบที่ผู้เสพยาเข้ารับการบำบัด โดยพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบบังคับบำบัดจะมีระดับความรุนแรงของการกลับไปเสพยาซ้ำน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ Von Sydow et al. (2002) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น รับรู้ว่าตนเองเกิดความเจ็บป่วยจากการเสพยาเสพติดจึงปฏิเสธที่จะไม่เสพยาเพราะเกรงว่ายาเสพติดจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งวัยรุ่นเหล่านี้ให้เหตุผลว่าตนปฏิเสธการเสพยาเนื่องจากไม่ยอมเจ็บป่วยและยังไม่อยากเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติด และเหตุผลอีกด้านหนึ่งคือวัยรุ่นบางคนที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การมีโรคประจำตัว หรือป่วยเป็นโรคมุมิแพ้ว โรคระบบทางเดินหายใจ

อาจตัดสินใจไม่เสพยาเพราะคิดว่าการเสพยาเสพติดจะทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบมากขึ้น และคิดว่าการเสพยาเสพติดเป็นการทำให้สุขภาพของตนเองถูกทำลายมากยิ่งขึ้น ดังนั้นความรุนแรงของการเสพยาบ้า จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

1.2.3 ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (วาสนา พัฒนกำจร, 2541; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550; วราภรณ์ รักษ์งาน และคณะ, 2556; สุจิตตา ฤทธิมนตรี และมานพ คณะโต, 2557) และภาวะซึมเศร้านี้พบสูงกว่าในวัยรุ่นทั่วไป (อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ และคณะ, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากผู้เสพยาบ้ามักมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังจากหยุดเสพยาและจะรู้สึกดีขึ้นอย่างมากหากได้เสพยาอีก จึงทำให้คงการเสพยาอย่างต่อเนื่อง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล, 2555; พิชัย แสงชาญชัย, 2555) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวทำให้กลายเป็นผู้ใช้สารแบบติดได้ (อัจฉรา สี่หิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร, 2556) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550) และจากการศึกษาของวิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ (2558) ที่พบว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร่าต่ำ ดังนั้นภาวะซึมเศร้า จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

1.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัว คือ

1.3.1 การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกใช้สารเสพติดจะเป็นแบบอย่างของการใช้สารเสพติดให้กับสมาชิกคนอื่นๆ และสื่อความหมายว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องปกติ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร, 2556) หากวัยรุ่นมองว่าคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวสามารถเสพยาเสพติดได้ตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน และจากการศึกษาของสุลินดา จันทรเสนา (2549) พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นเสพยาบ้าร้อยละ 30 มีสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้องเสพยาบ้าด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของประธาน รัชต์จำรูญ (2544) ที่พบว่านักเรียนที่มีพี่น้องมีประวัติใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดยาบ้าเป็นสามเท่าของนักเรียนที่มีพี่น้องที่ไม่เคยมีประวัติใช้สารเสพติดมาก่อน ดังนั้นการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

2. ปัจจัยปกป้อง

2.1 ปัจจัยปกป้องด้านบุคคล ประกอบด้วย

2.1.1 การเห็นคุณค่าในตนเอง จากผลการศึกษาของ Yuprasert (1997) และ Hoffman and Cerbone (2002) สนับสนุนว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ากับการเห็นคุณค่าในตนเองของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ($r=.195$) และจากการศึกษาของวีริศรา เพียงสุข (2540); นัยนา อินธิโชติ (2545); นิตยา สุทธยากร (2546) และ อภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ (2550) พบว่าวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นหันไปเสพยาเสพติด (Carr, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al. (2005) ที่พบว่า การมองตนเองในด้านลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเสพยาอย่างต่อเนื่องจนติดในที่สุด ดังนั้นการเห็นคุณค่าในตนเอง จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

2.1.2 การเผชิญความเครียด ถือเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาเสพติด การประเมินว่าวัยรุ่นมีพลังต้านการเสพยาเสพติดมากน้อยเพียงใดนั้นจำเป็นต้องประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง รวมถึงกระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันที่วัยรุ่นใช้เพื่อปฏิเสธการไม่กลับไปเสพยา (Meschke and Patterson, 2003) โดยมีผลการศึกษาหลายเรื่องที่สนับสนุนว่าการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีเป็นกลยุทธ์ที่วัยรุ่นใช้ได้ผลในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด (Marlatt and Gordon, 1985; Grotberg, 2003; Eftekhari, Turner and Larimer, 2004; Dillon et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wamboldt (1995) และ Kimble (1998) ที่พบว่าหากวัยรุ่นมีการประเมินสถานการณ์ในการบำบัดว่าเป็นภาวะท้าทาย จะทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการนำเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดกำลังใจในการลดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ในทางตรงข้ามถ้าหากวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ก็มักจะใช้วิธีการเผชิญที่ไม่มีประสิทธิภาพเพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นหรือใช้สิ่งทดแทนอื่นๆ ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือการกลับไปเสพยาซ้ำ เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ (กรวิภา บุญสะอาด และปราณี ศิริภูธร, 2544; มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556)

จะเห็นได้ว่าการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติด เนื่องจากการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอก ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นแรงกดดันที่มีมากเกินไป แหล่งทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ (Lazarus and Folkman, 1984) ทั้งนี้ผู้เสพยาจำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นแรงกดดันที่ทำให้ต้องเผชิญความเครียดด้วยตนเอง ทั้งจากการเข้ารับการรักษา ซึ่งทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป อีกทั้งมักถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นพวกขี้ยา พวกขี้ขโมย ทำให้มักขาดการช่วยเหลือ สนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (สุกมาแสงเดือนฉาย และคณะ, 2544) ถ้าวัยรุ่นมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมก็จะทำให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติดังกล่าวได้และไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำอีก โดยวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละแบบส่งผลต่อพลังต้านการเสพยาซ้ำซ้ำของวัยรุ่น ดังนี้

1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้

ความสามารถของตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามของบุคคลในการใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การแก้ปัญหาที่สาเหตุ การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ การคบเพื่อน การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมุ่งเน้นในด้านบวก และการแสวงหาความเพลิดเพลิน เพื่อการผ่อนคลาย เป็นต้น โดยจากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาซ้ำซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาซ้ำ (r=.541) ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาซ้ำซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาซ้ำได้

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่ง

สนับสนุนอื่นๆ เป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น โดยจากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาซ้ำซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาซ้ำ (r=.367) ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาซ้ำซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาซ้ำได้

2.2 ปัจจัยปกป้องด้านครอบครัว คือ

2.2.1 ความเข้มแข็งของครอบครัว จากการศึกษาของ Hoffmann and Cerbone (2000) พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถยับยั้งพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanton et al. (2001) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการติดตามดูแลวัยรุ่นอย่างใกล้ชิดของครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้วัยรุ่นมีการเสพยาเสพติด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Meschke and Patterson (2003) ที่พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวส่งผลให้สมาชิกที่เป็นวัยรุ่นมีการเสพยาเสพติดลดลง ดังนั้นความเข้มแข็งของครอบครัว จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

2.3 ปัจจัยปกป้องด้านสังคม คือ

2.3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จากการศึกษาของ Wills, Mariani and Filer (1996) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากเพื่อนที่ใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติด ในทางตรงข้ามการศึกษาของ Piko (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่ใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องจากการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นและจากศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.309$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จึงน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า และศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12- 24 ปี ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory system) ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงการติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด

ตัวแปรตาม คือ พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ หมายถึง การที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการรับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีการตั้งศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว โดยประเมินจากแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ของ Dillon et al. (2007) ร่วมกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า

วัยรุ่นที่เสพยาบ้า หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี (แบ่งเกณฑ์ช่วงอายุตามแบบรายงาน บสต.) ทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory system) แบบผู้ป่วยนอก ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการ

รักษา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่

ยาบ้า หมายถึง ยาหรือสารเคมีในกลุ่มแอมเฟตามีน ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 โดยออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้เสพไม่ว่าจะเป็นโดยวิธีรับประทาน สูดดม ฉีดหรือวิธีใดก็ตามทำให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว สดชื่น กระฉับกระเฉง เพลิดเพลิน มีความสุข หากผู้เสพยาบ้าติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลายสุขภาพและทำให้เกิดอาการทางจิตได้

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งถูกกำหนดโดยเพศกำเนิด ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

อายุที่เริ่มเสพยาบ้า หมายถึง อายุที่วัยรุ่นเริ่มเสพยาบ้าเป็นครั้งแรกนับเป็นปี ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา หมายถึง จำนวนครั้งที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเข้าบำบัดรักษาการเสพยาบ้า นับจนถึงครั้งปัจจุบัน ทั้งที่เป็นการเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดของรัฐหรือเอกชน ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความรุนแรงของการเสพยาบ้า หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีต่อความรุนแรงของภาวะการเสพยาบ้าซึ่งตนเองเผชิญอยู่ ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน ว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการทำหน้าที่ของตนเองมากน้อยเพียงใด ประเมินจากแบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้าของสถาบันธัญญารักษ์ (2546)

การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลซึ่งอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทางสายเลือด ทางนิตินัยหรือทางพลตินัย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง แฟน เป็นต้น มีการรับสารเสพติดชนิดต่างๆ ทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเข้าสู่ร่างกายของบุคคล ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและทัศนคติของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่มีต่อตนเองในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่ โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ภาควิชาในตนเอง การยอมรับตนเองว่าสำคัญ มีคุณค่าและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้จนประสบความสำเร็จ โดยประเมินจากแบบสอบถามความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปรมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg (1965) และพัฒนาต่อโดยเสาวนีย์สำนวน (2545) เพื่อนำมาใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้า แสดงออกเพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และโรงพยาบาล ัญญารักษ์ ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ เพื่อให้ความเครียดนั้นหมดลงหรือลดอันตรายนลงหรือ แก้ไขสิ่งคุกคามให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นหรือทำให้ตนเองสบายใจขึ้นและสามารถรักษาความมั่นคงของ ตนเองไว้ได้ ประเมินจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent coping scale ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ของ Lazarus and Folkman (1984) และวีณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดการเผชิญ ปัญหาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ และเสาวนีย์ สำนวน (2545) นำมาปรับปรุงเพื่อให้ มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ คือ

- **แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง** หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าใช้ศักยภาพตนเองที่มีอยู่ในการ จัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะต่างๆด้วยตนเอง เช่น การเล่นเกม การหาความเพลิดเพลินและผ่อนคลาย หรือทำความเข้าใจสาเหตุเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างเป็น ระบบ

- **แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ** หมายถึง ความคิดความรู้สึก หรือพฤติกรรมซึ่งแสดงออกที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้มีการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆหรือการ ขอความช่วยเหลือในด้านข้อมูล คำแนะนำปรึกษาและอื่นๆจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา เพื่อน ครู และผู้บำบัด ในการจัดการกับความเครียดในระหว่างการบำบัดรักษา

- **แบบหลีกเลี่ยงปัญหา** หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าใช้วิธีการหนีปัญหาหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การกระทำที่ลดความ ตึงเครียดแต่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การตำหนิหรือโทษตนเอง หรือหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับความ จริง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยว ท้อแท้ใจและหมดอารมณ์สนุก ไม่เพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยหากมีอาการในระดับที่ รุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน อาจเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกาย ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม ประเมินจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต (2557)

ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงพลังความหนักแน่น และมั่นคงของครอบครัวในการควบคุมและจัดการกับความยุ่งยากหรือปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่าง ที่วัยรุ่นเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินจากแบบสอบถามที่

Uthis (1999) ได้แปลมาจากดรชนีชี้วัด The Family hardiness index ของ McCubbin, McCubbin and Thompson (1986) เพื่อนำมาใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ต่อมา มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาปรับปรุงสำหรับใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัว ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงการได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือและสิ่งของต่างๆ จากเพื่อน ประเมินจาก แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ตามกรอบ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) สร้างขึ้นโดยชอว์กิง ชูครุช (2541) เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ซึ่งต่อมามนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาดัดแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งครอบคลุมการ สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้าน สิ่งของและบริการ และ3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการพยาบาลสำหรับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมปัจจัยปกป้องและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มประชากรอื่นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในครั้งนี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร บทความ หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
 - 1.2 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า
 - 2.1 ประวัติของยาบ้า
 - 2.2 ความหมายของยาบ้า
 - 2.3 กลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการติดสารแอมเฟตามีน
 - 2.4 เกสซ์จลนศาสตร์ของสารแอมเฟตามีน
 - 2.5 กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้า
 - 2.6 การติดยาบ้าและเส้นทางการติดยาบ้า
 - 2.7 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นติดยาบ้า
 - 2.8 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า
3. ระบบและขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย
 - 3.1 ความหมายของการบำบัด
 - 3.2 ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
 - 3.3 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
4. การพยาบาลวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและพลังด้านการเสพยาเสพติด
 - 5.1 แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience)
 - 5.2 แนวความคิดเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)
 - 5.3 การประเมินความแข็งแกร่ง และพลังด้านการเสพยาเสพติด
6. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ
 - 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

“วัยรุ่น” มาจากคำภาษาอังกฤษว่า “Adolescence” มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Adolescere” หมายถึง การเจริญเติบโตหรือเจริญเติบโตไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาการเจริญเติบโตจากความไม่มีวุฒิภาวะของเด็กไปสู่ความมีวุฒิภาวะของผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Steinberg, 1999)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น ว่าเป็นวัยที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ เป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านจิตใจที่พร้อมจากเด็กสู่การไปเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงสภาพจากที่ต้องพึ่งพา พ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ไปสู่สภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง ซึ่งความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้วัยรุ่นจะเกิดการเรียนรู้ในวัฒนธรรมต่าง ๆ อย่างไรก็ตามช่วงระยะเวลาของวัยรุ่นนั้นเป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น หมายถึง วัยที่มีอายุประมาณ 13-19 ปี (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่เตรียมความพร้อมสำหรับการปรับตัวจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ และยังเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับปัญหา ความตึงเครียด ความสับสนวุ่นวาย เนื่องจากต้องการหาเอกลักษณ์แห่งตนและสร้างค่านิยม ทักษะคติในการดำเนินชีวิตของตนเอง

1.2 พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น

1.2.1 ความหมายของพัฒนาการ

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของคำว่าพัฒนาการ (Development) ดังนี้

สุชา จันทรเอน (2540) กล่าวว่า พัฒนาการ หมายถึง ลำดับของการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนการเปลี่ยนแปลง (process of change) ของมนุษย์ทุกส่วนที่ต่อเนื่องกันไป ในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต การเปลี่ยนแปลงนี้ จะก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ เป็นขั้น ๆ จากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่งเพื่อที่จะไปสู่วุฒิภาวะ ทำให้มีลักษณะและความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เจริญ ก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับ

ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต (2541) ได้ให้คำจำกัดความของพัฒนาการ ว่าเป็น การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน มีขั้นตอน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในด้าน

เจริญเติบโตงอกงามและถดถอย และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลรวมของวุฒิภาวะและประสบการณ์

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พัฒนาการเป็นกระบวนการพัฒนาของมนุษย์ในทุก ๆ ด้านของชีวิตตั้งแต่จุดเริ่มต้นของชีวิตจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในลักษณะของการเจริญงอกงามและการถดถอย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งนำไปสู่ความมีวุฒิภาวะ

1.2.2 ระยะเวลาของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยเชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ สำหรับการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น ได้มีผู้ที่กำหนดช่วงอายุไว้ต่าง ๆ กัน ซึ่งเป็นการยากที่จะกำหนดได้อย่างแน่นอนว่าวัยรุ่นควรเริ่มจากอายุเท่าไรและสิ้นสุดเมื่อใด ในปัจจุบันมีการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้อย่างหลากหลาย เพราะเป็นวัยที่ขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการและการเจริญเติบโต ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004; อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งแบ่งกลุ่มวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วัยรุ่นตอนต้นอายุระหว่าง 10-15 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 16-19 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 20-24 ปี

Santrock (1996) ได้กำหนดว่าวัยรุ่นมีอายุระหว่าง 10-21 ปี โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัย ตามการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น คือ วัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ซึ่งแต่ละระยะจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน และ Steinberg (1999) ได้กำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นไว้เป็น 3 ช่วงดังนี้ 1) ช่วงวัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงอายุระหว่าง 11-14 ปี 2) ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง เป็นช่วงอายุระหว่าง 15-18 ปี และ 3) ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เป็นช่วงอายุระหว่าง 19-21 ปี

สุชา จันทรเอม (2542) ได้แบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) ตั้งแต่อายุ 13 -15 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) ตั้งแต่อายุ 15 -18 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) ตั้งแต่อายุ 18 - 21 ปี

ศรีเรื่อน แก้วก้างวาล (2545) ได้กล่าวเกี่ยวกับการแบ่งช่วงของวัยรุ่น ออกเป็น 3 ระยะโดยใช้เกณฑ์ความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ตัดสินคือ 1) ช่วงอายุประมาณ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยแรกรุ่น ซึ่งยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็กอยู่มาก 2) ช่วงอายุประมาณ 16-17 ปี เป็นช่วงระยะรุ่นตอนกลางจะมีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ 3) ช่วงอายุประมาณ 18-25 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลายกระบวนการพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเป็นผู้ใหญ่

อุบลรัตน์ เพ็งสกลิต (2549) ได้แบ่งระยะวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วงวัย ดังต่อไปนี้ 1) วัยแรกรุ่น (puberty) เป็นช่วงที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้น ลักษณะของวัยนี้ก็มีลักษณะของวัยที่แตกต่างกับวัยอื่น 2) วัยรุ่นตอนต้น (preadolescence and

adolescence) เป็นช่วงที่รวมเอาวัยแรกรุ่นเข้าไว้ด้วยกันจนถึงอายุได้ประมาณ 17 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence or youth) มีอายุโดยประมาณ 17-21 ปี

เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์ (2550) ได้แบ่งระยะวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ 1) วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) เป็นระยะเริ่มแรกในการเข้าสู่วัยรุ่น โดยอยู่ในช่วงอายุ 12-15 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อยู่ในช่วงอายุ 15-18 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อยู่ในช่วงอายุ 18-25 ปี ระยะนี้เป็นช่วงสุดท้ายก่อนจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

อภาพร เผ่าวัฒนา (2552) ได้สรุปพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นไว้ 3 ระยะ คือ 1) วัยรุ่นตอนต้น โดยเพศหญิงอายุระหว่าง 10 -12 ปี และเพศชายอายุระหว่าง 13 - 14 ปี 2) วัยรุ่นตอนกลาง อายุตั้งแต่ 14 ปี ถึงอายุ 15 -17 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 18 -20 ปี

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยยึดช่วงอายุตามเกณฑ์ของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) กระทรวงสาธารณสุข คือ วัยรุ่นที่มีช่วงอายุระหว่าง 12 - 24 ปี ซึ่งในระบบรายงานยาเสพติดจัดไว้ในกลุ่มวัยรุ่น (พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม, 2552)

1.2.3 พัฒนาการของวัยรุ่น

1) พัฒนาการด้านร่างกาย (Physiological Development) มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยทั่วไปการเจริญเติบโตด้านนี้จะเห็นได้ชัด เช่นรูปร่าง แขนขายาวขึ้น ร่างกายขยายขึ้นเนื่องจากผลของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ต่อมเพศและอวัยวะสืบพันธุ์เจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ ลักษณะที่เห็นชัดเจนคือ การมีประจำเดือน สะโพกผาย (สุชา จันท์เอม, 2540)

2) พัฒนาการทางด้านอารมณ์ (Emotion Development) พัฒนาการทางอารมณ์ค่อยๆ ก่อประสานกันมาตั้งแต่เด็ก บางส่วนมาจากพันธุกรรม มีพื้นฐานมาตั้งแต่แรกเกิดและส่วนหนึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู โดยเป็นช่วงที่สามารถเห็นลักษณะของอารมณ์ชัดเจนขึ้น เช่นอารมณ์รัก ชอบ โกรธ เกลียด หลงใหล สับสน และหงุดหงิดเป็นต้นส่วนใหญ่จะมีอารมณ์รุนแรง อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย (วินัดดา ปิยศิลป์, 2545)

3) พัฒนาการทางด้านสังคม (Social Development) การเข้าสังคมของวัยรุ่นจะกว้างขวางขึ้นไม่ชอบรวมกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัว เพราะต้องการอิสระกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมากเกิดการรวมตัวและเลียนแบบบุคคลที่ตนชื่นชอบ วัยรุ่นจะเริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง อยากเป็นตัวของตัวเอง ชอบเป็นอิสระ ไม่เชื่อฟังใครยกเว้นเพื่อนในกลุ่มเดียวกันมีค่านิยม ความเชื่อ และความคิดคล้ายกันในกลุ่ม พฤติกรรมของวัยรุ่นจึงเป็นการทำตามเพื่อน และต้องการการยอมรับในกลุ่ม เช่น เด็กหญิงจะเริ่มสนิทกับเพศตรงข้ามและเริ่มจับกันเป็นคู่ ๆ (สุชา จันท์เอม, 2540)

4) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Intellectual Development) วัยรุ่นมีการพัฒนาด้านนี้เป็นอย่างมาก โดยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และเจริญสูงสุดเมื่ออายุ 16 ปี วัยรุ่นชอบเรียนรู้โดยวิธีลองผิดลองถูกจึงเป็นวิธีสำคัญที่ทำให้ได้พบปัญหา ได้ค้นพบวิธีแก้ไขปัญหากว่าจะเป็นที่พอใจ วัยรุ่นมีความกระตือรือร้นและมีความสามารถเพิ่มขึ้นหลายอย่าง สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถอภิปรายแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล แสดงความสามารถในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่นได้ รู้จักสังเกตความรู้สึกของคนอื่น (สุชา จันท์เอม, 2540)

5) พัฒนาการทางด้านเพศ (Sexual Development) ในช่วงก่อนเข้าสู่วัยรุ่น พัฒนาการทางเพศยังอยู่ในระดับต่ำทั้งทางร่างกายและจิตใจ เริ่มสนใจเรื่องเพศโดยหาข้อมูลจากเพื่อนในโรงเรียนและครอบครัว เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น เริ่มมีการพัฒนาเข้าสู่การมีวุฒิภาวะ เกิดความวิตกกังวลและอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับร่างกายของตนเองและเปรียบเทียบกับกลุ่มเพื่อน มีความคิดเพื่อฝันเรื่องเพศ และอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึกผิด กิจกรรมทางเพศมักไม่เกี่ยวกับการสัมผัสเนื้อตัวหรือมีเพศสัมพันธ์ แต่เป็นการพูดคุยกันทางโทรศัพท์ในกลุ่มเพื่อน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลาง พัฒนาการทางกายเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์ เริ่มมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง มีพลังทางเพศสูง พฤติกรรมทางเพศมักเกิดจากการอยากรองและเป็นไปตามธรรมชาติ มีการสัมผัสกอดจูบ ส่วนวัยรุ่นตอนปลายมีการเจริญเติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและสังคม มีการแสดงพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น เริ่มพัฒนาความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมทางเพศ (Neinstein and Anderson, 1996; อ้างถึงใน บัณฑิตย์ ใจตรงดี, 2545)

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า

2.1 ประวัติของยาบ้า

สารแอมเฟตามีนหรือยาบ้าเป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นในปี ค.ศ.1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ชื่อ เอเดเลโน (Edeleano) เป็นผู้สังเคราะห์สารนี้ขึ้นเป็นคนแรกและตั้งชื่อว่า “แอมเฟตามีน” ในสมัยสงครามโลกครั้งที่สองใช้กระตุ้นความกล้าหาญและความอดทนของทหาร โดยประมาณกันว่ามีการใช้ยาบ้ากว่า 72 ล้านเม็ด ระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง หลังสงครามยุติการใช้แอมเฟตามีนจึงเริ่มแพร่ขยายออกไปสู่สังคม สำหรับในประเทศไทยแอมเฟตามีนเริ่มแพร่ระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2510 และทวีความรุนแรงมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบกับสังคมไทยเป็นวงกว้าง เกิดปัญหาอาชญากรรม และปัญหาการค้าประเวณี เป็นต้น (สำนักงาน ป.ป.ส., 2546) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ออกประกาศกระทรวงโดยระบุให้แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.

2465 และแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543) ต่อมาการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนรุนแรงมากขึ้น มีการกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ และถือเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน รัฐบาลจึงกำหนดให้แอมเฟตามีนจัดอยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 แอมเฟตามีนนั้นเดิมเรียกว่า “ยาม้า” เนื่องจากนำมาใช้ในม้าแข่งและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและคนขับรถบรรทุกและมีชื่อเรียกแตกต่างกันหลายชื่อ เช่น ยาขยัน ยาแก้ง่วง ยาโต้ป ยาตื่นตัว ยาเพิ่มพลัง เพราะเมื่อเสพยาแล้วจะทำให้มีเรี่ยวแรงขยันทำงาน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2539 นายบรรหาร ศิลปะอาชา ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นริเริ่มให้เปลี่ยนชื่อเป็น “ยาบ้า” เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2539 เพื่อให้ผู้เสพตระหนักถึงโทษของยาบ้าที่ทำให้ผู้เสพไม่สามารถควบคุมสติได้ เกิดความรังเกียจ ทำให้ไม่อยากเสพและกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539

2.2 ความหมายของยาบ้า

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส., 2538) ได้ให้ความหมายของ ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความทรงจำ ความคิดควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว ทางกายได้คิดค้นขึ้นมาเพื่อบำบัดโรคจิตซึมเศร้า โรควงหลับ ปัจจุบันเลิกใช้แล้วเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเสพติด และมีผลข้างเคียงสูง เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดตีบ มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว หวาดระแวง ประสาทหลอน เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (2539) สรุปความหมายของยาบ้าไว้ว่า ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า เหนื่อยช้า ได้แก่ ยาในกลุ่มแอมเฟตามีน ฟิโมลีน เป็นต้น ในอดีตแพทย์ใช้รักษาโรคซึมเศร้า โรควงหลับ ใช้เป็นยาลดความอ้วน ซึ่งปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะให้ผลข้างเคียงทางกายและเกิดอาการทางจิตได้

พัชชา วงศ์สุวรรณ (2552) ได้สรุปความหมายของยาบ้าเอาไว้ว่า ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท มีผลทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ไม่เหนื่อยง่าย แต่เมื่อเสพติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลายสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ (2553) ศึกษาประสบการณ์ของการเป็นผู้เสพยาบ้าของวัยรุ่นที่มีมุมมองต่อความหมายของยาบ้าว่า หมายถึง “ตัวช่วย” ซึ่งช่วยทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน และมีความสุข บางรายเสพยาบ้าเพื่อช่วยทดแทนบางอย่าง สามารถทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้แม้จะถูกกละเลยจากครอบครัวก็ตาม

กล่าวโดยสรุป ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ ประเภท 1 โดยออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้เสพไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม เกิดความรู้สึกตื่นตัว สดชื่น กระฉับกระเฉง เพลิดเพลิน มีความสุข หากผู้เสพยาใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานานจะทำให้สุขภาพและเกิดอาการทางจิตได้

2.3 กลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการติดสารแอมเฟตามีน

เมื่อร่างกายได้รับสารแอมเฟตามีน จะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2531) ดังนี้

2.3.1 กลไกไฮดรอกซิเลชัน (Aromatic Hydroxylation) กลายเป็นฟีโนลิกอีน (Phenolicomine) โดยเฉพาะพี-ไฮดรอกซีแอมเฟตามีน (P-hydroxy amphetamine) ซึ่งยังสามารถออกฤทธิ์อยู่

2.3.2 กลไกเบต้า-ไฮดรอกซิเลชัน (Beta-Hydroxylation) ทำให้กลายเป็นสารที่มีหมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl group) มาจับกับกลไกทั้งสอง ทำให้สารพิไฮดรอกซินอร์ด ซึ่งถูกดึงกลับไปออกฤทธิ์เหมือนเพิ่มฤทธิ์ของแอมเฟตามีน นอกจากนี้การเสพสารแอมเฟตามีนานๆไม่ได้มีผลกับการขับสารออกจากร่างกาย แต่จะมีการดูดกลับของ (3) H-amphetamine เข้าไปในสมองส่วน pons medulla จึงเป็นผลให้ร่างกายไม่ได้เพิ่มอัตราการขับสารออกจากร่างกายและสารแอมเฟตามีนยังมีฤทธิ์ต่อตำแหน่งอดรีเนอร์จิก (Adrenergic site) โดยมีฤทธิ์คล้ายตัวส่งกระแสประสาท ซึ่งมีลักษณะการออกฤทธิ์ 4 ประการ คือ

1) ออกฤทธิ์ให้เป็นตัวนำกระแสประสาทที่เป็นอะดรีนาลิน (Adrenaline neurotransmitter) หลังออกมาจากตำแหน่ง Pre-synaptic site มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นที่ตำแหน่ง Post-Synaptic fiber

2) เมื่อมีกระแสประสาทเกิดขึ้นใน Pre-synaptic site จะมีการเพิ่มปริมาณของสารตัวนำส่งที่จะปล่อยออกมา

3) สกัดกั้นการรับที่ Pre-synaptic site ทำให้ตัวนำกระแสประสาทไปเกิดขึ้นที่ Post-Synaptic fiber

4) ทำให้เกิดการดีท็อกซ์ เมื่อสารแอมเฟตามีนถูกสันดาบโดยน้ำย่อย Liver microsomal enzyme จะได้สารพี-ไฮดรอกซีแอมเฟตามีน (P-hydroxyamphetamine) ซึ่ง

จะทำหน้าที่เป็นตัวนำกระแสประสาทเทียมเพื่อเข้าไปจับกับตัว Neurohumor ซึ่งเป็นสารเคมีในเซลล์ประสาทที่สามารถกระตุ้นหรือปรับการทำงานของเซลล์ประสาท ทำให้มีการลดประสิทธิภาพการปล่อยตัวนำกระแสประสาทออกมา ต้องใช้ตัวนำกระแสประสาทมากขึ้นจึงจะได้ผล และเมื่อต้องการตัวนำกระแสประสาทมากก็ต้องใช้สารแอมเฟตามีนในปริมาณที่มากขึ้นด้วย

2.4 เกสซ์จลนศาสตร์ของสารแอมเฟตามีน

สารแอมเฟตามีนนั้นสามารถดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหารและระบบหายใจ ดังนั้นผู้เสพยาจึงสามารถเสพยาได้ทั้งวิธีการกิน การสูบ หรือการฉีดโดยจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมง หลังกินและภายในไม่กี่วินาทีหลังฉีดแอมเฟตามีน นั้นสามารถออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 ชั่วโมง สารแอมเฟตามีนจะถูกกำจัดออกจากร่างกายในรูปเดิมร้อยละ 75 และอีกร้อยละ 20-25 เมตาบอลิซึมผ่าน monoamine oxidase และถูกขับออกทางปัสสาวะ ภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังใช้ยา หากปัสสาวะมีสถานะเป็นกรดจะทำให้ขับแอมเฟตามีนได้เร็วกว่าสถานะเป็นด่าง เพราะจะทำให้สารแอมเฟตามีนที่เป็นด่างแตกตัวได้ดีกว่า (ปริยาพรรณ เพชรปราณี, 2554)

2.5 กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้า

2.5.1 การออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง จะกระตุ้นให้สมองเกิดการตื่นตัว เพิ่มปฏิกิริยาการพูดและการเคลื่อนไหว สามารถทำงานได้เป็นเวลานานโดยไม่มีอาการเหนื่อยล้า ทำให้เป็นสุข (NIDA, 2003) เมื่อใช้สารเป็นเวลานานจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งทำให้เกิดอาการทางจิต (psychosis) หูแว่ว ประสาทหลอน (hallucination) เกิดอาการกลัวและตกใจง่าย พุดจาสับสน (confusion) ควบคุมตนเองได้น้อย อาจส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้และถ้าหากใช้สารในปริมาณที่มาก (over dose) จะออกฤทธิ์กดประสาทและจะส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เสียชีวิตได้ (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543)

2.5.2 การออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มือสั่น ม่านตาขยาย อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะความดันโลหิตสูง บางรายอาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกถึงแก่ความตายได้

2.5.3 การออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้น หายใจผิดปกติ เหนื่อยง่าย เหงื่อออกมากผิดปกติ ปากแห้ง คอแห้ง

2.5.4 การออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้องอย่างรุนแรง ผู้ที่ใช้สารเป็นเวลานานเมื่อหยุดใช้จะมีอาการขาดยา โดยจะมีอาการอ่อนเพลียอย่างรุนแรง รู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ความคิด

สับสน ปวดศีรษะ เหนื่อยออกง่าย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดท้อง บางครั้งอาจมีอาการทรมานทรมายได้ (สุชาติ เลขาบริพัตร, 2544)

2.6 การติดยาบ้าและเส้นทางการติดยาบ้า

2.6.1 การติดยาบ้า

การเสพติดสารแอมเฟตามีน คือ การใช้สารแอมเฟตามีนอย่างไม่เหมาะสม จนทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการ ในช่วงเวลา 12 เดือน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) ดังนี้

- 1) มีภาวะดื้อยา (tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งคือ ต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม หรือเสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ของสารลดลง
- 2) มีภาวะถอนยา (withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงภาวะถอนยาของสารแอมเฟตามีน หรือ เมื่อเสพสารแอมเฟตามีนหรือได้รับสารที่ใกล้เคียงกันแล้วทำให้อาการถอนหายไป
- 3) มีความยากลำบากในการควบคุมการใช้สารแอมเฟตามีนในแง่ของการเริ่มกลับไปใช้ การหยุดหรือระดับของการใช้ยา
- 4) ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสารแอมเฟตามีนมาเสพ
- 5) ยังคงใช้สารแอมเฟตามีนต่อไปแม้จะรู้ว่ามึผลเสียต่อสุขภาพ
- 6) มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสพสารแอมเฟตามีน

2.6.2 เส้นทางการติดยาบ้า มหาวิทยาลัย

เส้นทางการติดยาตั้งแต่เริ่มเสพจนกระทั่งติด สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ (วิญญู ชนะกุล, รวีวรรณ ศรีสุชาติ และปรงจิต เพ็งวัน, 2544) ได้แก่

- 1) ระยะเริ่มต้นเสพยา เป็นช่วงทดลองเสพยาหรือกินนานๆ ครั้ง เพื่อเข้าสังคมหรือกลุ่มเพื่อน โดยผู้เสพมักจะมีความรู้สึกผิดว่าตนเองทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
- 2) ระยะเสพยาต่อเนื่อง เป็นระยะผู้ที่เสพยาเสพติดมีประโยชน์ ช่วยลดความเครียด ความเหงาทำให้เสพบ่อยขึ้นโดยมีข้ออ้างต่างๆ นานา เริ่มเสียการเรียนและความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและ/หรือมีอาการขาดยาให้เห็นเมื่อหยุดเสพระยะหนึ่ง
- 3) ระยะหมกมุ่น ผู้เสพต้องเสพยาในปริมาณมากขึ้น และบ่อยขึ้น เพราะเกิดอาการดื้อยา จะเสียการเรียนหรือการทำงานและมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเป็นประจำ ความสามารถของสมองในด้านความคิดและความจำแย่งลงเพราะเซลล์สมองบางส่วนถูกทำลายด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด

4) ภาวะวิกฤติ ถึงระยะนี้แล้ว ผู้เสพจะเป็นทาสของยาเสพติด คิดถึงยา และแสวงหายาเสพติดตลอดเวลา ไม่สนใจกิจกรรมอื่นๆ ไม่สามารถเรียนรู้หรือประกอบอาชีพได้ เกิดการล้มละลายทั้งชีวิตส่วนตัว การงานและสังคม ผู้ติดยาจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องให้การดูแลและเลี้ยงดู

2.7 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า

จากการศึกษา พบว่าสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้าไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากหลายปัจจัยสนับสนุนกัน ดังนี้

2.7.1 อยากทดลอง การเสพยาบ้าของวัยรุ่นเกิดจากอยากลอง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง แสดงความคึกคะนอง เกิดความสงสัยว่ายาเสพติดมีรสชาติเป็นอย่างไร เมื่อมีโอกาสและสิ่งแวดล้อมอำนวยจึงทำให้เกิดความต้องการทดลองได้ง่าย (โสฬรรณ อินทสิทธิ์, 2554)

2.7.2 การหนีปัญหาโดยการเสพยาเสพติดเพื่อลืมปัญหาหรือความทุกข์ต่างๆโดยพยายามใช้ฤทธิ์ของยาเปลี่ยนความรู้สึกจากทุกข์ให้มีความสุขเคลิบเคลิ้มลืมนะกิระเปร่าสบายใจ (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, 2544)

2.7.3 บุคลิกภาพของวัยรุ่นเอง เช่น การเป็นคนใจร้อน ดื้อรั้น การมีพฤติกรรมเลียนแบบ กล่าวที่ตนเองจะแตกต่างไปจากเพื่อนและถูกชักจูงได้ง่าย อีกทั้งต้องการให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีชีวิตที่อ้างว้างว่าเหว่ ขาดที่พึ่งทางใจ หรือถูกกดดัน คาดหวังมากเกินไปจนไม่สามารถทนได้ ความอ่อนแอทางด้านจิตใจ ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นสูง ห่างเหินกับผู้อื่นได้ยาก (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2549).

2.7.4 สภาพครอบครัวที่แตกแยก ขาดความอบอุ่น บิดาหรือมารดาติดยาเสพติด ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเลียนแบบ เห็นเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งความง่ายในการหาซื้อยาเสพติดและราคาถูกยอมให้มีการเสพกันอย่างแพร่หลาย (เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ, 2553)

2.7.5 การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันมีสภาพเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้คนมีภาวะเครียดสูง ประกอบกับยาเสพติดสามารถซื้อได้ง่าย จึงเป็นปัจจัยให้คนหันมาเสพยาเสพติดเพื่อระงับความเครียดเพิ่มมากขึ้น (จำเนียร สุรวรางกูร, 2552)

2.7.6 กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดชักจูงแนะนำให้ใช้ เนื่องจากวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับจากเพื่อน อาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ ถ้าเพื่อนชักชวนมักจะคล้อยตามได้ง่าย (วิทยา ปฐมนิละ, 2543)

2.7.7 การอาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีแหล่งผลิตและจำหน่ายยาเสพติด ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น โดยวัยรุ่นบางรายอาจเป็นผู้จำหน่ายเองหรือบางรายเป็นทั้งผู้เสพและผู้ขายในเวลาเดียวกัน (วิทยา ปฐมนิละ, 2543)

2.8 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า

ผลกระทบจากการเสพยาบ้ามีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีมากมาย (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548; ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2543) สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.8.1 ผลกระทบทางร่างกาย สำหรับผู้ที่เสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในช่วงแรกที่เสพยาจะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีแรง กระปรี้กระเปร่า คึกคัก ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ปากแห้งและเหงื่อออกมาก เป็นต้น แต่เมื่อเสพต่อไปนานๆจะเกิดอาการติดยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ร่างกายทรุดโทรม สมองเสื่อม เมื่อมีอาการขาดยาจะมีอาการน้ำมูก น้ำตาไหล ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสติและมีอันตรายถึงชีวิตได้

2.8.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ในระยะแรกผู้เสพยาบ้าจะรู้สึกสดชื่น รู้สึกว่าเรงผ่อนคลายความเครียด เป็นสุข พุดมาก เมื่อเสพยาในปริมาณสูงขึ้นทำให้ความคิดสับสน ขาดการยับยั้งชั่งใจ ขาดสมาธิ ทำให้การรับรู้และการตัดสินใจเสียไป มีความรู้สึกหวาดระแวง กังวลและหวาดกลัว มีอาการประสาทหลอน เมื่อเสพเป็นระยะเวลานานจะมีความประพฤติและอารมณ์ผิดแปลกไปจากเดิม มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ การรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความสนใจในตนเองไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย

2.8.3 ผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนไปอาจทำให้บิดามารดาเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกัน กล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเสพยาบ้า สมาชิกในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกผิดและเสียใจ เกิดความอับอายแก่คนในสังคม

2.8.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเสพติดยาบ้าผู้เสพจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลาและหยุดเสพไม่ได้ทำให้ต้องเสียทรัพย์สินในการซื้อขายมาเสพประกอกับวัยรุ่นบางคนยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของครอบครัวไม่สามารถหาเงินได้ด้วยตนเองทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการบำบัดรักษา และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ที่จะต้องใช้งบประมาณในการปราบปราม ป้องกันยาเสพติดอีกด้วย

2.8.5 ผลกระทบต่อสังคม จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ประกอบกับความต้องการที่จะได้เงินมาซื้อยาทำให้ผู้เสพทำทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรมตามมาได้

2.8.6 ผลกระทบต่อประเทศชาติ โดยเฉพาะความมั่นคงของประเทศเนื่องจากประชากรที่เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่จะต้องเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่เป็นกำลังสำคัญของสังคมและประเทศชาติ ถ้าวัยรุ่นกลุ่มนี้เติบโตขึ้นมาอาจเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ มีผลทำให้ประเทศชาติอ่อนแอ เศรษฐกิจตกต่ำ เกิดปัญหาสังคมตามมาสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความมั่นคงของประเทศโดยรวม

จากผลกระทบที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าควรได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. ระบบและขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

3.1 ความหมายของการบำบัด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพและสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาการเสพติดทางกาย เป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดรักษา แต่มีได้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดและแก้ไขผู้ที่ตกเป็นทาสของยาเสพติดได้อย่างถาวร (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คือ การดำเนินการให้การบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ผู้ติดยาเสพติด โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาได้และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาการติดยาเสพติดที่ประสบความสำเร็จจะต้องเป็นการบำบัดรักษาโดยองค์รวม เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน

3.2 ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบสมัยใหม่ในประเทศไทยเริ่มต้นขึ้นในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ โดยออกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2501 ได้มีคำสั่งให้เลิกการค้าและการสูบฝิ่นทั่วประเทศ ได้มีการเผาทำลายอุปกรณ์ต่างๆ และทำการสำรวจผู้ติดยาฝิ่นทั่วประเทศ พบว่ามีผู้ติดยาฝิ่น จำนวน 70,985 ราย ได้มาจดทะเบียนไว้กับทางราชการ และจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้ติดยาฝิ่นสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทยขึ้นเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาฝิ่น ซึ่งต่อมาได้โอนให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ จากการที่รัฐบาลมีนโยบายให้เลิกการสูบฝิ่นนั้นผลปรากฏว่าหนึ่งปีเศษ หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดของเฮโรอีนเบอร์ 3 เข้ามาแทนที่ ทำให้ปัญหาเสพติดในประเทศไทยทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นในปี 2509 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อก่อตั้งโรงพยาบาลเสพติดแห่งแรกของประเทศไทย จัดตั้งขึ้นในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2510 ชื่อว่า “โรงพยาบาลธัญญา-

รักษ์” สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแผนปัจจุบัน ปัจจุบันได้ยกฐานะเป็น “สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี” แต่ปัญหายาเสพติดก็มิได้หมดสิ้นไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดออกไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดของกระทรวง ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ สำหรับผู้ติดยาเสพติด ที่ถูกดำเนินคดีก็จะถูกส่งไปรับการบำบัดรักษาในเรือนจำและทัณฑสถานบำบัดพิเศษ หากเป็นผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดครั้งแรกศาลอาจสั่งให้คุมประพฤติซึ่งจะต้องมารายงานตัวต่อผู้คุมความประพฤติตามที่ศาลสั่ง ในกรณีที่เป็นเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ก็จะถูกส่งตัวไปยังสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก เป็นการให้การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ แต่ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการบำบัดรักษาก็คือผู้ติดยาเสพติดไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา จึงได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ขึ้นเพื่อบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา (อภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

ระบบการบำบัดยาเสพติดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย จำแนกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ (พรณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม, 2552) ดังนี้

3.2.1 ระบบสมัครใจ (Voluntary system) ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 94 ที่กำหนดให้ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับ และได้รับการรับรองจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนที่ความผิดจะปรากฏให้ถือว่าพ้นจากความผิด โดยสถานบำบัดรักษายาเสพติดทั่วประเทศในระบบสมัครใจ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,800 แห่ง มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ

หน่วยงาน / สังกัด	จำนวน (แห่ง)
1. โรงพยาบาลชุมชน	715
2. โรงพยาบาลทั่วไป	70
3. โรงพยาบาลศูนย์	25
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช	20
5. กรมการแพทย์	11
6. โรงพยาบาลชุมชน	74
- สำนักอนามัย 72 แห่ง	
- สำนักการแพทย์ 2 แห่ง	
7. กองร้อยอาสาสมัครรักษาดินแดน	36
8. กองแพทย์ทหารบก	37
9. วัดศูนย์สงเคราะห์	19
10. กองทัพเรือ	1
รวม	1,008

ที่มา : ข้อมูลสถานบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ จากศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) วันที่ 1 ธันวาคม 2558

จุดแข็งของระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ (พรรณณิ วาทีสุนทร และกฤติกา เฉ็ดโฉม, 2552) มีดังนี้

1. ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาเป็นผู้มีความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข และ/หรือมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้เสพติดเป็นอย่างดี
2. สถานบำบัดรักษาที่รองรับผู้เสพติดมีจำนวนมาก โดยเฉพาะการบำบัดรักษาผู้เสพติดแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีกระจายจนถึงระดับอำเภอ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วย
3. ผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะมีความตั้งใจต้องการให้ตนเองหลุดพ้นจากสภาพการเสพติด ไม่ได้เข้ามาเพราะถูกจับกุม ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ทำให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สะดวกในการปรับแผนการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้เหมาะสมกับความรุนแรงของสภาพการเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นรายบุคคล

5. มีกระบวนการและกลไกในการติดตามภายหลังการบำบัดรักษาที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

กระบวนการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของระบบสมัครใจ (พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉ็ดโฉม, 2552) มีดังนี้

1. การค้นหาผู้เสพติด

การบำบัดรักษาเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เสพติด ดังนั้นกระบวนการในการค้นหาจึงเน้นการให้ผู้เสพติด พ่อ แม่ ญาติ ของผู้เสพติด ที่มีความต้องการเลิกยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านการค้นหาโดยชุมชนหรือการทำประชาคมในชุมชน

2. การคัดกรองผู้เสพติด

เนื่องจากผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด มีพฤติกรรมการเสพติดที่แตกต่างกันทั้งชนิดของตัวยาสเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการเสพติด ดังนั้นเพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพติดมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส ได้กำหนดการคัดกรองผู้เสพติดตามความรุนแรงเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เสพ ผู้ติดและผู้ติดยาเสพติดรุนแรง และใช้เป็นแนวทางถือปฏิบัติในหลักสูตรคู่มือการอบรมระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด บสต. ตั้งแต่ปี 2549 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การคัดกรองผู้เสพยาติ

เกณฑ์การคัดกรอง		
1. ผู้เสพ	2. ผู้ติด	3. ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง
<p>ผู้เสพ หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพยาติเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่องร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลงยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ - ใช้แล้วมีปัญหาแต่ยังคงใช้ยา - หยุดยาแล้วไม่มีอาการถอน/อยากยา 	<p>ผู้ติด หมายถึง ผู้ที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำรงชีวิตผิดปกติและไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆได้และมีผลกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่น - หยุดยาแล้วมีอาการถอน/อยากยา 	<p>ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง หมายถึง ผู้ติดยา/สารเสพยาติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 3 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ทางการแพทย์หรือจากประวัติทางสังคมไม่สามารถเลิกเสพยาติ แม้ผ่านการบำบัดหลายครั้งหรือหลายวิธีร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เคยรักษาแบบบำบัดด้วยยามากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 ปี หรือบำบัดด้วยยาและบำบัดฟื้นฟูรวมกันเกินกว่า 3 ครั้ง - ไม่ตั้งใจ หรือไม่ต้องการเลิกเสพยาติอย่างจริงจัง (จากการประเมินในการบำบัดฯ แต่ละครั้ง) - เคยถูกจับหรืออยู่ระหว่างการดำเนินคดีเกี่ยวกับการเสพยาติมากกว่า 3 ครั้ง

ที่มา : แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพยาติเพื่อรับการบำบัดรักษา บสต.2 (ปกปิด)

3.2.2 ระบบบังคับบำบัด (Compulsory system) ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ภายใต้หลักการผู้เสพยาติเป็นผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติ สาระสำคัญของพระราชบัญญัติ คือ เมื่อเจ้าหน้าที่จับกุมผู้ต้องหาใน 4 ฐาน ตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาล เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งส่งตัวผู้ต้องหาไป

รับการตรวจพิสูจน์การเสพติดหรือการติดยาเสพติด โดยแจ้งให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ทราบเพื่อดำเนินการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ และประวัติทางสังคมว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ หากคณะกรรมการวินิจฉัยว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดจะดำเนินการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลาคราวละไม่เกิน 6 เดือน และมีการประเมินผลการรักษาหากไม่ผ่านการประเมิน คณะกรรมการจะขยายเวลาออกไปอีกได้คราวละไม่เกิน 4 เดือน แต่รวมทั้งสิ้นแล้วไม่เกิน 3 ปี กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นที่น่าพอใจของคณะกรรมการจะปล่อยตัวผู้นั้นไป โดยถือว่าพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก โดยสถานบำบัดรักษายาเสพติดในระบบบังคับทั่วประเทศ มีจำนวนทั้งสิ้น 91 แห่ง มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

หน่วยงาน / สังกัด	จำนวน (แห่ง)
1. ควบคุมตัวแบบเข้มงวด	16
1.1 กรมราชทัณฑ์	1
1.2 กองทัพอากาศ	2
1.3 กรมคุมประพฤติ	1
1.4 กองทัพบก	13
2. ควบคุมตัวไม่เข้มงวด	75
2.1 กรมการแพทย์	8
2.2 กรมสุขภาพจิต	13
2.3 กองทัพบก	34
2.4 กองทัพอากาศ	3
2.5 กองบัญชาการทหารสูงสุด	3
2.6 กองร้อยอาสารักษาดินแดน	10
2.7 ศพส. จังหวัดนนทบุรี	1
2.8 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	2
2.9 สำนักอนามัย กทม.	1
รวม	91

ที่มา : ข้อมูลสถานบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ จากศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) วันที่ 1 ธันวาคม 2558

กระบวนการดำเนินงานผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด (พรรณณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม, 2552) มีดังนี้

1. การจับกุม

ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจตามฐานความผิด 4 ฐาน คือ 1) เสพยาเสพติด 2) เสพและมีไว้ในครอบครอง 3) เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย 4) เสพและจำหน่ายยาเสพติด ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง

วิธีการที่ใช้ในการพิสูจน์ผู้ที่ต้องสงสัยว่าเป็นผู้เสพติด คือ การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ และพนักงานสอบสวนต้องส่งตัวผู้ต้องหาให้ศาล ภายใน 48 ชั่วโมง ยกเว้นกรณีเป็นเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปี ต้องส่งผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพยาเสพติดต้องส่งตัวผู้ต้องหาไปยังสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์

2. การตรวจพิสูจน์

ตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 11/12/13 ให้มีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม แพทย์ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนกรมคุมประพฤติ เป็นเลขานุการ ให้มีหน้าที่วินิจฉัยผู้ต้องหว่าเป็นผู้เสพ หรือผู้ติดยาเสพติด การปล่อยตัวชั่วคราว กำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาการลดและขยายแผนฟื้นฟู พิจารณาย้ายสถานที่ฟื้นฟู และพิจารณาผลการฟื้นฟู (พอใจ/ไม่พอใจ)

หลังจากพนักงานสอบสวนส่งตัวผู้ต้องหาไปสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ สำนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำประวัติพฤติกรรมในการกระทำความผิด ตลอดจนสภาพแวดล้อมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ และตรวจสอบประวัติอาชญากรรมเพื่อนำเสนอคณะกรรมการประกอบการวินิจฉัยว่า เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด และกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. การจำแนกคัดกรองผู้เสพติด

เนื่องจากผู้เสพติด มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดที่แตกต่างกันทั้งชนิดของตัวยาสเสพติดที่ใช้ระยะเวลาในการเสพยาเสพติด ประวัติทางกาย จิต สังคม กรมคุมประพฤติจึงได้กำหนดผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวเข้มงวด หมายถึง ผู้เข้ารับการฟื้นฟูต้องอยู่ในสถานที่ควบคุมมิให้หลบหนีได้ง่ายหรือกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในเขตที่กำหนดในระหว่างการฟื้นฟู

- ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมไม่เข้มงวด หมายถึง การฟื้นฟูต้องอยู่ในสถานที่ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม และมีการกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในกำหนดในระหว่างการฟื้นฟู

- ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว หมายถึง ผู้เสพติดที่จำเป็นต้องควบคุมตัวแต่อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ต้องปฏิบัติด้วยวิธีการอื่นภายใต้การดูแลของพนักงานคุมประพฤติ

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 23 (1) (2) (3) ได้กำหนดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและกรมคุมประพฤติดำเนินงานในลักษณะพหุภาคี มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กรมคุมประพฤติประกาศให้เป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

(1) การฟื้นฟูแบบควบคุมตัว: ผู้ติดยาเสพติด

(1.1) การฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเข้มงวด

วิธีการ : ชุมชนบำบัด และจิตอาสา

ระยะเวลา : 4 เดือน

หน่วยปฏิบัติ/สถานที่ : ศูนย์ฟื้นฟูฯ ลาดหลุมแก้ว กรมคุมประพฤติ ค่ายของกองทัพอากาศ จำนวน 12 แห่ง และเรือนจำฐานทัพลัดทึบ จังหวัดชลบุรี ของกองทัพเรือจำนวน 1 แห่ง

(1.2) การฟื้นฟูแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด

วิธีการ : การฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST

Model)

ระยะเวลา : 4 เดือน

หน่วยปฏิบัติ/สถานที่ : ค่ายของกองทัพบก จำนวน 18 แห่ง กองทัพเรือ จำนวน 3 แห่ง กรมการปกครอง จำนวน 11 แห่ง กองบัญชาการกองทัพไทย จำนวน 3 แห่ง กรมการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 2 แห่ง กรมสุขภาพจิต จำนวน 13 แห่ง

(2) การฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว : ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด

การฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัด (MATRIX MODEL) ดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่ประกาศเป็นเป็นศูนย์ฟื้นฟูของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 841 แห่ง สถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ระยะเวลาฟื้นฟู 4 เดือน

การฟื้นฟูแบบวิถีพุทธ โดยสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดร่วมกับวัดที่มีศักยภาพในแต่ละพื้นที่ ในปี พ.ศ.2551 มีวัดวิถีพุทธ จำนวน 16 แห่ง ฟื้นฟูฯ โดยการผสมผสานรูปแบบกาย จิต สังคม ผสมผสานกับหลักธรรม ระยะเวลาฟื้นฟู 2 เดือน

โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ดำเนินการโดยสำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 99 แห่ง มีโปรแกรมเป็น 2 ลักษณะ คือ

- โปรแกรมพื้นฐาน เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเสพติดซ้ำและวางแผนชีวิตร่วมกับครอบครัว ระยะเวลา 2 เดือน

- โปรแกรมเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิต เน้นการสอนทักษะชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ความเครียด ระยะเวลาการฟื้นฟูขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละคน

หมายเหตุ : ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ทุกโปรแกรมจะต้องเข้าโปรแกรมพื้นฐานของโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติต่ออีก 2 เดือน

5. การติดตามภายหลังการฟื้นฟู

เมื่อผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการฟื้นฟูโดยมีผลการประเมินเป็นที่พอใจจะกลับสู่สังคม สำนักงานคุมประพฤติจะติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟู ต่อไปอีก 7 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

3.2.3 ระบบต้องโทษ (Correction system) เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ กรมราชทัณฑ์ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก โดยสถานบำบัดรักษายาเสพติดทั่วประเทศในระบบต้องโทษมีจำนวนทั้งสิ้น 179 แห่ง ดังนี้

ตารางที่ 4 สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบต้องโทษ

หน่วยงาน/สังกัด	จำนวน (แห่ง)
1. กรมราชทัณฑ์	85
1.1 ทักษสถานเกษตรอุตสาหกรรม	1
1.2 ทักษสถานบำบัดพิเศษ	5
1.3 ทักษสถานบำบัดพิเศษกลาง	1
1.4 ทักษสถานบำบัดพิเศษหญิง	1
1.5 ทักษสถานเปิด	1
1.6 ทักษสถานวัยหนุ่ม	2
1.7 ทักษสถานวัยหนุ่มกลาง	1
1.8 ทักษสถานหญิง	5
1.9 ทักษสถานหญิงกลาง	1
1.10 เรือนจำกลาง	24
1.11 เรือนจำจังหวัด	27
1.12 เรือนจำพิเศษ	2
1.13 เรือนจำอำเภอ	14
2. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	94
2.1 ศูนย์อบรมฯ	17
2.2 สถานพินิจฯ มีแรกรับ	34
2.3 สถานพินิจฯ ไม่มีแรกรับ	43
รวม	179

ที่มา : ข้อมูลสถานบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ จากศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) วันที่ 1 ธันวาคม 2558

การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานมีการดำเนินงานดังนี้

1. กรมราชทัณฑ์ มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังที่ติดยาเสพติดอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยนำวิธีการแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับเรือนจำและทัณฑสถานของกรมราชทัณฑ์ ที่เรียกว่า CARE MODEL ย่อมาจาก

C = Corrections หมายถึง กรมราชทัณฑ์

A = Addiction หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด

RE = Rehabilitation หมายถึง การฟื้นฟู

แนวคิดของ CARE MODEL คือ ผู้ต้องขังติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวรรวมถึงศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องและมั่นคง โดยแบ่งเป็น 3 หลักสูตร คือ

- หลักสูตร 1 ปี 6 เดือน (1 Year 6 – Month Retreat) เป็นหลักสูตรที่สามารถดำเนินตามขั้นตอนและระยะเวลาของชุมชนบำบัดได้ทั้งหมด ผู้ต้องขังที่จะเข้าร่วมหลักสูตรนี้ควรเป็นผู้ที่มีกำหนดโทษพอดีหรือเกินกว่านี้และเรือนจำและทัณฑสถานจะต้องมีสถานที่เป็นเอกเทศ เพื่อการดำเนินการ สมาชิกที่ผ่านหลักสูตรนี้ถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพครบกำหนด

- หลักสูตรเข้มข้น 4 เดือน (4 Month Intensive Program) เป็นหลักสูตรที่จัดขึ้นสำหรับผู้ต้องขังที่มีกำหนดโทษระยะสั้น เช่น กำหนดโทษต่ำกว่า 1 ปี สำหรับผู้ต้องขังก่อนพ้นโทษ 4 เดือน และมุ่งเน้นการฝึกวิชาชีพระยะสั้นและการแนะแนวอาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการปล่อยตัว

- หลักสูตรผสมผสาน (Combination Program) เป็นหลักสูตรที่ยืดหยุ่นเนื่องจากเรือนจำและทัณฑสถานบางแห่งไม่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่ที่จะจัดหลักสูตรชุมชนบำบัด โดยคัดเลือกสมาชิกซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดและจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นเครื่องมืองานชุมชนบำบัดเพื่อให้สมาชิกได้รับการบำบัดรักษาโดยเหมาะสมกับสภาพของเรือนจำแต่ละแห่ง สมาชิกที่เข้าร่วมชุมชนบำบัดหลักสูตรนี้ยังสามารถร่วมกิจกรรมอื่นๆในเรือนจำได้ เช่น การศึกษาการฝึกอาชีพ เป็นต้น

ปัจจุบันเรือนจำและทัณฑสถานที่ดำเนินการ จำนวน 77 แห่ง เช่น ศูนย์ชุมชนบำบัดคลองไผ่ เรือนจำกลางคลองไผ่ จังหวัดนครราชสีมา ทัณฑสถานบำบัดพิเศษ จังหวัดปทุมธานี เรือนจำกลางจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นต้น

2. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนที่มีอายุไม่ถึง 18 ปี การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้โปรแกรมของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

1) กลุ่มเสพ ให้การบำบัดโดยเน้นการสร้างความรู้และเข้าใจตนเองในการเข้าไปเกี่ยวข้อง และผลจากการใช้ยาเสพติด และเสริมสร้างทักษะในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดใช้เวลา 15 ชั่วโมง ภายใน 3 เดือน

2) กลุ่มติด ให้การบำบัดโดยเน้นการสร้างความรู้ถึงผลที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและเสริมสร้างพัฒนาทักษะการป้องกันการเสพยา เนื่องจากกลุ่มนี้เสพยาเสพติดมานานมักมีประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดและกลับไปเสพยาอีกหลายครั้ง ใช้เวลา 30 ชั่วโมง ภายใน 4 เดือน

3) กลุ่มติดยาเสพติดรุนแรง (Hard core) ใช้โปรแกรมชุมชนบำบัด ใช้เวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังได้จัดทำคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชน

ปัจจุบันมีสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนและศูนย์ฝึกอบรม จำนวน 94 แห่ง แบ่งเป็น ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จำนวน 17 แห่ง สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 77 แห่ง โดยมีสถานพินิจฯ ที่มีแรกรับ จำนวน 34 แห่งและสถานพินิจฯ ที่ไม่มีแรกรับ จำนวน 43 แห่ง

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งกระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดขึ้นโดยให้ครอบคลุมทั้งการค้นหาผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การคัดกรองผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติด การบำบัดรักษาและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับนโยบายต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดของชาติและยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับผิดชอบการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ที่มีระบบข้อมูลใช้เฝ้าระวังและกำกับดูแลช่วยเหลือผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่างครบวงจร
2. เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย แผนงาน และงบประมาณสนับสนุน หรือช่วยเหลือผู้หลงผิดเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด

3.3 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้และกลับสู่สังคมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกยาเสพติดได้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ครบทุกขั้นตอน โดยยึดตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้แบ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (อังกูร ภัทรากกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

3.3.1 ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission)

ก่อนที่จะเริ่มต้นในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้นผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาโดยเจ้าหน้าที่ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา แพทย์ หรือพยาบาล ต้องร่วมกันซักจูงแนะนำให้ผู้ติดยาเสพติดเต็มใจเข้ารับการรักษา ขั้นเตรียมการเป็นระยะแรกของการรักษาที่เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษา เข้าใจวิธีการรักษายอมรับความจริงว่าการติดยาเสพติดมีโทษร้ายแรง ยอมรับว่าตนมีปัญหาอะไร ยอมรับที่จะแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยสมัครใจที่จะเข้ารับการรักษาครบตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและให้

กำลังใจแก่ผู้ป่วย จะใช้เวลาประมาณ 1-7 วัน โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ครอบครัวและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตว่าปกติหรือมีอาการทางจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการซักจูง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจเข้ารับการรักษา และแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

3.3.2 ชั้นบำบัดด้วยยา (Detoxification)

เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการยามีอาการทรมาณอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดยาไม่ให้มีอาการทรมาณและสามารถผ่านอาการอยากยาได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมๆ กับการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วยการประเมินถึงความรุนแรงของการขาดยา และค้นหาปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยา การเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษาและเข้าสู่ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาในขั้นนี้แบ่งการรักษาเป็น 2 รูปแบบ คือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการรักษาแบบผู้ป่วยใน

1) การรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นที่นิยมโดยทั่วไปเพราะสะดวกในเรื่องสถานที่ ค่าใช้จ่าย ใช้บุคลากรน้อยสามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้จำนวนมาก แต่ผลการรักษาไม่แน่นอนเพราะผู้ป่วยยังคงกลับไปอยู่กับสภาพแวดล้อมเดิม บางครั้งระหว่างการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีการแอบใช้ยาเสพติด ข้อดีของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ ถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกได้จริงๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมแสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้ โอกาสเลิกได้ระยะยาวมีมาก ผลสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ การรักษาให้คำแนะนำ (counseling) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้ กิจกรรมต่างๆ คล้ายการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ ถอนพิษยา รักษาโรคแทรกซ้อน ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ทำกลุ่มบำบัด และสุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน การรักษาแบบผู้ป่วยในต้องแยกผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป จัดสถานที่ให้ปลอดภัยขาดยาเสพติด การรักษาในขั้นตอนนี้ นอกจากให้การถอนยาแล้วจะต้องให้กิจกรรมอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ปฐมนิเทศเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบในการปฏิบัติขณะรับการรักษา กลุ่มบำบัดและกิจกรรมต่างๆ รักษาโรคแทรกซ้อน กิจกรรมนันทนาการ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เช่น ช่วยดูแล ให้กำลังใจ สนับสนุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเพื่อป้องกันการลักลอบใช้ยาเสพติดในหอผู้ป่วย การบำบัดในระยะบำบัดด้วยยาเป็นระยะแรกของผู้ป่วยหยุดใช้ยาทันทีจึงอาจเกิดภาวะขาด

ยา (withdrawal) แม้อาการจะไม่รุนแรงมากนัก แต่การรักษาด้วยยาก็ยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางราย ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยมีดังนี้

ก. อาการรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสพไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางรายและอะอะอาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีความสับสน ชัดแย้งในจิตใจ สูงและหวาดระแวง เครียด หงุดหงิดง่าย การดูแลผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้และทำให้สงบในที่ปลอดภัย และอาจพิจารณาให้ยา Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุมอาการ กระสับกระส่าย ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่ายและนอนไม่หลับอาจให้ Trazodone (Desirel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนังทั้งอาการคันหรือการแพ้

ข. การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้าหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน 12-96 ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hyper somnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวัง ต้องให้น้ำและอาหารผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาที่ยิ่งทำให้ง่วง ทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic drugs ในระยะนี้ต้องระวังเพราะอาจเกิดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้ การปลุกผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสมเพราะถ้าปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไปจะทำให้หงุดหงิดจนถึงมีอาการอะอะหรืออาละวาดได้

ค. อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพยา 3-4 วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้าควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือกลุ่ม Selective Serotonin Receptor Inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่ม Serotonin ในสมองไม่ให้คิดฆ่าตัวตายได้

3.3.3 ชั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

เป็นการบำบัดรักษาเพื่อปรับสภาพจิตใจ และเสริมสร้างให้สุขภาพแข็งแรง โดยต้องแก้ไขปรับปรุงทั้งนิสัย ความประพฤติ และจิตใจที่เคยถูกครอบงำด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างแท้จริง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาระยะนี้มีทั้ง 2 รูปแบบ คือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน

1) การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งในปัจจุบันใช้รูปแบบแมทริกซ์ (Matrix model) ใช้เวลา 16 สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังการเสพยา กระบวนการติดยาเสพติด และขั้นตอนต่างๆ ในการเลิกยาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2) การรักษาแบบผู้ป่วยใน ใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) โดยเป็นรูปแบบที่มีฐานแนวความคิดมาจากรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) ใช้เวลาในการบำบัด 4-6 เดือน โดยเพิ่มการฝึกการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้นี้จะเน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปใช้ชีวิตกับสังคมภายนอก โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตนในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข และเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน ขั้นตอนนี้ต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายฝ่ายด้วยกันและทำงานเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด เป็นต้น

3.3.4 ขั้นตอนติดตามหลังรักษา (Follow up or Aftercare)

เมื่อผู้ติดยาเสพติดเข้าบำบัดรักษามีสภาพจิตใจเข้มแข็งพอจะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมภายนอกได้ด้วยตนเองแล้ว สถานบำบัดรักษา/สถานพักฟื้นจะให้กลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อเริ่มต้นทดลองใช้ชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดต่อไป ผู้บำบัด ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น มีหน้าที่ต้องติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการบำบัดรักษา การดูแลติดตามหลังรักษานี้เป็นการช่วยให้กำลังใจและแนะแนวทางปฏิบัติตนให้กับผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้หลีกเลี่ยงปัญหาทางจิตใจและทางกายต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการติดยาเสพติดและให้อยู่ห่างไกลจากสิ่งแวดล้อมที่จะชักนำโดยเฉพะยาเสพติด โดยใช้ระยะเวลาในการติดตามหลังการรักษาประมาณ 1-5 ปี

4. การพยาบาลวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การพยาบาลผู้เสพยาบ้าหรือสารเสพติดอื่นๆ มีความแตกต่างจากผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยผู้ป่วยเองไม่ได้ยอมรับ และตระหนักว่าตัวเองเจ็บป่วย กลับมองว่าการใช้สารเสพติดหรือนำสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายเป็นความพึงพอใจ และบางรายไม่ต้องการแสวงหาการบำบัดรักษาใดๆ ทำให้การรักษาทำได้ยาก (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, 2557) และเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้ากับผู้ใหญ่แล้ว จะสังเกตเห็นความแตกต่างที่เด่นชัดประการหนึ่ง กล่าวคือ ผู้เสพยาบ้าวัยรุ่นมักมีความยากลำบากกว่าที่จะผ่านพ้นปัญหาและกลับคืนสู่สังคมได้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่วัยรุ่นยังจำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัยของตนเองทั้งในส่วนของพัฒนาการ สัมพันธภาพครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในขณะที่เผชิญกับปัญหาการเสพติด การดูแลจิตใจวัยรุ่นที่ได้ผลดีจำเป็นต้องคำนึงถึง

ความรู้สึกและความต้องการของวัยรุ่นด้วย นอกจากนี้ยังมีสิ่งจำเป็นที่ต้องตระหนักดังต่อไปนี้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2549)

1. วัยรุ่นต้องการการปฏิบัติจากผู้ให้การบำบัดรักษาที่แตกต่างจากผู้ใหญ่เพราะวัยรุ่นมีพัฒนาการเฉพาะวัย จึงทำให้มีค่านิยม ความคิดและมุมมองที่เป็นเอกลักษณ์ เช่น การได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมากเป็นพิเศษ เป็นต้น

2. วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดบางรายเท่านั้นที่อยู่ในภาวะเสพติด การบำบัดรักษาจึงต้องตระหนักถึงประเด็นนี้และไม่ยึดเยียดการ “เสพติด” ให้แก่วัยรุ่นทุกราย ซึ่งอาจเป็นผลเสียในระยะยาวได้

3. กิจกรรมควรคำนึงถึงความต้องการที่แตกต่างตามวัย แม้ในวัยรุ่นเองยังมีความแตกต่างระหว่างวัยรุ่นตอนต้นกับวัยรุ่นตอนปลาย

4. ภาวะเสติดมักมีความสัมพันธ์กับปัญหาพัฒนาการบางด้าน เช่น สติปัญญา อารมณ์ การรักษาภาวะเสติด จึงควรมีการประเมินภาวะปัญหาเหล่านี้ด้วย เช่น ปัญหาทางระบบประสาท ปัญหาการเรียนบกพร่อง (LD) โรคลสมาธิสั้น (ADHD) ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อการเสติด รวมทั้งต้องคำนึงถึงผลกระทบของปัญหาเหล่านี้ที่มีต่อการเรียน พฤติกรรม ความภาคภูมิใจในตนเองและสัมพันธ์ทางสังคม

5. นอกจากการคำนึงถึงวัยแล้ว ควรคำนึงถึงเพศ เชื้อชาติ ความพิการ ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและภูมิหลังทางวัฒนธรรม

6. กิจกรรมต้องพยายามดึงความมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยที่อาจเป็นส่วนสำคัญของปัญหา และมีบทบาทเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่สุดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นต่อไป

7. แม้จะมีความจำกัดในเรื่องแหล่งการให้บริการรักษาแต่ก็ควรหลีกเลี่ยงการใช้สถานบำบัดสำหรับผู้ใหญ่มาเป็นแหล่งบำบัดสำหรับวัยรุ่นโดยไม่มีการจัดรูปแบบกิจกรรมเฉพาะ เพราะอาจเกิดปัญหาตามมาและได้รับประสิทธิผลการรักษาที่ไม่ดีพอ

8. การใช้วิธีดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Approach) เช่น หลีกเลี่ยงการให้ตราบาปหรือการใช้คำที่รุนแรงต่อความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะเสติด รับฟังด้วยความจริงใจ ไม่ทะเลาะกับผู้ป่วย แสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อผู้เสติดอย่างจริงใจ คำนึงถึงการสร้างความรู้สึกใส่ใจและมีส่วนร่วมจากผู้เสติดรวมถึงการเน้นความรับผิดชอบของผู้เสติดในฐานะเจ้าของปัญหา ส่งเสริมให้ผู้เสติดเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถควบคุมจิตใจตนเองและสถานการณ์เพื่อไม่ใช้สารเสติดได้

การพยาบาลผู้เสติดยาบ้าต้องดูแลทั้งโรคแทรกซ้อนทางร่างกายต่างๆ และทางจิต เพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และการติดตามหลังการรักษาเพื่อป้องกันการเสพิซ้ำ ดังต่อไปนี้ (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, 2557)

1. ในระยะ 2-3 วัน หลังจากที่ผู้ป่วยหยุดยาจะมีอาการอ่อนเพลียและง่วงนอน เนื่องจากในช่วงที่เข้ายาคือของยากระตุ้นประสาททำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา บางรายจะพบว่านอนเป็นเวลาหลายวัน ทำให้อ่อนเพลียมาก กระสับกระส่าย หงุดหงิด ง่วงนอน ในระยะนี้ควรดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ งดกิจกรรมบางอย่างไว้ก่อน

2. สังเกตอาการทางจิต โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติว่าผู้ป่วยมีประวัติ มีอาการทางจิตหรือไม่ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือไม่ และสังเกตจากการพูดคุย ทำให้พยาบาลทราบถึงความคิด ความเชื่อมโยงในความคิดของผู้ป่วย ความเป็นเหตุเป็นผลในเรื่องราวที่ผู้ป่วยพูดและสังเกตจากพฤติกรรม เช่น พูดคุยคนเดียว เดินวนไปวนมา มีสีหน้าหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยได้ในเบื้องต้น

3. ผู้ป่วยยาเสพติดเกือบทุกประเภทจะมีความบกพร่องด้านสุขวิทยา ไม่ค่อยสนใจดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย พยาบาลต้องช่วยสอดส่องดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนเอง และดูแลในเรื่องของความสะอาด

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมจะมีวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่แตกต่างกัน แต่ในภาพรวมจะมีลักษณะของกิจกรรมที่เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมบางอย่างให้กับผู้ป่วย เช่น ให้อ่านการรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง การทำความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในการบำบัดรักษาในการอยู่ร่วมกัน และกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นเป็นอย่างมากสำหรับผู้ติดยาเสพติด เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของผู้เสพยาเสพติดจะเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ แต่มักถูกมองว่าเสมือนคนปกติไม่เจ็บป่วยอะไร ร่างกายแข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าศึกษาผู้ป่วยแต่ละรายจะพบว่ามีปัญหาที่แตกต่างกัน และปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน

5. ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ในการค้นหาปัญหาของการติดยาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การช่วยเหลือ โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้กิจกรรมเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพราะจากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยยาเสพติดจะพบว่า ผู้ติดยามีปัญหาหลายๆ ด้านและสลับซับซ้อนเกี่ยวเนื่องกัน บางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพัง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด

6. พยาบาล ควรมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Discharge plan) ในเรื่องต่อไปนี้

6.1 การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการทางจิต มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน พูดคุยคนเดียว เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมหรือคำพูดแปลกๆ ให้รีบพามาปรึกษาแพทย์

6.2 การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การคบเพื่อน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การวางแผนกิจวัตรประจำวันเพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ วิธีการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด และปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม

6.3 วางแผนในเรื่องของการศึกษาหรือประกอบอาชีพ เนื่องจากในกลุ่มของผู้ใช้ยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยเรียน การติดยาทำให้เสียโอกาสในการเรียน หรือถ้าพ้นวัยเรียนแล้วก็ควรประกอบอาชีพมีงานทำช่วยเหลือหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ หรืออย่างน้อยก็เป็นการบริหารเวลาที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์ ดังนั้น พยาบาลและผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องวางแผนร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

7. การติดตามผล เป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นหัวใจของการบำบัดรักษา เนื่องจากในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดได้ แต่เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมเดิมซึ่งใกล้ชิดกับยาเสพติดทำให้กลับไปเสพยาซ้ำเป็นจำนวนมาก ดังนั้นในระยะติดตามผลจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะในช่วง 1-2 เดือนแรก พบว่าอัตราการกลับไปติดยาซ้ำเป็นจำนวนมาก ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกยาได้

จากที่กล่าวมาจะพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมีความครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม โดยในแต่ละระยะของการบำบัดมีวัตถุประสงค์ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป ในระยะเตรียมการก่อนการรักษาจะเน้นเรื่องของการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ข้อมูลในการบำบัดรักษา เพื่อเตรียมตัว เตรียมใจผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ระยะบำบัดด้วยยานั้น การดูแลด้านร่างกาย การป้องกันและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากการขาดยาเสพติด การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมุ่งเน้นฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ พฤติกรรมที่บิดเบือน และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ระยะติดตามการรักษา เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันช่วยเหลือประคับประคองให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้

5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและพลังด้านการเสพยาเสพติด

5.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience)

ความสนใจเกี่ยวกับ resilience เกิดขึ้นเมื่อ Garmezy (Garmezy, 1991) ได้ทำการศึกษาถึงการปรับตัวของเด็กที่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ส่วนอีกร้อยละ 90 สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และยิ่งพบอีกว่าเด็กจะสามารถยืดหยุ่นได้เร็วหลังเหตุการณ์รุนแรงเมื่อผู้ใหญ่ช่วยให้เด็กมั่นใจในความ

ปลอดภัยและเริ่มดำเนินกิจกรรมประจำวันได้เช่นเดียวกับก่อนเกิดเหตุการณ์ การศึกษาค้นคว้านี้เป็นจุดเริ่มต้นให้นักวิชาการรุ่นต่อมาเกิดความสนใจและให้ความสำคัญทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง (ศุภรัตน์ เอกอัครวิน และเยวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551)

5.1.1 คำจำกัดความของความแข็งแกร่ง (resilience)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่ามีหลายการศึกษาที่กล่าวถึงคำจำกัดความของ Resilience ดังนี้

Resilience มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน จากคำว่า “Resilire” ตามพจนานุกรมอังกฤษฉบับ Oxford English Dictionary (1989) หมายถึง การกระทำที่ทำให้กลับฟื้นคืนสภาพเดิม ความยืดหยุ่นและความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิม (Gillespie et.al, 2007)

สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, n.d.) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ กระบวนการในการจัดการกับความทุกข์ยาก การบาดเจ็บ ความเศร้าโศก การถูกคุกคาม จากแหล่งของความเครียดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน เพื่อกลับคืนจากประสบการณ์ที่เลวร้ายนั้น

Masten, Best and Garmezy (1991) ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสำเร็จหรือเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวของบุคคลทั้งที่มีภาวะทุกข์ยาก ทำหายหรือเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้ ซึ่งแสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ 1) มีผลลัพธ์เชิงบวกเกิดขึ้นทั้งที่อยู่ในภาวะเสี่ยง 2) ยังคงมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ได้ตามปกติแม้จะอยู่ในภาวะเครียด 3) มีการฟื้นตัวจากภาวะทุกข์ยากลำบาก

Wagnild and Young (1993) ให้ความหมายว่า resilience หมายถึง คุณลักษณะทางบวกของบุคคล (a positive personality characteristic) ซึ่งช่วยให้บุคคลนั้นๆ สามารถปรับตัวได้ดี

Grotberg (1995) ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการฟื้นตัว ซึ่งเป็นศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล กลุ่มหรือชุมชน มีความสามารถที่จะป้องกันการสูญเสียลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่างๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็ง หรือศักยภาพดังกล่าวนี้ควรจะต้องได้รับการส่งเสริมและปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็กและสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

Dyer and McGuinness (1996) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถหรือทักษะ ซึ่งสามารถพบได้ใน 3 มิติด้วยกัน คือ มิติบุคคล มิติระหว่างบุคคลและครอบครัว โดยที่ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลหรือมีอิทธิพลให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งทางใจในขณะหรือภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ

Masten and Coatsworth (1998) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการคงอยู่ ซึ่งเป็นการประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ตกอยู่ในสภาพการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

Zunz (1998) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการกลับคืนหรือการจัดการกับความทุกข์ยากที่เผชิญด้วยการเพิ่มปัจจัยปกป้อง

Humphreys (2003) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมหลังจากผ่านการได้รับความกระทบกระเทือน

Turner (2001) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการกลับสู่สภาพเดิมเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถที่จะทำหน้าที่ดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้อย่างผาสุก

Alperstein and Raman (2003) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ในการป้องกันหรือจัดการกับความเครียดหรือความทุกข์ยากที่เผชิญ

Victor (2003) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือการฟื้นคืนจากประสบการณ์ที่เลวร้าย

Connor and Davidson (2003) ได้ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นพบว่ามีการนำแนวคิด Resilience มาใช้โดยเรียกชื่อแตกต่างกันและได้ให้คำจำกัดความและอธิบายแนวคิดนี้ ดังนี้

เพ็ญญา ปริญญาพล (2549) ใช้คำว่า “ความยืดหยุ่นทนทาน” หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะผ่านประสบการณ์ลบในชีวิตหรือจัดการกับภาวะความยากลำบาก

ประเวช ดันตีพิวัฒนสกุล (2550) ใช้คำว่า “ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว และเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤตินั้นๆ

นิตยา ตากวิริยนันท์ (2552) ใช้คำว่า “ความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง” หมายถึง ความสำเร็จของการปรับตัวของบุคคลทั้งที่มีภาวะทุกข์ยากหรือเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้

กรมสุขภาพจิต (2554) ได้บัญญัติศัพท์ resilience ในภาษาไทยโดยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

พลังฮึด หมายถึง การทนต่อแรงกดดัน มีวิธีการดูแลจิตใจให้ทน
อยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความทุกข์ของตัวเองได้ในสถานการณ์ที่กดดัน

พลังฮึด หมายถึง การมีกำลังใจ มีแรงใจ ที่จะดำเนินชีวิตต่อไป
ภายใต้สถานการณ์กดดัน กำลังใจนี้อาจมาจากการสร้างกำลังใจด้วยตนเองหรือคนรอบข้างก็ได้

พลังสู้ หมายถึง การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มีความมั่นใจพร้อมที่
จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต ความมั่นใจนี้เกิดจากการตระหนักใน
ความสามารถหรือทักษะของตนเอง ว่าสามารถทำได้ แก้ปัญหาได้ รวมถึงวิธีการแสวงหาความรู้และ
เข้าถึงความช่วยเหลือหรือปรึกษา และให้ความหมายว่า ความสามารถของคนเราที่ใช้ในการปรับตัว
และฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ภายหลังที่พบเหตุการณ์รุนแรงหรือความยากลำบากในชีวิต

พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2555) ใช้คำว่า “ความแข็งแกร่งในชีวิต”
เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นไทย ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิง
สาเหตุระหว่างเพศ บรรยากาศในครอบครัว สถานะทางการเงิน ความแข็งแกร่งในชีวิต และ
พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย

Takviriyun (2008) ใช้คำว่า “ความแข็งแกร่ง” โดยใช้แนวคิดของ
Grotberg (2003) และให้นิยามว่า resilience หมายถึง ผลลัพธ์ของการปรับตัว กระบวนการปกป้อง
และปัจจัยปกป้อง หรือ ผลลัพธ์ของกระบวนการและความสามารถในการปรับตัวได้สำเร็จจาก
เหตุการณ์ที่คุกคาม (Grotberg, 2003) และสรุปว่าเด็กที่มีความแข็งแกร่ง (resilience children)
จำเป็นต้องมีทรัพยากรที่เป็นปัจจัยปกป้อง 3 ประการ ได้แก่ 1) ฉันทิ (I HAVE) ซึ่งเป็น external
support 2) ฉันทิ (I AM) ซึ่งเป็น inner strengths และ 3) ฉันทิ (I CAN) ซึ่งเป็นทักษะทาง
สังคมและทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (social and interpersonal skills)

นภชนก สุขประเสริฐ (2553) ใช้คำว่า “การฟื้นพลัง” โดยศึกษา
ประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิและการฟื้นพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547

กล่าวโดยสรุป Resilience เป็นกระบวนการหรือความสามารถและศักยภาพในทางบวกของ
บุคคลในการจัดการกับภาวะเครียดหรือความล้มเหลวของชีวิต เป็นการยืนหยัดได้ท่ามกลาง
สภาวะการณ์ที่เครียดหรือกดดัน จากปัจจัยต่างๆ ซึ่งแสดงถึงคุณลักษณะของบุคคลเกี่ยวกับความคิด
ความรู้สึก ความอดทน ทักษะและความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ในการศึกษาอื่นๆ ยังมีคำเรียกที่มีความหมายเดียวกันอีก ได้แก่ ความยืดหยุ่นทาง
จิตใจ (psychological resiliency) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (emotional resiliency) ความ
เข้มแข็งอดทน (hardiness) ความแข็งแกร่ง (resourcefulness) พลังต้านการเสพยาเสพติด
(resilience to drug use) (Dillon et al., 2007) พลังต้านการเสพยาบ้า (resilience to
amphetamine use) (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2556)

5.1.2 ลักษณะของความความแข็งแรง

Grotberg (1995) กล่าวว่าความแข็งแรง (resilience) มาจากการเสริมสร้างให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนมี 3 แหล่งประโยชน์ที่สำคัญคือ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ (I can) ดังนี้

1) ฉันมี (I have) เป็นความปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่เด็กควรได้รับจากบุคคลในครอบครัว โรงเรียนหรือชุมชน อันได้แก่

ก. ทำให้เด็กรับรู้ถึงความสัมพันธ์ที่มั่นคงอุ่นใจ ทำให้เด็กรับรู้ว่ามีคนรอบๆ ตัวยังมีคนที่สามารถเชื่อใจหรือไว้วางใจได้ และพร้อมที่จะรักตน ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม

ข. ทำให้เด็กรับรู้ว่าการเรียนรู้เรื่องกฎระเบียบจากบ้าน โดยมีผู้ใหญ่คอยบอกถึงขอบเขตและข้อจำกัดต่างๆ ที่ชัดเจนในการจะทำอะไรเพื่อที่เด็กจะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำไปสู่ปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตนเอง

ค. ทำให้เด็กรับรู้ว่ามีตัวอย่างที่ดีในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยที่ผู้ใหญ่รอบข้างจะทำให้เด็กเห็นว่าสิ่งที่ถูกต้อง และที่ควรกระทำนั้นเป็นอย่างไร

ง. ทำให้เด็กรับรู้ว่ามีคนที่พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนให้ตัวเองเป็นตัวของตัวเอง

จ. ทำให้เด็กรับรู้ว่ามีคนที่พร้อมจะคอยดูแลเขาในเรื่องของสุขภาพ การศึกษาการได้รับการบริการและสวัสดิการทางสังคมและความปลอดภัย

2) ฉันเป็น (I am) เป็นการช่วยให้เด็กได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใครและมีหน้าที่ต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่

ก. ทำให้เด็กรู้เท่าทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้

ข. ทำให้เด็กรู้จักเห็นอกเห็นใจ และสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อผู้คนรอบข้าง

ค. ทำให้เด็กภาคภูมิใจในตนเองแต่ในขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น

ง. ทำให้เด็กรู้ว่าพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนได้กระทำลงไป

จ. ทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ

3) ฉันสามารถ (I can) เป็นการช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองรับรู้ถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเอง ได้แก่

ก. ทำให้เด็กสามารถพูดเล่าถึงความรู้สึกในใจให้ผู้อื่นรับฟังได้ ไม่
ว่าจะเป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้หรือความรู้สึกหวาดกลัวในใจที่เขามี

ข. ทำให้เด็กรู้สึกว่าเขาเองสามารถหาทางออกหรือวิธีการที่
เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ค. ทำให้เด็กรู้สึกว่าเขาเองสามารถควบคุมอารมณ์และการแสดง
ออกในเวลาที่เขาโกรธหรือไม่พอใจได้

ง. ทำให้เด็กรู้สึกว่าเขาเองสามารถที่จะเลือกจังหวะเวลา และรู้
กาลเทศะที่เหมาะสมในการเข้าไปคุยหรือร่วมกิจกรรมใดๆ กับผู้อื่นได้

จ. ทำให้เด็กรู้สึกว่าเขาเองสามารถขอความช่วยเหลือจากใครสัก
คนได้ในเวลาที่เขาต้องการ

และ Wagnild and Young (1993) ได้แบ่งลักษณะของ resilience ออกเป็น 5
องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความสงบทางใจ (Equanimity) การมีความสมดุลในจิตใจ
2. ความอดสาหัส (Perseverance) การที่มีความพยายามที่จะสู้กับปัญหา
ที่เกิดขึ้น
3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) การมีความมั่นใจใน
ความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา
4. การตระหนักถึงคุณค่าและความหมายในชีวิต (Meaningfulness)
5. การดำรงชีวิตโดยรู้ถึงการมีเส้นทางชีวิตของแต่ละฝ่าย ของใครของคน
นั้น (Existential aloneness)

5.1.3 ประโยชน์ของการส่งเสริมความความแข็งแกร่งในชีวิต

Grotberg (1995) กล่าวว่า ประโยชน์ของการส่งเสริมความความแข็งแกร่ง
เป็นการช่วยเสริมสร้างให้เด็กพัฒนาทางความคิด และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และรับรู้ในสิ่งที่ตนเอง
เป็นอย่างเหมาะสมด้วยความเชื่อที่ว่า

ก. ตนเป็นคนมีความสามารถ มีความรู้สึกมั่นคงทางใจ เชื่อใน
คุณค่าและความสามารถของตนเองในการควบคุมจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ข. ตนมีความสำคัญ มีค่า มีความหมาย เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วน
หนึ่งของครอบครัว กลุ่มหรือสังคมที่แวดล้อม

ค. ตนมีพลังอำนาจ มีความสามารถในการควบคุม หรือแก้ไขสิ่ง
ต่างๆ ที่อาจจะเข้ามาส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้

นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กมีความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตและทักษะในการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ 1) สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในระเบียบวินัย รู้จักประเมินสถานการณ์และควบคุมการแสดงออกของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถใช้ทักษะทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น 3) สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของชีวิตอย่างยืดหยุ่น มีความเข้าใจถึงข้อจำกัด ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ หรือลงมือกระทำในเรื่องบางอย่าง และพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น เด็กสามารถนำแนวคิดของความยืดหยุ่นทางอารมณ์มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี รู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่เหมาะสมถูกต้องตามหลักการของเหตุผลและหลักจริยธรรม Victor (2003) กล่าวว่า การส่งเสริมความแข็งแกร่งในวัยรุ่นจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการทางความคิด การเติบโตของการปรับตัวและสังคม มีเหตุผล มีความผูกพันกับกิจกรรมของโรงเรียน ประสบความสำเร็จจากการศึกษา มีการตัดสินใจที่ดีประโยชน์ของการส่งเสริมความความแข็งแกร่ง จะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นได้รับรู้ในสิ่งที่ตนมี สิ่งที่ตนเป็น และสิ่งที่ตนทำได้ ซึ่งช่วยให้มีพัฒนาการทางความคิดที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งนั้น มีวิธีการและขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงวัย

5.1.4 วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่ง

Grotberg (1995) ได้กล่าวว่าช่วงอายุที่ต่างกันของเด็ก เป็นตัวแปรหลักที่ทำให้องค์ประกอบทั้ง 3 ของความความแข็งแกร่งที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในแต่ละช่วงวัยก็มีความแตกต่างกันไปด้วย เทคนิควิธีการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จะสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย ซึ่ง Grotberg ได้จัดแบ่งเด็กออกเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ คือ

วัยแรก - 3 ปี เด็กในวัยนี้จะเรียนรู้เรื่องของความไว้วางใจ (trust) และความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เด็กจะเรียนรู้ที่จะไว้วางใจ ทั้งผู้ที่ให้การดูแลเขาและตัวของตัวเอง โดยความรู้สึกไว้วางใจจะเกิดจากรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ได้รับความช่วยเหลือเมื่อหิว เปียก ไม่สบายตัว หรือแม้กระทั่งเมื่อรู้สึกต้องการความรัก และปลอดภัยเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ หรือหวาดกลัว ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ได้เรียนรู้ที่จะเชื่อมั่น และไว้วางใจในความสามารถของตนเอง จากการที่สามารถควบคุมจังหวะในการกิน การนอน และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาได้ด้วยตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการหยิบจับ การสามารถควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เป็นอย่างดี ทั้งการนั่ง การยืน การเดิน ตลอดจนการควบคุมการทำงานของมือที่เป็นกล้ามเนื้อมัดเล็กได้ดีขึ้น ในช่วงเวลานี้ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น จะเป็นประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้ของเด็ก หรือเป็นความรู้สึกน่าละอายไปเลยก็ได้ ถ้าเด็กไม่สามารถเรียนรู้โดยได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เด็กก็อาจเรียนรู้ในทางตรงกันข้าม คือ นอกจากจะไม่เชื่อในความสามารถของตนเองแล้ว ยังรู้สึกไม่ไว้วางใจในผู้ดูแล

คนอื่นๆ ตลอดจนถึงแวดล้อมรอบตัว และตัวของเขาเองซึ่งหากว่าเด็กไม่สามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ได้รับโอกาสให้ลองทำในสิ่งต่างๆ หรือมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้จากความผิดพลาดบ้าง หรือแม้แต่การถูกตำหนิ หรือถูกวิพากษ์วิจารณ์ ในการที่เขาพยายามจะลงมือทำอะไรด้วยตนเอง ก็จะทำให้เด็กรู้สึกถึงเล่ห์เหลี่ยมไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกขาดความมั่นใจ หวาดกลัวและกลายเป็นเด็กขี้อายไปในที่สุด ข้อควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความความแข็งแกร่งในเด็กวัยแรกเกิดถึงสามปี มีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ใหญ่ต้องแสดงออกทางการกระทำ และคำพูดให้เด็กรู้ว่ารัก 2) ผู้ใหญ่ต้องเริ่มฝึกให้เด็กที่มีอายุ 2-3 ปี ให้เขามีความเข้าใจในเรื่องของบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม เพื่อเป็นพื้นฐานในการฝึกเรื่องระเบียบวินัยต่อไป 3) ผู้ใหญ่ต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก แสดงออกด้วยการมองโลกในแง่ดี พูดจาด้วยความมั่นใจ 4) ผู้ใหญ่ต้องเปิดโอกาสหรือชักจูงให้เด็กได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ให้ช่วยเหลือในการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่เกินความสามารถของเขา และที่ไม่เป็นอันตราย 5) ผู้ใหญ่ต้องฝึกเด็กให้มีความสามารถในการควบคุมในเรื่องการขับถ่าย 6) ผู้ใหญ่ต้องสนับสนุนให้เด็กอายุ 2-3 ปี ได้ลองลงมือทำในสิ่งที่เขาพอจะทำได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้ใหญ่คอยช่วยเหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น 7) ผู้ใหญ่ต้องให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้เด็กที่โตและมีความพร้อมทางการใช้ภาษาแล้วได้ตระหนักถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และสามารถสื่อหรืออธิบายความรู้สึกเหล่านั้นออกมาได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุข เศร้า หรือวิตกกังวล 8) ผู้ใหญ่ต้องช่วยเสริมสร้างความคิด ความเชื่อตามแนวคิดความความแข็งแกร่งเมื่อเขาต้องเผชิญกับเรื่องราว หรือสถานการณ์ที่ท้าทายด้วยคำพูด เช่น “แม่รู้ว่าหนูทำได้” ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้เด็กมีความเชื่อมั่น และศรัทธาในความเป็นตัวของตัวเอง ว่าตนมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง และคำพูดในทำนอง “แม่จะคอยหนุนอยู่ตรงนี้” เพื่อแสดงถึงการให้กำลังใจ ความพร้อมในการสนับสนุน เพื่อเน้นการให้ความมั่นใจว่าเขาก็จะมีใครเชื่อและไว้วางใจได้และพร้อมที่จะอยู่ข้างๆ เขาเสมอในเวลาที่เขาต้องการ ในช่วงอายุประมาณ 3 ปี เหมาะกับการเริ่มฝึกให้เด็กรู้จักกับความรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือเวลาที่ยากลำบากบ้าง โดยอาจจะทำในรูปของการพูดคุย เล่าเรื่องหรืออ่านหนังสือให้ฟัง สังเกตพื้นอารมณ์ของเด็กและความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เพื่อที่จะได้รู้จักหวั่นไหวในการโต้ตอบหรือเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับเด็กในช่วงเวลานั้นๆ

วัย 4- 7 ปี เด็กวัยนี้จะมีจินตนาการที่กว้างไกล และยังไม่สามารถแยกความเป็นจริงออกจากจินตนาการได้ มีความสนใจในการเล่นบทบาทสมมุติต่างๆ ตลอดจนถึงความอยากเข้าไปมีส่วนร่วมในงาน หรือกิจกรรมที่ผู้ใกล้ชิดทำอยู่ เด็กวัยนี้จึงมีพลังกำลังอย่างเหลือเฟือ มีคำถามมากมายที่รอโอกาสจะถาม และเรียนรู้จากคำตอบที่ได้รับ ซึ่งความตื่นตัว ความกระฉับกระเฉง และความอยากรู้อยากเห็นในวัยนี้หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยอาจจะเกิดจากการไม่เห็นความสำคัญในการตอบคำถาม การถูกละเลย เพิกเฉยหรือไม่ได้รับความสนใจจากผู้ใหญ่ ก็อาจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า น่ารำคาญ และรู้สึกผิดที่ทำให้ผู้ใหญ่ไม่พอใจ ข้อควรปฏิบัติเพื่อ

ส่งเสริมให้เกิดความยึดหยุ่นทางอารมณ์ ในเด็กวัยสี่ถึงเจ็ดปี มีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ใหญ่ต้องให้ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข (unconditioned love) แก่เด็ก 2) ผู้ใหญ่ต้องแสดงออกเป็นคำพูดให้เขารู้ว่ารัก 3) ผู้ใหญ่ต้องใช้เทคนิคการสัมผัส การกอดและการพูดด้วยน้ำเสียงที่สงบในการแนะนำให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ที่พลุ่งพล่าน ความไม่พอใจของตนเองให้สงบลงในขณะที่จะพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของตัวเอง 4) ผู้ใหญ่ต้องเป็นตัวอย่งที่ดีในแง่ของการกระทำ หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายต่างๆ ไม่ว่าจะปัญหาความขัดแย้ง หรือความไม่พึงพอใจในเรื่องใดๆ ก็ตาม เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสมในการที่เขาจะมีความกล้าหาญ ในการเผชิญกับปัญหาอย่างมั่นใจ และเชื่อในศักยภาพและความสามารถของตนเองว่าจะสามารถแก้ไข ปัญหาและสามารถผ่านพ้นความยุ่งยากเหล่านั้นไปได้อย่างมั่นใจ และภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง 5) ผู้ใหญ่ต้องทำให้เด็กเห็นว่ากฎกติกาต่างๆ ที่ตกลงกันไว้มีผลในทางปฏิบัติ ให้เด็กได้เรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์ และผลลัพธ์ของการไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ อย่าเปลี่ยนกฎเกณฑ์หรือสร้างข้อยกเว้นไปมาจนเด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้ 6) ผู้ใหญ่ต้องชื่นชมเมื่อเด็กทำอะไรได้สำเร็จ และผู้ใหญ่ต้องแสดงออกหรือกระทำในสิ่งที่ถูกที่ควรในสถานการณ์ต่างๆ เมื่อเด็กทำสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เช่น เวลาโกรธต้องไม่ขว้างปาของ หรือไม่ลงปอนอนด้นร้องโวยวายเมื่อถูกขัดใจ 7) ผู้ใหญ่ต้องสอนให้เด็กได้รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้จักใส่ใจในความรู้สึกของคนอื่นรอบข้าง และรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง 8) ผู้ใหญ่ต้องค่อยๆ ให้เด็กได้เริ่มเรียนรู้ถึงความยากลำบากของชีวิตที่ละเอียดเล็กที่ละน้อยจากการอ่าน การพูดคุยเล่าสู่กันฟัง และค่อยๆ ปลุกฝังสิ่งที่จะเป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม 9) ผู้ใหญ่ต้องปลุกฝังให้เด็กเห็นว่าการรู้จักเป็นห่วง และเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเป็นสิ่งที่ถูกต้องและสมควรทำ 10) ผู้ใหญ่ต้องฝึกให้เด็กได้ลองพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตั้งข้อสังเกตตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อเรื่องเหล่านั้น 11) ผู้ใหญ่ต้องช่วยให้เด็กรู้ว่าเขาต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรม หรือการกระทำของตนเอง ตลอดจนผลที่จะตามมาจากการทำพฤติกรรมนั้นๆ

วัย 8-11 ปี ช่วงวัยนี้เด็กต้องใช้ความพยายามในการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะชีวิตต่างๆ มากมาย ซึ่งทักษะหรืองานที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องหรือได้มาจากการไปโรงเรียน เด็กวัยนี้ควรจะได้รับ การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกทางบวกเกี่ยวกับตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ ต้องการมีเพื่อนสนิทและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งหากเขาไม่ประสบความสำเร็จในการพยายามดังกล่าวข้างต้น เด็กก็จะมีแนวโน้มว่าตนรู้สึกด้อยอ่อนไหวต่อข้อจำกัดต่างๆ ถ้าพ่อแม่ ผู้ดูแล ครูและเพื่อนฯ มองเห็นเป็นเรื่องตลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่ไม่สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารได้ดี เด็กก็จะยิ่งรู้สึกขาดความมั่นคงทางใจ ลังเลสงสัยในคุณค่าและความสามารถของตนเอง ข้อควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในเด็กวัยแปดถึงสิบเอ็ดปี มีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ใหญ่ต้องให้ความรักแบบไม่มีเงื่อนไขแก่เด็ก 2) ผู้ใหญ่ต้องสื่อให้เด็กรู้ว่ารักโดยการ

แสดงออกเป็นการกระทำ และคำพูดอย่างเหมาะสมตามวัยของเด็ก 3) ผู้ใหญ่ต้องบอกกล่าวถึงวิธีการแสดงออกของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เด็กทราบด้วยท่าทีที่สงบเพื่อจะสอนวิธีการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ขาดการยับยั้งของเด็กเพื่อให้เขาได้เรียนรู้ถึงวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบได้ในขอบเขตที่เหมาะสม 4) ผู้ใหญ่ต้องพูดหรือทำในสิ่งต่างๆ อย่างเสมอต้นเสมอปลายเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก 5) ผู้ใหญ่ต้องทำความเข้าใจและสร้างข้อตกลงร่วมกันอย่างชัดเจนในเรื่องของกฎกติกาและสิ่งที่เป็นที่ยอมรับได้ 6) ผู้ใหญ่ต้องชื่นชมในความสำเร็จและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็ก 7) ผู้ใหญ่ต้องให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้และฝึกฝนในเรื่องของการแก้ปัญหา และการเผชิญความยากลำบากบางอย่างด้วยตนเอง โดยที่ผู้ใหญ่ออกยให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการให้คำแนะนำถึงขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ที่จะ เป็นประโยชน์ต่อเรื่องนั้นๆ 8) ผู้ใหญ่ต้องสนับสนุนให้เด็กได้สื่อสารออกมาเป็นคำพูดในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นสิ่งที่เขาคาดหวัง อารมณ์ความรู้สึกหรือสิ่งที่เป็นปัญหาที่เด็กมีอยู่ในใจ เพื่อเปิดโอกาสให้ได้แบ่งปันความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเสริมสร้างความคิดหรือทัศนคติที่เหมาะสมให้แก่เด็ก

ความแข็งแกร่งดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับในช่วงวัยรุ่น หรือแม้แต่ช่วงวัยอื่นๆ เพียงแต่เทคนิคหรือวิธีการอาจจะแตกต่างกันออกไปเนื่องจากต้องพิจารณาจากพัฒนาการของแต่ละช่วงวัยร่วมด้วยทั้งนี้ Grotberg (1995) ไม่ได้ให้แนวปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมความแข็งแกร่งสำหรับวัยรุ่นไว้ แต่ได้มีผู้ที่นำแนวคิดไปพัฒนาว่าในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในช่วงวัยรุ่นนั้นจะต้องส่งเสริมอะไรบ้าง

5.1.5 วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น

Gilligan (2000) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่ต้องส่งเสริมเพื่อให้มีความแข็งแกร่งในวัยรุ่น คือ ต้องสร้างความรู้สึกต่อไปนี้ให้เกิดขึ้น

1) ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน (Secure base) ผู้ใหญ่ต้องสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้กับเด็กหรือวัยรุ่นด้วยการ ให้ความรัก คอยสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อพวกเขามีปัญหา ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจ มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความคิดที่ริเริ่ม ซึ่งต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยด้วย

2) ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นต้องเริ่มจากการให้ความรักแก่เด็ก ซึ่งเมื่อเด็กรับรู้ความรักนั้นเด็กก็จะคิดว่าตนเองยังมีคุณค่า มีคนที่รักและคอยห่วงใย ต้องให้ความสำคัญกับสิ่งที่เขาสนใจเพื่อให้เขารู้สึกว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นมีค่า

3) สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผู้ใหญ่ต้องเชื่อมั่นในความสามารถของวัยรุ่นว่าเขาจะสามารถจัดการด้วยตัวของเขาเองได้ ให้โอกาสเขาได้ลองปฏิบัติ และคอยสนับสนุนในสิ่งที่ถูกต้อง เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการและการใช้ชีวิตของเขาในอนาคต

สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, n.d.) กล่าวว่าวิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดของคนหนึ่งอาจจะไม่ได้ผลกับอีกคนหนึ่ง ซึ่งการสร้าง ความแข็งแกร่งด้วย 10 วิธี ดังต่อไปนี้ จะช่วยให้คุณมีทางเลือกที่เหมาะสมของตนเองในการจัดการกับความเครียด ได้แก่

วิธีที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือผู้ร่วมงานจะช่วยให้คุณรู้สึกว่าคุณยังมีคนคอยเป็นห่วงและสนับสนุน เมื่อเหตุการณ์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลก็สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้นได้ ซึ่งทำให้คุณมีความหวัง

วิธีที่ 2 การให้มองว่าทุกปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้นจะต้องผ่านพ้นไปได้ เนื่องจากทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่บุคคลสามารถที่จะเลือกแปลความในสิ่งที่เจอหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองกับเหตุการณ์เหล่านั้น ให้พยายามคิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กๆ และคุณสามารถจัดการกับมันได้ บางสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเมื่อมองย้อนกลับมาในอนาคตจะเห็นว่าเป็นเรื่องที่เล็กน้อยมาก

วิธีที่ 3 การยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเมื่อวางแผนสิ่งใดไว้แล้วนั้น แผนก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

วิธีที่ 4 การมองไปยังเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเป้าหมายนั้นจะต้องมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แล้วลงมือทำให้เป้าหมายที่วางไว้ปรากฏออกมา

วิธีที่ 5 ความเชื่อมั่นว่าคุณสามารถที่จะทำเรื่องนั้นๆ ได้ ซึ่งเมื่อปฏิบัติไปแล้วคุณสามารถรู้ได้ตนเองว่าเรื่องที่ตนเองกลัวหรือไม่กล้าที่จะเผชิญนั้นจริงๆ แล้วไม่ยากเลยที่จะกำจัดมันออกไป

วิธีที่ 6 การมองหาโอกาสและเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อนำเอาประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาเป็นบทเรียนในการจะปฏิบัติ เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดๆ เข้ามาอีกครั้งก็สามารถจะรับมือกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วิธีที่ 7 ความพยายามมองด้านบวกต่อตนเอง และเรียนรู้ทักษะในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเชื่อในสัญชาตญาณของตนเองในการสร้างความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

วิธีที่ 8 พยายามเก็บสิ่งต่างๆ ไว้ในความคิดเห็น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดๆ ที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวด ให้คิดเสียว่าสิ่งที่เจอนั้นเป็นสถานการณ์มากมายที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ แล้วใช้เวลาให้มากขึ้นในการจัดการกับปัญหานั้นๆ ตามสัดส่วนที่ไม่มากเกินไป

วิธีที่ 9 การมองว่ายังมีความหวังอยู่เสมอ ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตให้ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี ลองหลับตาแล้วมองถึงสิ่งที่ตนต้องการจะให้เกิดขึ้น มากกว่าไปกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้น

วิธีที่ 10 การดูแลตัวของตัวเองอยู่เสมอ อยู่กับความรู้สึกสิ่งที่ตนเป็นเจ้าของตัวเอง ทำในสิ่งที่ตนเองชอบและหาโอกาสที่จะผ่อนคลายบ้าง ออกกำลังกายตามปกติ ช่วยให้รู้สึกว่าได้ดูแลรักษาความคิดและรูปร่างของตัวเอง ในการที่จะต้องไปเผชิญกับเหตุการณ์ที่ต้องใช้ความแข็งแกร่งในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ วิธีการส่งเสริมความแข็งแกร่งดังกล่าวข้างต้น สามารถทำได้ด้วยตนเองนอกจากนี้ ควรจะได้มีการเรียนรู้จากอดีตของตนเอง ที่จะนำมาแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงให้ชีวิตตนเองดีขึ้น ผ่านพ้นจากช่วงความทุกข์ยากหรือความเครียด แต่หากไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง สิ่งหนึ่งที่ควรกระทำ นั่นคือมองหาผู้ช่วยที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่นที่เรารู้จักและขอความช่วยเหลือจากเขาได้ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนเพื่อประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน การอ่านหนังสือ หรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโดยตรงสำหรับเด็กนักเรียนวัยรุ่นนั้น

ส่วน Zunz (1998) ได้เสนอวิธีการพัฒนาปัจจัยปกป้องโดยการส่งเสริมความแข็งแกร่ง ดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 สอนวัยรุ่นให้เขาจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ภายใต้อิทธิพลของความเป็นจริง และสนับสนุนให้เขาเชื่อว่าตนมีความสามารถพอที่จะจัดการในเรื่องบางเรื่องได้ สอนให้เขาได้รู้ตัวเองอยู่ตลอดเวลาว่าขณะนี้ทำอะไรอยู่เพื่อจะให้เห็นความแตกต่างของสิ่งที่กระทำนี้ๆ

วิธีที่ 2 เป็นแบบอย่างของวัยรุ่นในการปฏิบัติตัวในเรื่องของทักษะทางสังคม การมองทางบวก เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้บทบาทการเป็นผู้ใหญ่

วิธีที่ 3 สนับสนุนให้วัยรุ่นได้แก้ไขความขัดแย้งด้วยวิธีการที่ประนีประนอม ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และเกิดความยืดหยุ่นเป็นการส่งเสริมให้เรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาและทางเลือกต่างๆ ที่เหมาะสม

วิธีที่ 4 ชี้แนะให้วัยรุ่นได้เห็นถึงสิ่งที่ไม่ดีจากการชักจูงต่างๆ และผลเสียที่เกิดขึ้น สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ด้วยการปฏิเสธสิ่งที่ไม่ดีเหล่านั้นว่า “ไม่”

วิธีที่ 5 ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รู้จักตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้เกิดการวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตของเขาในอนาคต

วิธีที่ 6 เป็นพี่เลี้ยง ผู้คอยแนะนำ เป็นผู้สอน เพื่อเป็นแบบอย่างในสิ่งที่ดีแก่วัยรุ่น โดยจะพบว่าวัยรุ่นมักจะปฏิบัติตามแบบอย่างของผู้ที่เขาชื่นชอบหรือผู้ที่มีชื่อเสียง

Waaktaar, Christie, Inger, Borge and Torgersen (2004) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญพื้นฐานที่ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความแข็งแกร่งในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่

1) สัมพันธภาพทางบวกในกลุ่มเพื่อน (Positive peer relations) การได้รับการสนับสนุน หรือการประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด จากสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อน จะช่วยให้บุคคลที่เผชิญความเครียด หรือพบเจอกับสิ่งที่เลวร้าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกันจะก่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น จะช่วยให้สามารถที่จะผ่านพ้นเหตุการณ์เหล่านั้นไปได้ด้วยดี และยังสามารถสร้างความรู้สึกในคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้นได้อีกด้วย

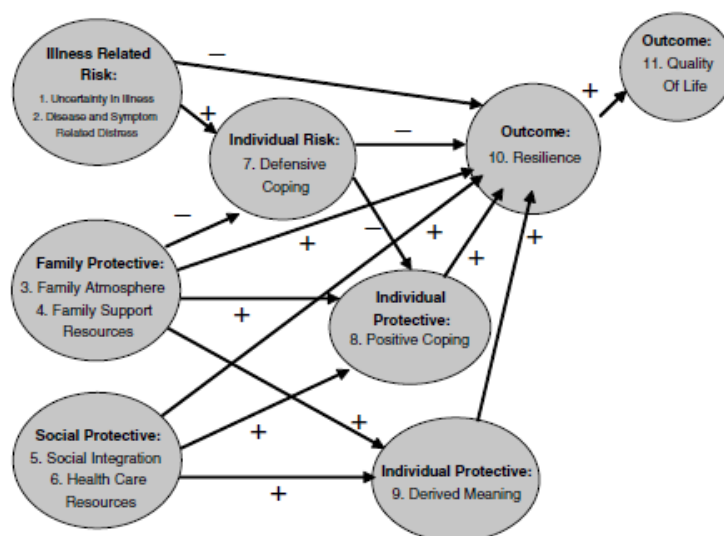
2) สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ประกอบด้วย สมรรถนะด้านร่างกาย และสมรรถนะทางด้านอารมณ์ ในการทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะได้นั้นต้องมีการตั้งจุดมุ่งหมาย และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมหรือจัดการบางสิ่งบางอย่างได้ด้วยตนเอง เกิดการวางแผนที่ดี และทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีอำนาจในการจัดการได้

3) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) การสนับสนุนให้วัยรุ่นได้มีความคิดที่สร้างสรรค์คือ การสนับสนุนความคิดเห็นส่วนบุคคลของเขาในการกระทำบางอย่างในสิ่งที่ถูกต้อง หรืออาจจะใช้แบบอย่างที่เหมาะสมกับช่วงวัยของเขาเป็นตัวกระตุ้นให้เขาเกิดความรู้สึกอยากจะทำเป็นแบบอย่าง

4) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Coherence) ต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นว่าตนเองสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และการกระทำที่ตนนั้นต้องมาจากความเมตตากรุณาด้วย ซึ่งอาจจะมาจากแบบอย่างที่คุณใหญ่ปฏิบัติให้เห็น โดยเฉพาะการมองโลกในแง่ดีว่าชีวิตนี้ยังมีหวังอยู่เสมอ ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นมีชีวิตที่ดีและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี Grothberg (2005) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่แสวงหาเอกลักษณ์ (identity) ของตนเองเป็นสำคัญ การส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในช่วงวัยนี้จึงต้องพิจารณาถึงเอกลักษณ์ของวัยรุ่นร่วมด้วย โดยต้องส่งเสริมในสิ่งที่ตนเองเป็น สิ่งที่ทำได้ และสำรวจในสิ่งที่ตนมีตามลำดับ โดยสิ่งที่ตนเป็นจะสำรวจว่าตนเองเป็นคนที่มีทัศนคติอย่างไร ความรู้สึกของตนเองหรือไม่ตนเป็นคนที่จะเห็นอกเห็นใจและห่วงใยบุคคลรอบข้างหรือไม่ ตนภูมิใจในสิ่งที่ตนเองเป็น แต่ในขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะชื่นชมผู้อื่นหรือไม่ ตนเป็นคนที่มีพร้อมจะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ได้ทำลงไปไม่ว่าผลจะเป็นอย่างไร และตนเชื่อมั่นและศรัทธาว่าชีวิตนี้มีหวังอยู่เสมอไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นหรือไม่สิ่งที่ตนทำได้ โดยจะสำรวจว่าตนสามารถบอกเล่าความรู้สึกเปื้อนหน้า ท้อแท้หรือความรู้สึกหวาดกลัวที่มีต่อการสอบเข้ามหาวิทยาลัยให้ผู้อื่นรับฟังได้หรือไม่ ตนสามารถจัดการกับปัญหาที่ตนเองมีอยู่ได้หรือไม่ ในเวลาที่เครียดหรือโกรธตนเองสามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ตนรู้กาลเทศะในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นหรือไม่ และสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเวลาที่ต้องการได้หรือไม่ สิ่งที่คุณมี โดยจะสำรวจว่าตนรู้ว่รอบๆ ตัวยังมีคนที่รักและเข้าใจหรือไม่ ตนได้เรียนรู้กฎเกณฑ์ ระเบียบวินัยต่างๆ จากบ้าน เพื่อให้ตนอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้หรือไม่ ตนมีแบบอย่างที่ดีที่ทำให้แยกแยะได้ว่าสิ่งที่ควรทำคืออะไร ตนมีคนที่มีพร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนในการกระทำหรือไม่ และตนมีคนที่มีพร้อมจะดูแลในเรื่องสุขภาพ ความ

ปลอดภัย การศึกษา และสวัสดิการทางสังคมต่างๆ หรือไม่ นอกจากนี้การเพิ่มปัจจัยปกป้องด้วยการฝึกทักษะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองมุมบวก จะเป็นการเพิ่มในสิ่งที่ตนเป็น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาการฝึกทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกที่เหมาะสม จะเป็นการเพิ่มสิ่งที่ตนทำได้ และการสำรวจสิ่งที่ตนมีช่วยให้อำนาจ ทบทวนและหันมามองในสิ่งที่ตนมีเพื่อนำเอาปัจจัยปกป้องเหล่านี้ไปใช้จัดการกับความเครียดได้

Haase (2004) ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งที่ถูกต้องและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้กระบวนการ resilience ในรูปแบบของ Adolescent Resilience Model (ARM) ที่ Haase (2004) พัฒนาขึ้นโดยเน้นแนวคิดเพื่อให้เกิดสุขภาพดี โดยใช้ resilience ในการพัฒนาโปรแกรมนี้ ใช้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพ เช่น ความสมหวัง การเผชิญความเครียด และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับโปรแกรม Adolescent Resilience Model (ARM) ให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สภาพปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการดำเนินการครั้งนี้มุ่งเน้นเพื่อปรับปรุงและพัฒนาในระยะสั้นและระยะยาว โดยการพัฒนาให้โปรแกรมเกิดประโยชน์สูงสุด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งที่มีปัญหาในเรื่องของความเครียดเนื่องจากต้องผ่านวิกฤตในชีวิต (PTSD) อย่างน้อย 1 อาการของ PTSD และขาดความมุ่งมั่นที่จะรักษาต่อไป ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการช่วยเหลือโดยใช้ resilience และทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การเผชิญปัญหา การแสวงหาจุดมุ่งหมายในชีวิต การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ความรู้สึกเชื่อมั่นในการเรียนรู้และภาคภูมิใจในตนเอง จากการศึกษาพบว่า ARM มีความซับซ้อน มีการเคลื่อนไหวรอบทุกทิศทางทั้งความเสี่ยงและการป้องกัน ดังรูปที่แสดงต่อไปนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบ Adolescent Resilience Model (ARM)

5.2 แนวคิดเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)

แนวคิด Resilience เมื่อนำมาใช้ในบริบทของผู้ใช้ยาเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบดังนี้

Hawkins, Catalano and Miller (1992) และ Braverman (1996) อธิบายว่า พลังต้านการเสพยาเสพติด เป็นกลไกในการเป็นกันชนที่มีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น

Luthar, Cicchetti and Becker (2000) อธิบายว่า พลังต้านการเสพยาเสพติด เป็นกระบวนการการพัฒนาซึ่งเป็นผลในการปรับตัวที่เกิดความสำเร็จ ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและ/หรือสถานการณ์ตึงเครียด ที่เป็นกระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์เพื่อเป็นการอธิบายขั้นตอนของครอบครัวและชุมชนในการปรับตัวให้เกิดการทำงานได้ดีภายใต้บริบทของความทุกข์ยากและความเสี่ยง

Meschke and Patterson (2003) และ Laurie (2003) อธิบายว่า พลังต้านการเสพยาเสพติด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เมื่อเกิดความเสี่ยงก็จะเกิดกลไกการป้องกันและด้วยเหตุนี้จึงเกิดพฤติกรรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาขึ้น เช่น การเสพยาเสพติดเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจะมีการส่งเสริมความสามารถของเยาวชนในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้

Dillon et al. (2007) อธิบายว่า พลังต้านการเสพยาเสพติด เป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาเสพติดได้อย่างประสบความสำเร็จโดยใช้ปัจจัยปกป้องที่เหมาะสม แม้ว่าจะตกอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่เสี่ยงหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด โดยแนวทางที่จะทำให้เกิดพลังต้านการเสพยาเสพติดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้กล่าวถึงพลังต้านการเสพยาเสพติด โดยคำนึงถึงบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันไปพร้อมๆ กัน ซึ่ง Dillon et al. (2007) ได้ชี้แนะต่อว่าหากผู้เสพยาเสพติดมีปัจจัยปกป้องสูงกว่าปัจจัยเสี่ยงก็จะส่งผลให้ผู้เสพยารายนั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่เสพยาและใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกแทน นอกจากบริบทของปัจจัยทั้งสองด้านดังกล่าวแล้ว ผู้เสพยาจะต้องมีการดึงเอาประสบการณ์เดิมที่ดีของตนเองนำมาประกอบกันเพื่อใช้เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเสพยาเสพติดอีกด้วย

การนำพลังต้านการเสพยาเสพติด (resilience to drug use) มาใช้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ ด้านมาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านบุคคล ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งปัจจัยแต่ละด้านมีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเข้ามาช่วยในการตัดสินใจ รวมถึงกระบวนการในการเผชิญสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดัน มาประกอบกันเพื่อให้เกิดเป็นกลยุทธ์ในการ

ป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น การพัฒนาพลังด้านการเสพยาเสพติดนั้นต้องมีการพัฒนาในเรื่องของความเชื่อส่วนบุคคล ทักษะคติ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น พลังด้านการเสพยาเสพติดประกอบไปด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องโดยที่อัตราส่วนของทั้งสองปัจจัยมีส่วนสำคัญมาก ซึ่งหากต้องการให้เกิดพลังด้านการเสพยามากขึ้นนั้นจะต้องใช้ปัจจัยปกป้อง ทักษะทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ มากขึ้นด้วย (Fisher et al., 2007)

มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) อธิบายว่า พลังด้านการเสพยาบ้า (resilience to amphetamine use) ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของบุคคลแต่เป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาบ้า แม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า ซึ่งพลังด้านตามมมองนี้เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันที่นำไปสู่การเสพยาบ้าและเป็นมุมมองต่อพลังด้านในแบบแนวคิดเชิงซ้อน (resilience as a multi-factorial concept)

จากการให้คำจำกัดความและคำอธิบายภายใต้แนวคิด Resilience ดังที่ได้กล่าวมาแล้วจะพบว่ามีความใกล้เคียงกัน ขึ้นอยู่กับการนำไปประยุกต์ใช้หรือศึกษาตามแนวทางของแต่ละบุคคล แต่หากนำมาจัดกลุ่มแนวคิด Resilience พบว่าสามารถจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1) เป็นคุณลักษณะประจำตัวที่ช่วยในการลดผลกระทบด้านลบจากความเครียดซึ่งบุคคลเผชิญและส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Wagnild and Young, 1993; Jacelon, 1997)

2) เป็นกระบวนการในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือกดดันของบุคคล (Olsson et al., 2003; Sinclair and Wallston, 2004)

3) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เครียด/เป็นอันตราย/กดดันได้อย่างประสบความสำเร็จ (Grotberg, 1995; Vinson, 2002; Connor and Davidson, 2003; Friberg et al., 2003; Olsson et al., 2003; Takviriyannun, 2008; ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, 2550; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์-เกียรติ, 2551)

4) เป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) รวมถึงกระบวนการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันจนนำไปสู่การปรับตัวได้สำเร็จ (Allen, 1998; Dillon et al., 2007)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจ Resilience ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ซึ่งมองแนวคิดนี้ในลักษณะเชิงซ้อน โดยคำว่า “Resilience to drug use” ถูกนำมาใช้ในภาษาไทยว่า “พลังต้านการเสพยาบ้า” (Resilience to amphetamine use) เมื่อศึกษาในบริบทของผู้เสพยาบ้าตามการศึกษาในประเทศไทยของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) และชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) และผู้วิจัยนำมาปรับใช้เป็นคำว่า “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” (Resilience to amphetamine relapse) เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและอยู่ระหว่างการบำบัด โดยสรุปคำจำกัดความ พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ คือ การที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการรับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพของตนเอง ในปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีการดึงศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเอง และจากภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว

5.3 การประเมิน Resilience และ Resilience to drug use

สำหรับการประเมินความแข็งแกร่ง (Resilience) นั้นได้มีการศึกษา พัฒนาและนำมาประยุกต์ใช้ดังนี้

5.3.1 เครื่องมือประเมิน Resilience ที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศ

Ahern et al. (2006) ได้ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ประเมิน Resilience (A Review of Instruments measuring Resilience) ในเด็กวัยรุ่น พบว่ามีเครื่องมือที่มีคุณภาพ ดังนี้

1) Resilience Scale (RS) พัฒนาโดย Wagnild and Young (1993) ซึ่งกล่าวว่า Resilience เป็นคุณลักษณะเชิงบวกที่ทำให้คนนั้นๆ เกิดการปรับตัวได้ ทั้งนี้พบว่า RS เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้ในการศึกษาได้ในหลากหลายกลุ่มอายุ และเหมาะสมสำหรับใช้ศึกษาในเด็กวัยรุ่นมากที่สุด เครื่องมือนี้สร้างจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม ที่เป็นมาตรวัด 7 ระดับ จำแนกเป็น 2 องค์ประกอบ คะแนนสูง หมายถึงมีพลังต้านสูง คะแนนต่ำ หมายถึงมีพลังต้านต่ำ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ และมีการรายงานค่าความเที่ยงสูงถึง .91 อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าเครื่องมือนี้ไม่มีข้อคำถามเชิงลบเลย จึงอาจไม่เป็นผลดีกับการตอบและผลการวิเคราะห์ที่ได้

2) Adolescent Resilience Scale (ARS) ของ Oshio, KaneKo, Nagamine and Nakaya (2003) สร้างจากการทบทวนงานวิจัยโดยมีการนำไปใช้กับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น เพียง 1 เรื่องเท่านั้น ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 19-23 ปี เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแสวงหาหนทาง

ใหม่ (novelty seeking) 2) การควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) และ 3) การมองอนาคตในแง่บวก (positive future orientation) คิดคะแนนรวมทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ย เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงของแต่ละองค์ประกอบย่อยอยู่ที่ .72 - .75

3) Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) พัฒนาโดย Connor and Davidson (2003) โดยกล่าวว่า Resilience เป็นความสำเร็จใจการเผชิญกับความเครียด เครื่องมือนี้จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด และการปรับตัว ใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายทั้งคนทั่วไป ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และผู้ป่วย Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ จำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ มีค่าความเที่ยง .89

4) Resilience Scale for Adult (RSA) พัฒนาโดย Friborg et al. (2003) โดยมองว่า resilience เป็นศูนย์รวมของแหล่งปกป้องการปรับเปลี่ยนทางสุขภาพ ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนและความเกี่ยวพันกัน (adjustment and coherence) เครื่องมือ RSA จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินปัจจัยปกป้อง (the protective resources) ซึ่งส่งเสริมให้เกิด resilience ในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 37 ข้อ จำแนกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) personal competence 2) social competence 3) family coherence 4) social support และ 5) personal structure ใช้ศึกษาในผู้ป่วยนอกจิตเวชวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-75 ปี ในประเทศนอร์เวย์

5) Brief-Resilience Coping Scale (BRCS) พัฒนาโดย Sinclair and Wallston (2004) เพื่อใช้ประเมินแนวโน้มของการเผชิญกับความเครียดซึ่งต้องใช้ในการปรับตัวที่สูงมาก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ แต่เนื่องจากเป็นเครื่องมือฉบับย่อจึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งในแง่ของความตรงและความเที่ยง แม้กระนั้น ผู้พัฒนาเครื่องมือชี้แนะว่าเครื่องมือนี้อาจใช้สำหรับการคัดกรองผู้ที่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด โดยเฉพาะในการศึกษาระยะยาว อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องอื่นๆ ที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ต่อ

5.3.2 เครื่องมือประเมิน Resilience ที่พัฒนาขึ้นใช้ในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือที่นำแนวคิด Resilience มาใช้กับวัยรุ่น ดังนี้

1) พัทรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ได้สร้างเครื่องมือแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามนี้จากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1997; 1999) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักคือ “I have” “I am” และ “I can” แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ “I have” จำนวน 9 ข้อ “I am” จำนวน 10 ข้อ และ “I can” จำนวน 9 ข้อ โดยที่แต่ละ

ข้อมีคำตอบให้เลือกเพื่อแสดงระดับความเห็น (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต คือ คะแนนรวมจาก 28 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าระหว่าง .86 - .91

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่นำแนวคิด Resilience มาใช้กับการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่นไทย ดังนี้

1) Takviriyannun (2008) พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่าการประเมินปัจจัยปกป้องสำหรับวัยรุ่นไทย (The Resilience Factors Scale for Thai adolescents) โดยใช้แนวคิดของ Grotberg (2003) และให้นิยามว่า Resilience หมายถึง ผลลัพธ์ของการปรับตัว กระบวนการปกป้อง และปัจจัยปกป้อง (Fraser et al., 2004) หรือ หมายถึงผลลัพธ์ของกระบวนการและความสามารถในการปรับตัวได้สำเร็จจากเหตุการณ์ที่คุกคาม (Grotberg, 2003) โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้นำแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในกลุ่มเด็กอายุ 0-11 ปี ใน 30 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย นำไปสู่ข้อสรุปว่าเด็กที่มีพลังต้าน (resilience children) จำเป็นต้องมีทรัพยากรที่เป็นปัจจัยปกป้อง 3 ประการ ได้แก่ 1) ฉันมี (I HAVE) ซึ่งเป็น external support 2) ฉันเป็น (I AM) ซึ่งเป็น inner strengths และ 3) ฉันสามารถ (I CAN) ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมและทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (social and interpersonal skills) นอกจากนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยปกป้องในการดื่มสุราและนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือ Resilience Factors Scale (RFS) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินปัจจัยปกป้องการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 - 5 จำนวน 638 คน จากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบในขั้นตอนสุดท้ายด้วยเทคนิค Exploratory Factor Analysis (EFA) พบว่ามีข้อคำถามที่คงอยู่จำนวน 25 ข้อ คำถามจำแนกเป็นปัจจัยปกป้อง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา 2) ทักษะการวางตัวเป็นกลางและทักษะทางสังคม 3) การคิดเชิงบวก 4) การกล้าแสดงออก 5) การสนับสนุนส่วนบุคคล และ 6) การสนับสนุนอื่นๆ

2) มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) ได้พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า แบบวัดพลังต้านการเสพติด โดยใช้ผลการศึกษาของ Dillon et al. (2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกาและแบบจำลอง The Adolescent Resilience Model ของ Haase (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นที่เสพติด แล้วนำมาสร้างแบบสอบถาม จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ได้แก่ 1) การที่ผู้เสพติดมีโอกาสเข้าถึงยาเสพติดหรือมีปัจจัยหลายๆด้านที่เอื้อต่อการเสพติด แต่ผู้เสพติดเลือกที่จะไม่เสพ จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 1-

10 2) การที่ผู้เสพยาบ้าใช้เหตุผลหลายๆอย่างเข้ามาร่วมในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า จำนวน 10 ข้อคือข้อที่ 11- 20 และ 3) การที่ผู้เสพยาบ้าใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆในการวางแผนหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะของตนเองในการป้องกันและปฏิเสธการเสพยาบ้า จำนวน 10 ข้อ คือข้อที่ 21-30 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย ลักษณะของข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การคิดคะแนนจะคิดโดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน การแปลผล คะแนนหลังด้านการเสพยาบ้าโดยรวม คะแนนสูง หมายถึง มีพลังด้านการเสพยาบ้าสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีพลังด้านการเสพยาบ้าต่ำ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

3) เมธปียา เกิดผล แต่งรัตนนา (2556) ได้พัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยกล่าวถึงภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติด (Resilience Quotient) ว่าหมายถึงพลังต้านทานต่อความกดดันทางอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดจากสิ่งเร้าหรือแรงกระทบจากภายนอกและแรงผลักดันจากภายในของคนที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งเยาวชนที่มีภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติด จะมีสภาวะจิตใจที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) มีความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ (restraint) 2) มีความมุ่งมั่นในความสำเร็จ (constancy) และ 3) มีความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ (challenge) โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินแนวคิดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนซึ่งเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ อายุ 15-18 ปี ในชุมชนแออัดคลองเตย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

4) เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) ได้พัฒนาแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” โดยใช้แนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย นำมาสร้างแบบสอบถาม จำนวน 41 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆของตนเอง จำนวน 13 ข้อ 2) ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 3) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน จำนวน 7 ข้อ 4) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆ จำนวน 5 ข้อ 5) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า จำนวน 3 ข้อ และ 6) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้

เพียงคำตอบเดียว การคิดคะแนนจะคิดโดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน การแปลผลคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำโดยรวม คะแนนสูง หมายถึง มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูง มีความเที่ยงเท่ากับ .96

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) พัฒนาขึ้น เนื่องจากแบบประเมินฉบับนี้พัฒนามาจากแนวคิดพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ของ Dillon et al. (2007) และใช้สำหรับประเมินวัยรุ่นที่เสพยาบ้าโดยเฉพาะ ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

6. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยโดยใช้แนวคิด Resilience to drug use ของ Dillon et al. (2007) ผสมผสานกับแบบจำลอง The Adolescent Resilience Model (ARM) ของ Haase (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า มาเป็นกรอบแนวคิดในการพิจารณาเลือกปัจจัยที่มีความเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 เพศ

เพศอาจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีเหตุผล เนื่องจากเพศส่งผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อม หรือสังคมยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมหรือคุณลักษณะอันพึงประสงค์ที่สังคมกำหนดว่าหญิงและชายควรเป็นอย่างไร กลายเป็นบทบาททางเพศ (gender role) บทบาทเหล่านี้พัฒนามาจากการกล่อมเกลาทางสังคม (socialization) ที่เกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการอบรมสั่งสอนจากครอบครัว โรงเรียน การได้เห็นแบบอย่าง การเรียนรู้ และประสบการณ์ต่างๆ ทำให้หญิงและชาย มีพฤติกรรม บทบาท ความคาดหวังในชีวิต การมองโลก พัฒนาการทางสติปัญญา ตลอดจนการแสดงอารมณ์แตกต่างกันรวมถึงการใช้ยาเสพติด (WHO, 2005)

6.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

เพศเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการเสพยาเสพติด โดยพบว่าเพศชายมีอัตราการเสพยาบ้าสูงกว่าเพศหญิง (สุริวัฒน์ คุวิเศษแสง, 2545; สุวรรณิ์ แสงอาทิตย์, 2550) และเมื่อมองเพศจาก

มิติด้านสังคมและวัฒนธรรมจะพบว่าชายและหญิงมีการเข้าสู่เส้นทางการเสพยาเสพติดแตกต่างกัน (ศิริพร จิรวินกุล และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้ยาบ้าได้ดีกว่าเพศชาย (ลัดดาวัลย์ ฉินประสิทธิ์, 2547) เนื่องจากเพศหญิงมี resilience มากกว่าเพศชาย (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2541; เสาวนีย์ สำนวน, 2545; สุลินดา จันทร์เสนา, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Frisher et al. (2007) พบว่าเพศสามารถทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี โตเอี่ยม (2559) ที่พบว่าเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเสพยาบ้าของเยาวชนในชุมชนแออัดได้สูงถึงร้อยละ 89.6

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.2 อายุที่เริ่มเสพยาบ้า

การเริ่มเสพยาเสพติดตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นสารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายและมีการใช้ให้เห็นอยู่ทั่วไป เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น ทำให้บุคคลขาดความระมัดระวังในการเสพยา เมื่อเสพยาบ่อยๆจะเพิ่มความถี่ของการเสพยา และเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (Dillon et al., 2007) จากการศึกษาพบว่า ถ้าเริ่มเสพยาเสพติดก่อนอายุ 15 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาติดยาเสพติดมากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มเสพยาตอนอายุมากกว่า 19 ปี ถึง 2 เท่า และถ้าเริ่มเสพยาเมื่ออายุมากขึ้นจะลดความน่าจะเป็นของการติดยาเสพติดลงประมาณร้อยละ 14 (จิราภรณ์ ลิ้มนิจสรกุล, 2546) จากการศึกษาของนิมิต รัศมี (2544) พบว่าบุหรี่ยาเสพติดขั้นพื้นฐานที่นำวัยรุ่นไปสู่การเสพยาบ้าในที่สุด และจากการศึกษาของธนวรรณ อาษารัฐ (2538) พบว่ากลุ่มติดยาเสพติดส่วนใหญ่เริ่มเสพยาเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี ด้วยวิธีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 87 โดยเป็นการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 63.84 และในปัจจุบันมีการเสพยาเสพติดที่มีฤทธิ์รุนแรงมากขึ้นกว่าครั้งแรกถึงร้อยละ 38.50 สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ คณะโต (2551) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าคิดเป็น 47.18 เท่า และผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าคิดเป็น 30.18 เท่า

6.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเสพยาบ้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50-80 เริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุ 13-15 ปี (โยธิน ปอยสูงเนิน, 2544; มานะ สันตติพงษ์, 2545; จิราภรณ์ ลิ้มนิจสรกุล, 2546) รองลงมาคือ ร้อยละ 10-30 เริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุ 16-18 ปี (วิศรดา เพียงสุข, 2540; จิตาภา

พวงเพ็ชร, 2541; ลลิตา เดชาวุธ, 2548) มีเพียงส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 5-10 เริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุ 10-12 ปี (สุรวัดน์ คุวิเศษแสง, 2545) นอกจากนี้ร้อยละ 1-5 เริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุ 7-10 ปี (จิราภรณ์ ลิมนิจสรกุล, 2546; ลลิตา เดชาวุธ, 2548; นพพร ศรีผัด, 2548) การศึกษาในต่างประเทศพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุประมาณ 16-17 ปี (Baker et al., 2004; Brecht et al., 2004; Sommers, Baskin and Baskin-Sommers, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดของต่างประเทศ เช่น Young et al. (2002) พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มเริ่มเสพยาเสพติดตั้งแต่อายุน้อยๆ โดยจากการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่าวัยรุ่นกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เริ่มเสพยาเสพติด มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากต่ำกว่าร้อยละ 5 ในอดีต เป็นร้อยละ 11 ของจำนวนผู้เสพยาทุกช่วงวัย ซึ่งอายุที่เริ่มเสพยาเสพติดพบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดสารเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยอีกหลายเรื่องพบว่าผู้ที่เริ่มเสพยาเสพติดตั้งแต่ตอนอายุน้อยๆ จะมีแนวโน้มติดสารเสพติดได้ง่ายขึ้น (Anthony and Petronis, 1995; Costello, Erkanli, Federman and Angold, 1999; Hanna and Grant, 1999)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุที่เริ่มยาบ้ามีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.3 จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา

6.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่บำบัดรักษากับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

จากการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งที่มากมีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดหลายครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ติดยาเสพติดในระดับรุนแรง คือ มีการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของนิรุจน์ อุทธา และคณะ (2548) พบว่าจำนวนครั้งของการบำบัดที่จะสะท้อนความรุนแรงของการติดยาและเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Supreda et al. (2006; อ้างถึงในธนิตา หิรัญเทพ และคณะ, 2556) ที่พบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษาสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำ และเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร (2556) ที่สนับสนุนว่าประวัติการบำบัดรักษาสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและติดสารได้ 12.6 เท่า ของคนที่ไม่เคยรับการรักษา

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษามีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.4 ความรุนแรงของการเสพยาบ้า

การประเมินความรุนแรงของการเสพยาบ้า มีเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินพอที่จะยกตัวอย่างได้ดังนี้

6.4.1 ความรุนแรงของการเสพยาเสพติดมีเกณฑ์ในการประเมินเพื่อใช้คัดกรองผู้เสพยาเสพติดในการส่งตัวเข้ารับการรักษาโดยมีการจำแนกเป็นผู้เสพ ผู้ติดและผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

- 1) ผู้เสพ หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่องร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ
 - ใช้แล้วมีปัญหาแต่ยังคงใช้ยา
 - หยุดยาแล้วไม่มีอาการถอน/อยากยา
- 2) ผู้ติด หมายถึง ผู้ที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - ดำรงชีวิตผิดปกติและไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้และมีผลกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่น
 - หยุดยาแล้วมีอาการถอน/อยากยา
- 3) ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง หมายถึง ผู้ติดยา/สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเกินกว่า 3 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ทางการแพทย์หรือจากประวัติทางสังคมไม่สามารถเลิกเสพยาได้ แม้ผ่านการบำบัดหลายครั้งหรือหลายวิธีร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - เคยรักษาแบบบำบัดด้วยยามากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 ปี หรือบำบัดด้วยยาและบำบัดฟื้นฟูรวมกันเกินกว่า 3 ครั้ง
 - ไม่ตั้งใจ หรือไม่ต้องการเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง (จากการประเมินในการบำบัดรักษาแต่ละครั้ง)
 - เคยถูกจับหรืออยู่ระหว่างการดำเนินคดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดมากกว่า 3 ครั้ง

6.4.2 เกณฑ์การวัดความรุนแรงของการเสพยาบ้า เป็นการวัดภาวะเสพติด (Addiction scale) ของสถาบันธัญญารักษ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เป็นแบบประเมินที่เรียกว่าดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า ซึ่งเป็นแบบเลือกคำตอบให้ตรงกันความเป็นจริงมากที่สุด มีทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อมีตัวเลือกทั้งหมด 4-5 ตัวเลือก ในแต่ละตัวเลือกมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกันเริ่มตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน มีการแปลผลโดยการรวมคะแนน มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-100 แปลผลดังนี้

น้อยกว่า 12 คะแนน	อยู่ในระยะเริ่มต้นของการเสพยา
13 – 35 คะแนน	อยู่ในระยะยังคงเสพยา
36 – 55 คะแนน	อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยา
56 – 100 คะแนน	อยู่ในระยะวิกฤติ

6.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพยาบ้ากับพลังต้านการเสพยาบ้า ซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์กับการตระหนักของวัยรุ่นต่อการติดยา (ยุทธนา มุ่งสมัคร, 2546) และมีความสัมพันธ์กับประวัติการใช้ยาเสพติดและการใช้สารในทางที่ผิด (abuse) ความถี่และความนานของระยะเวลาของการเสพยา รวมทั้งระบบที่ผู้เสพยาเข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบัน จากการศึกษาของวรัญญา จิตผ่อง (2552) พบว่าระดับความรุนแรงของการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 61.2 อยู่ในระดับที่รุนแรงและยังพบอีกว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบบังคับบำบัดจะมีระดับความรุนแรงของการกลับไปเสพยาซ้ำน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นที่ผ่านการบำบัดแล้วมีการกลับไปเสพยาซ้ำมีระดับความรุนแรงของการเสพยาเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงข้าม การศึกษาของ Von Sydow et al. (2002) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น รับรู้ว่าตนเองเกิดความเจ็บป่วยจากการเสพยาเสพติด จึงปฏิเสธที่จะไม่เสพยาเสพติดเพราะเกรงว่ายาเสพติดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งวัยรุ่นเหล่านี้ให้เหตุผลว่าตนปฏิเสธการเสพยาเนื่องจากไม่
อยากเจ็บป่วยและยังไม่อยากเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.5 ภาวะซึมเศร้า

6.5.1 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ อีกหลายประการ เช่น การฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านการเรียน สังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ช่วงวัยรุ่นถือเป็นขั้นของพัฒนาการที่มีลักษณะเฉพาะหลายประการทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ การเริ่มมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ ความต้องการเป็นอิสระ คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมี

ความซับซ้อนและมีลักษณะทางคลินิกที่ยากต่อการวินิจฉัย (Birmaher et al., 2007; Lewandowski et al., 2013) การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความชุกของโรคซึมเศร้าที่ระยะเวลา 12 เดือน และ 30 วัน เท่ากับร้อยละ 8.2 และ 2.6 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ตาม DSM-IV (Georgiades et al., 2013) ในประเทศสเปนมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 17-19 ปี ด้วยแบบประเมิน Reynolds adolescent depression scale (RADS) พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 2.5 (Fonseca-Pedrero et al., 2011) ในระหว่างปี ค.ศ. 2003-2004 ที่ประเทศฝรั่งเศสมีการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในนักเรียนเกรด 9 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 15.1 ปี ด้วยแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจาก standardized composite international diagnosis interview - shortform (CIDI-SF) พบว่าในระยะเวลา 12 เดือน มีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 9.6 (Chan et al., 2012) การศึกษาในประเทศนอร์เวย์ตอนกลางพบว่าวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 14.9 ปี มีความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เท่ากับ ร้อยละ 2.6 (Sund et al., 2011) นอกจากนี้มีการศึกษาแบบ meta-analysis ซึ่งวิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการรวบรวมข้อมูลจาก 26 การศึกษาที่มีการสัมภาษณ์ทางจิตวิทยาแบบ structured พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปี เท่ากับร้อยละ 2.8 และในผู้ที่มีอายุ 13-18 ปี เท่ากับร้อยละ 5.6 (Costello et al., 2006) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยของฐิติวี แก้วพรสวรรค์ และเบญจพร ตันตสุติ (2555) ได้สำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,267 คน โดยใช้ children's depression inventory ฉบับภาษาไทย (CDI-Thai) พบว่านักเรียนร้อยละ 3.8 มีภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของณิชภัทร รุจิรดาพรและอุมาพร ตรังคสมบัติ (2552) ได้ทำการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,700 คน โดยใช้ center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 17.4 นอกจากนี้ศุภชัย ตู้กลาง (2555) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 426 คน โดยใช้ RADS พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 11.03 และจากการศึกษาของจรรยาพร เจียมเจริญกุล และนิตา ลี้มสุวรรณ (2558) พบว่าภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบได้ร้อยละ 14.6 และการศึกษาโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ พบว่าร้อยละ 75 มักมีอาการซึมเศร้าครั้งแรกตอนเป็นเด็กหรือวัยรุ่น (Jacobs et al., 2008) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การใช้ยาเสพติด ปัญหาการศึกษา ปัญหาสุขภาพ การเสียสัมพันธภาพทางสังคม เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะในวัยรุ่น นับเป็นปัญหาระดับชาติเนื่องจากส่งผลต่อการสูญเสียทรัพยากรที่มีคุณค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคต รวมถึงงบประมาณในการเฝ้าระวัง ป้องกันและการดูแลรักษา เป็นต้น

6.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ผู้เสพยาบ้ามักมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเป็นทั้งสาเหตุหรือผลลัพธ์จากการเสพยา จากการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2556) พบว่าผู้เสพยาบ้ามากกว่าร้อยละ 60 มีภาวะผิดปกติของอารมณ์ร่วมด้วยและพบมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า โดยผู้เสพยาบ้ามีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน ทั้งที่อาการอาจมีผลกระทบต่อความสามารถและการใช้ชีวิต และสามารถรักษาให้หายได้ ภาวะซึมเศร้าเองเป็นสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำและมีอาการที่รุนแรงมากในช่วงหยุดเสพยา (withdraw) ในผู้เสพยาบ้าที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกดีขึ้นหลังได้เสพยาและมีความรู้สึกอยากยาสูงมาก ทำให้คงการเสพยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) ที่พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวล มักจะหันมาเสพยาบ้า และสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิตพงษ์ อริยะวงศ์ (2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ทำอะไรไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีความภูมิใจเกี่ยวกับตนเอง และไม่มีความสุขในสิ่งที่ตนเองเป็น จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (วาสนา พัฒนกำจร, 2541; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550; วราภรณ์ รักษ์งาน และคณะ, 2556)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.6 การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว

ในปัจจุบันพบว่ามีเยาวชนจำนวนมากที่ใช้ชีวิตร่วมกับผู้ปกครองที่ใช้สารเสพติด เยาวชนเหล่านี้มีความเสี่ยงในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านพฤติกรรม ด้านสติปัญญา และด้านร่างกาย รวมทั้งในด้านชีวภาพ จิตใจ และสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการติดสารเสพติดของผู้ปกครอง (Moe, Johnson and Wade, 2007) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาถึงปัจจัยของครอบครัวหรือผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น เช่น Denton and Kampfe (1994); Hoffmann and Su (1998); Hoffmann and Cerbone (2002) พบว่าปัจจัยประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมหรือเพิ่มความเสี่ยงในการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น คือ การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ พี่น้อง เช่น พี่ชาย น้องชาย เป็นต้น เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุด เป็นแหล่งบ่มเพาะนิสัย บุคลิกภาพ พฤติกรรม การแสดงออก ซึ่งบางส่วนถูกถ่ายทอดมาจากครอบครัว รวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดด้วย การที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดให้วัยรุ่นเห็น และวัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ

ทั้งนี้อาจเกิดจากการไม่ใส่ใจของผู้ปกครองในการตักเตือน เพิกเฉย บางครั้งผู้ปกครองเองกลับเห็นด้วยกับพฤติกรรมดังกล่าวว่าเป็นการแสดงถึงความกล้า เป็นการเปลี่ยนผ่านไปสู่วัยผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นเกิดความคึกคะนอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เสพสารเสพติดโดยทางอ้อม

6.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

วัยรุ่นที่เกิดและเติบโตในครอบครัวที่มีการใช้สารเสพติดไม่ว่าจะเป็นบุหรี่ยาสูบ หรือสารเสพติดรุนแรงชนิดอื่นๆ มาก่อน พบว่าบุตรจะเกิดการเลียนแบบและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติดของบุตรที่เป็นวัยรุ่น (Hoffman and Cerbone, 2002) และสามารถทำนายการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นได้ (McVie and Holmes, 2005) จากการศึกษาของจิตาภา พวงเพชร (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เสพยาบ้าและมารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ มีบิดามารดาติดสุรา และสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 20.6 และ 17.6 ตามลำดับ มีพี่น้องติดยาบ้า หรือสารระเหย คิดเป็นร้อยละ 9.7 และ 0.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุลินดา จันทร์เสนา (2549) ที่พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าร้อยละ 30 มีสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ชาย น้องชาย ลูกพี่ ลูกน้อง เสพยาบ้า และสอดคล้องกับการศึกษาของประธาน รัชต์จำรูญ (2544) ที่พบว่านักเรียนที่มีพี่น้องมีประวัติใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดยาบ้าเป็นสามเท่าของนักเรียนที่มีพี่น้องที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดและเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่จะกลับไปเสพหรือไม่เสพยาเสพติดซ้ำ (ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ, 2556) และจากการศึกษาของกิ่งกาญจน์ จงสุขไกล และนเรนทร์ ตุนทกิจ (2556) พบว่าเยาวชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีสมาชิกในครอบครัวติ่มสุราเป็นประจำ และถูกจำคุกด้วยคดียาเสพติด โดยร้อยละ 27.7 ระบุว่าสมาชิกในครอบครัวเสพยาบ้า ร้อยละ 4.3 ระบุว่าสมาชิกในครอบครัวเสพอีซี และร้อยละ 4.3 ระบุว่าสมาชิกในครอบครัวเสพกัญชา ตามลำดับ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.7 การเห็นคุณค่าในตนเอง

วัยรุ่นเป็นวัยที่การเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการแสดงออกตลอดจนการใช้ชีวิต จากการศึกษาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow (1970) พบว่า บุคคลในช่วงวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับความต้องการการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าวัยอื่นๆ (ดวงกมล ทองอยู่, 2557)

6.7.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

Rosenberg (1965) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง (self-

esteem) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) มีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความสามารถ (sense of competence)

Sasse (1978) ให้ความหมายไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่า มีความต้องการได้รับความเชื่อถือ การยอมรับนับถือ โดยได้รับการสนับสนุนหรือยอมรับนับถือจากผู้อื่นเพื่อที่จะทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจและนับถือตนเอง

Coopersmith (1984) ได้ให้คำจำกัดความ การเห็นคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับและไม่ยอมรับของตนเองและแสดงถึงขอบเขตความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง

Lawrence (1987) ให้ความหมายไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองถึงความแตกต่างระหว่างตนที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันกับตนที่อยากจะเป็น (Ideal Self) ซึ่งเป็นกระบวนการทางด้านอารมณ์ที่วัดได้จากการที่บุคคลเอาใจใส่ต่อความแตกต่างนี้ บุคคลซึ่งมีความแตกต่างในการประเมินมากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ถ้าหากมีความแตกต่างน้อยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

Maslow (1970) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้สึกนับถือตนเอง (Self-respect) เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่าคุณค่าสำคัญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงออกมากในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตนเอง การเป็นคนเข้มแข็งมั่นคง มีความสามารถ มีความชื่นชมในตนเอง มีความเชื่อมั่น พึ่งตนเอง และมีความเป็นอิสระ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน (Esteem from others) ซึ่งเห็นได้จากการมีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่ง มีอำนาจ ความรุ่งเรือง ได้รับการยอมรับ ความเอาใจใส่ให้มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรีและเป็นที่ยกย่องของสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการนี้หากได้รับการตอบสนองเป็นที่น่าพอใจก็จะนำมาซึ่งความนับถือตนเอง รู้สึกว่าคุณค่ามีค่า มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ มีศักยภาพ และมีประโยชน์ต่อสังคม หากสิ่งเหล่านี้พัฒนาขึ้นไปอีกก็จะเข้าสู่ขั้นบรรลุลักษณะแห่งตน (self-actualization) คือ การเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ รู้สึกถึงคุณลักษณะและศักยภาพของตนเองสามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ซึ่งเป็นการต้องการสูงสุดของมนุษย์

เสาวนีย์ สำนวน (2545) ได้ให้ความหมายของ การเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเองและสามารถประสบความสำเร็จได้

กล่าวโดยสรุป การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและทัศนคติต่อตนเองว่ามีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถประสบความสำเร็จได้ จึงให้คุณค่าแก่ตนเอง นับถือตนเอง รักตนเองรวมถึงการให้ความสำคัญแก่ตนเอง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมาข้างต้นรู้ได้ด้วยการใช้การประเมินตนเอง

6.7.2 ลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงนั้นมีลักษณะกระตือรือร้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ดี คิดในด้านบวก พอใจในตนเอง รักตนเอง ไม่รู้สึกด้อยค่า เคารพตนเอง ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทำให้เป็นคนกล้าคิด กล้าทำ กล้าเผชิญปัญหาและถือว่าปัญหาเป็นเรื่องที่ท้าทาย ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ใช้กลไกในการป้องกันตนเองน้อยมาก ดังนั้นจึงมีความสุขและใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ (Coopersmith, 1981a)

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีดังต่อไปนี้ (นุจิรา สารถ้อย, 2547)

- 1) มีใบหน้า ท่าทาง วิธีการพูดและการเคลื่อนไหวด้วยความแจ่มใส ร่าเริง มีชีวิตชีวา
- 2) สามารถพูดถึงความสำเร็จหรือข้อบกพร่องของตนเองได้อย่างตรงไปตรงมาและด้วยน้ำใสใจจริง
- 3) สามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสรรเสริญ การแสดงออกด้วยความรักความซาบซึ้ง
- 4) สามารถเปิดใจรับคำตำหนิและไม่ทุกขรั้นเมื่อมีผู้กล่าวถึงความผิดพลาดของตน
- 5) คำพูดและการเคลื่อนไหวมีลักษณะธรรมชาติไม่กังวล
- 6) มีความกลมกลืนกันอย่างดีระหว่างคำพูด การกระทำ การแสดงออกและการเคลื่อนไหว
- 7) สามารถที่จะเห็นและสนุกสนานกับแง่ตลกของชีวิตทั้งของตนเองและผู้อื่น
- 8) มีเจตคติที่เปิดเผยอยาก رؤ้อยากเห็นเกี่ยวกับชีวิตประสบการณ์ใหม่และโอกาสใหม่ๆ ของชีวิต
- 9) มีเจตคติที่ยืดหยุ่นในการตอบสนองกับเหตุการณ์และสิ่งท้าทายมีวิญญูณของความเป็นคนช่างคิดและไม่เอาจริงเอาจังกับชีวิตมากจนเกินไป

10) มีพฤติกรรมการแสดงออกในทางที่เหมาะสมสามารถเป็นตัวของตัวเองแม้ว่าตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเครียด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงนั้นเป็นลักษณะพื้นฐานสำคัญ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแล้ว ก็จะสามารถพัฒนาบุคลิกภาพ ความรู้ ความสามารถ การบริหารตนเอง มนุษยสัมพันธ์ สุขภาพ ตลอดจนคุณธรรมจริยธรรมของบุคคลนั้นได้ดี เพราะบุคคลเมื่อมีการเห็นคุณค่าในตนเองแล้วก็จะมีความเชื่อ มีกำลังใจที่ดีว่าตนสามารถที่จะพัฒนาได้ในทุกๆ ด้าน

6.7.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

คุณลักษณะพื้นฐานของการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งบุคคลใช้เป็นเครื่องตัดสินว่าตนประสบความสำเร็จหรือไม่ ซึ่งมีอยู่ 4 ประการ คือ (Coopersmith, 1981b)

1) การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ (Competence) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถทำงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถเผชิญอุปสรรคและปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยความมั่นใจ ปรับตัวได้ดี และสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การรับรู้ว่าคุณมีความสำคัญ (Significance) เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับอย่างเหมาะสม รู้สึกว่าคุณเป็นที่รักของบุคคลอื่น มีประโยชน์และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

3) การรับรู้ว่าคุณมีอำนาจ (Power) เมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนมีอิทธิพลในการควบคุมชีวิตของตนเองและต่อเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว มีความเชื่อมั่นในอำนาจการกระทำของตนว่าจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการและมีความสามารถในการกระทำการต่างๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยตนเอง

4) การรับรู้ว่าคุณมีคุณความดี (Virtue) เมื่อบุคคลมีการปฏิบัติตัวสอดคล้องกับศีลธรรมจริยธรรม ค่านิยมและวัฒนธรรมประเพณี มองโลกในแง่ดี พอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีการแสดงออกของความคิดและถูกต้องตามทำนองคลองธรรม

Coopersmith (1981b) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยได้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตนเองและองค์ประกอบภายนอกตนเอง

1. องค์ประกอบภายในตนเอง เป็นลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน แบ่งเป็น

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes) โดยบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีรูปร่างหน้าตาที่ดีสวยงาม มีความคล่องแคล่วว่องไว รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า อย่างไรก็ตามลักษณะทางกายภาพ

จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าของสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

1.2 สมรรถภาพ ความสามารถและผลงาน (General capacity, ability and performance) องค์ประกอบทั้ง 3 ประการ จะมีความสัมพันธ์ระหว่างกันและมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการกระทำว่าประสบความสำเร็จหรือได้รับความล้มเหลว โดยอาจมีเรื่องสติปัญญาเข้ามาเกี่ยวข้อง สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การเพิ่มระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง

1.3 ภาวะอารมณ์ (Affective states) เป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสุขหรือความทุกข์ ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ หรือภาวะอารมณ์อื่นๆ ที่อยู่ในตัวบุคคล อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการประเมินสิ่งที่ตนประสบและเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แล้วส่งผลต่อการประเมินตนเองในเวลาต่อมา บุคคลที่ประเมินตนเองในทางที่ดีจะมีความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ประเมินตนเองในทางไม่ดี ไม่พอใจในชีวิตของตน และอาจทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังในอนาคต

1.4 ค่านิยมส่วนตัว (Self-values) บุคคลทั่วไปจะให้ความพอใจสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป โดยบุคคลจะมีแนวโน้มจะใช้ค่านิยมของสังคมเป็นสิ่งตัดสินการเห็นคุณค่าในตนเอง หากค่านิยมของตนเองสอดคล้องกับแนวโน้มของค่านิยมทางสังคมนั้นๆ จะทำให้บุคคลนั้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ถ้าค่านิยมของตนเองไม่สอดคล้องจะมีผลทำให้บุคคลนั้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

1.5 ความปรารถนา (Aspiration) การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลเกิดจากการเปรียบเทียบผลงานและความสามารถของตนเองกับเกณฑ์ความสำเร็จที่ตนเองคาดหวังไว้ หากผลงานและความสามารถเป็นไปตามตามเกณฑ์ที่ตนได้คาดหวังไว้หรือทำได้ดีกว่าจะทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าผลงานและความสามารถไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตนคาดหวังหรือทำได้ต่ำกว่า จะทำให้บุคคลคิดว่าตนเองนั้นเป็นบุคคลที่ด้อยคุณค่า

1.6 เพศ (Gender) พบว่าส่วนใหญ่เพศชายจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับเพศชาย หากเพศชายทำงานประสบความสำเร็จจะถูกมองว่าเกิดจากความสามารถ แต่ถ้าเป็นเพศหญิงจะถูกมองว่าเป็นเพราะความพยายามหรือเป็นเพราะความโชคดี แต่อย่างไรก็ตามทัศนคติต่อเพศหญิงและระดับการเห็นคุณค่าในตนเองยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละวัฒนธรรมด้วย

1.7 ปัญหาต่าง ๆ และโรคภัยไข้เจ็บ (Problems and pathology) ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ไป อาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (psychosomatic symptoms)

กล่าวคือ ผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวมักจะเกิดความรู้สึกของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและจะแสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล มีความทุกข์มากกว่าผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวน้อย

2. องค์ประกอบภายนอกตนเอง คือสภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วยองค์ประกอบภายนอกตนเองจะส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ความสัมพันธ์กับครอบครัวและพ่อแม่ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีอำนาจมาก ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นรากฐานที่สำคัญในชีวิตบุคคล เด็กที่ได้รับความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้สิทธิเสรีภาพในการกระทำของเด็ก โดยกฎระเบียบที่พ่อแม่ใช้ในการปกครองลูกของตน และจัดการดูแล ให้เด็กมีอิสระในขอบเขตที่กำหนด สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เด็กสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองได้

2.2 โรงเรียนและสถาบันการศึกษา โรงเรียนมีหน้าที่ช่วยให้นักเรียนเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในทักษะความสามารถ และรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเมื่ออยู่ในชั้นเรียน โดยโรงเรียนเป็นสถานที่ที่พัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่อบ้าน การที่ครูเปิดโอกาสให้นักเรียนทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีอิสระ โดยไม่ขัดกับกฎระเบียบที่โรงเรียนได้กำหนดไว้ การฝึกให้นักเรียนรู้จักแก้ไขปัญหาต่างๆ จะส่งเสริมให้เด็กมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเอง

2.3 สถานภาพทางสังคม เป็นการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นโดยพิจารณาจากอาชีพ ตำแหน่งงาน บทบาททางสังคม สถานะเศรษฐกิจ วงศ์ตระกูล ดังจะเห็นได้โดยทั่วไปว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมสูงจะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เขารู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมระดับปานกลางหรือต่ำ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า สถานภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองไม่ค่อยเด่นชัดนักเพราะบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับต่ำ มีทั้งบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ ดังที่ Coopersmith (1981b) ศึกษาพบว่า ยิวเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีสถานภาพทางสังคมในระดับต่ำ แต่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าโปแตสแตนท์และคาทอลิก ซึ่งเป็นพวกที่มีสถานภาพทางสังคมในระดับสูง

2.4 สังคมและกลุ่มเพื่อน การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและเพื่อนจะช่วยในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง การที่บุคคลไม่ได้รับการยอมรับ การไม่ได้มีส่วนร่วม ไม่เป็นที่ประทับใจในกลุ่มเพื่อน จะทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง จะกลายเป็นคนที่เจียมขริมชอบเก็บตัว และไม่เป็นที่ไว้วางใจของเพื่อน

ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น มีทั้งองค์ประกอบภายในตนเอง และองค์ประกอบภายนอกตนเอง การพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองจึงควรที่จะตั้งค่านึงถึงปัจจัยทั้ง 2 องค์ประกอบด้วย

6.7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เป็นความรู้สึกสะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลตัดสินความมีคุณค่าของตนเองและทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้เกิดความพึงพอใจและความสุข มีผลต่อความแข็งแกร่งของวัยรุ่นตามมา ส่วนบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการรับรู้ตนเองด้อยค่าหรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบแสดงความคิดเห็น ไม่มั่นใจในตนเอง มักอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ทำให้มีความรู้สึกทางด้านลบมาก ส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีความแข็งแกร่ง (resilience) ต่ำด้วย จากการศึกษาหลายเรื่องพบว่าวัยรุ่นเสพยาบ้าจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Shives, 1986; ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540; อรัญญา แพจ้อย, 2544) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการถูกสังคมรังเกียจ (stigma) ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม และรวมกลุ่มกันเฉพาะผู้เสพยาเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและไม่ยอมเข้ารับการบำบัดรักษา ส่วนผู้ที่ผ่านการบำบัดเมื่อต้องกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอาจขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นแตกต่างไปจากคนอื่น ขาดความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จ ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลงไปด้วย ซึ่งส่งผลทำให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก (สุชาติ เลขาบริพัตร, 2544) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ากับการเห็นคุณค่าในตนเองของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=0.195$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.8 ความเข้มแข็งของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญเป็นจุดเริ่มต้นของการวางรากฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีการอบรมเลี้ยงดู ปลูกฝัง ขัดเกลาทางด้านคุณธรรมจริยธรรมให้เป็นสมาชิกของสังคมที่มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2554)

ครอบครัวเป็นแหล่งสร้างนิสัย ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติสำหรับวัยรุ่น อิทธิพลของครอบครัวจึงมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาบุคลิกภาพทั้งกายและใจของเด็ก (เดชา ศิริเจริญ, 2552) การเรียนรู้และการปรับตัวทางสังคมของเด็กไม่ได้เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเพียงอย่างเดียว แต่หากได้รับอิทธิพลจากครอบครัวด้วย หากครอบครัวมีความบกพร่องก็ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว การขาดความสมดุลในครอบครัวมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น พฤติกรรมเกราะ ก้าวร้าว ดิถยาเสพติดหรือเป็นหนทางสู่การกระทำผิดของวัยรุ่น (วรารักษ์ มั่งคั่ง, 2558) ถ้าหากครอบครัวมีความเข้มแข็งย่อมเป็นเหมือนเกราะกำบังที่ช่วยต้านทานสิ่งเลวร้ายที่จะมากระทบหรือเกิดขึ้นกับครอบครัวให้เบาบางลง ถ้าครอบครัวมีความเข้มแข็ง รักใคร่ผูกพัน มีบรรยากาศภายในครอบครัวที่ดี อบอุ่น มีการสนับสนุนส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จหรือผ่านพ้นจากวิกฤติที่เกิดขึ้น ย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความสามัคคี กลมเกลียว ร่วมแรงร่วมใจ ปรองดองให้ครอบครัวผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ และประสบความสำเร็จได้

6.8.1 ความหมาย

McCubbin and Thompson (1986) ได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (family hardiness) จากแนวคิดของ Kobasa (1979) ซึ่งเป็นความเข้มแข็งในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตและสังคม แล้วนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการวัดความเข้มแข็งในครอบครัวและได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัวว่า เป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤติหรือสิ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวให้คงอยู่ในภาวะปกติ โดยนำเสนอว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นลักษณะโครงสร้างของครอบครัวที่ช่วยลดความรุนแรงของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วยในครอบครัว

6.8.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัว

องค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

McCubbin, McCubbin and Thompson (1991) กล่าวว่าองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวมี 4 คุณลักษณะ ดังนี้คือ

คุณลักษณะที่ 1 การให้คำมั่น และการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวร่วมกัน (Co-oriented commitment) หมายถึงความเข้มแข็งภายในครอบครัวที่เกิดจากความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการทำงานและรับผิดชอบร่วมกัน

คุณลักษณะที่ 2 ความมั่นใจ (Confident) หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของครอบครัวในการวางแผนล่วงหน้า การตั้งเป้าหมาย การได้รับการชื่นชมจากความพยายามที่สามารถอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นด้วยการใส่ใจและการเห็นคุณค่าและความหมายในสิ่งนั้นๆ

คุณลักษณะที่ 3 ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง ความพยายามของครอบครัวในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งท้าทาย ดิ้นตัวในสถานการณ์ใหม่ๆ และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างเต็มที่

คุณลักษณะที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าภายนอก (Control external) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการควบคุมความเป็นไปในครอบครัว ไม่หวั่นไหวหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอก

Goddard (2000) ได้เสนอแนวคิดว่าองค์ประกอบที่ทำให้ครอบครัวเข้มแข็งมี 5 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

องค์ประกอบที่ 1 การเอาใจใส่ (Caring) ครอบครัวจะเข้มแข็งขึ้นเมื่อมีการแสดงความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเมื่อมีคนใดคนหนึ่งทำผิด ครอบครัวจะหาทางในการกระตุ้นและให้กำลังใจต่อกัน ครอบครัวที่เข้มแข็งจะหาโอกาสที่จะใช้เวลาร่วมกันและให้ความรักที่ดีต่อกัน

องค์ประกอบที่ 2 การให้คำมั่นต่อกัน (Commitment) สมาชิกในครอบครัวจะให้คำมั่นต่อครอบครัว และให้คุณค่าและความสำคัญกับครอบครัว เช่น ปฏิบัติตามธรรมเนียมของครอบครัว ธรรมเนียมปฏิบัติของครอบครัวเป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวได้สร้างความหมายขึ้นซึ่งเป็นความหมายพิเศษที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ความรู้สึกมั่นคง และปลอดภัยกับสมาชิกในครอบครัว

องค์ประกอบที่ 3 รับฟังและยอมรับซึ่งกันและกัน (Listen and acceptance) ในครอบครัวที่เข้มแข็งสมาชิกจะพูดคุยกันอย่างเปิดเผย รับฟังกัน และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันด้วยความยอมรับ

องค์ประกอบที่ 4 มีความผูกพันกันระหว่างชุมชนและครอบครัว (Community and family tie) ครอบครัวที่เข้มแข็งจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล สถาบัน หรือชุมชนภายนอกครอบครัว เมื่อครอบครัวประสบความยุ่งยากขึ้นก็สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือสถาบันภายนอกอื่นๆ

องค์ประกอบที่ 5 มีความยืดหยุ่นและเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลง (Flexibility and openness to change) ครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีความยืดหยุ่นต่อภาวะเบียดต่างๆ หรือสิ่งที่เคยปฏิบัติมา เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ครอบครัวก็พร้อมที่จะยืดหยุ่นและเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวมากขึ้น

Strong, DeVault, Sayad and Cohen (2001) ได้เสนอองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวไว้ 9 คุณลักษณะดังนี้คือ

คุณลักษณะที่ 1 การให้คำมั่นและการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวร่วมกัน หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการทำงานและรับผิดชอบร่วมกับสมาชิกในครอบครัว รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เขาจะมีความตั้งใจและเป้าหมายร่วมกันที่จะทำให้เกิดความสามัคคี กลมเกลียว ความสงบสุขของครอบครัว เมื่อบุคคลมีการให้คำมั่นกับครอบครัว เขาจะมอบชีวิตให้กับครอบครัว ทำหน้าที่เพื่อครอบครัว เขาจะพร้อมจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามความสงบสุขของครอบครัว การให้คำมั่นกับครอบครัวจะทำให้เกิดการส่งเสริมความองอาจให้กับสมาชิกของครอบครัว สมาชิกจะห่วงใยกับความทุกข์และความสุขสบายของสมาชิกคนอื่นๆ การให้คำมั่นและการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวจะทำให้บุคคลทำทุกอย่างเพื่อครอบครัวและต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว

คุณลักษณะที่ 2 การนับถือคุณค่าและความไว้วางใจ (Respect and trust) หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความนับถือต่อความเป็นตัวตนของกันและกัน เห็นคุณค่าของกันและกันในฐานะที่เขาเป็นสมาชิกคนหนึ่งครอบครัว สมาชิกมีความซื่อสัตย์และไว้วางใจซึ่งกันและกัน และในขณะเดียวกันสมาชิกก็มีการเห็นคุณค่าของตนเองด้วย การแสดงความนับถือและความไว้วางใจเป็นการเคารพในความแตกต่างกันของบุคคลแม้เราจะไม่เข้าใจหรือเห็นด้วยก็ตาม

คุณลักษณะที่ 3 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง การมีความรับผิดชอบร่วมกันในเหตุการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว รวมถึงการแบ่งความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว การมีความรับผิดชอบในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดความนับถือตนเอง การชื่นชม การพึ่งพาอาศัยกันและกันของบุคคลและการพัฒนาจริยธรรม

คุณลักษณะที่ 4 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การถ่ายทอดและแสดงปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีสัญลักษณ์แฝงระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความหมายต่อกันขึ้นในครอบครัว การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวจึงเป็นการใช้คำพูดและภาษาท่าทางเพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

6.8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้า
ซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในครอบครัวและกำหนดบุคลิกภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล จากการศึกษาของ Conger (2002) พบว่า ครอบครัวที่อ่อนแอและอยู่ในภาวะความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเป็นครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ต่างคนต่างอยู่และไม่รู้สึกถึงความ เป็นครอบครัวเดียวกันส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวของเด็ก ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น การใช้ยาเสพติด ความรุนแรง ความก้าวร้าว การต่อต้านสังคม และปัญหาการเรียน เป็นต้น ในทางตรงข้ามหาก

ครอบครัวมีความรักความผูกพัน ให้ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน และให้กำลังใจกัน จะทำให้เด็กมีสุขภาพจิตและการปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Fincham et al. (1994) และ Losel and Bliesener (1994) ที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดามารดา ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรที่แข็งแรงและน่าพึงพอใจ และจากการศึกษาของ Frisher et al. (2007) พบว่าครอบครัวที่มีขนาดใหญ่ส่งผลต่อสมาชิกเนื่องจากการดูแลไม่ทั่วถึง การเลี้ยงดูไม่ดี ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่ำ มีความบาดหมางกัน มีความขัดแย้ง รวมถึงรูปแบบของการสื่อสารที่ไม่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมและการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น (Chassin, 2000)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.9 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

6.9.1 ความหมายและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

เพื่อน (Peer) หมายถึง บุคคลที่สามารถแลกเปลี่ยนค่านิยม ประสบการณ์ วิถีชีวิตซึ่งกันและกัน และมีอายุใกล้เคียงกัน (Lingren, 1995; Santrock, 2001) เป็นผู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกันคิดต่อกันได้โดยไม่มีเงื่อนไข (กรมสุขภาพจิต, 2544) และเพื่อนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน (peer group) เป็นแหล่งทำให้เกิดความสนุกสนานมากที่สุดของวัยรุ่น (Bibby and Posterski as cited in Lefrancois, 2001)

กลุ่มเพื่อน (Peer group) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีอายุใกล้เคียงกัน มีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน มีนิสัยใจคอและรสนิยมเหมือนกัน (Santrock, 1996) มีความสนใจ ค่านิยมและความคิดเห็นในเรื่องใหม่ๆ ตรงกันและยิ่งกว่านั้นเพื่อนจะเป็นบุคคลที่ก่อให้เกิดประโยชน์และมีอิทธิพลเหนือกันและกัน กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญกับวัยรุ่นมากที่สุดเพราะทำให้วัยรุ่นเกิดความเป็นมิตร คอยปกป้อง และรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในกลุ่ม (Stuart and Iaraia, 1998) เนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยอื่นๆ วัยรุ่นส่วนใหญ่จึงต้องการให้เพื่อนยอมรับนับถือ พยายามที่จะยอมรับและคล้อยตามความคิดเห็นหรือกระทำพฤติกรรมตามเพื่อนเพื่อให้เป็นที่รักใคร่และนิยมยกย่องจากกลุ่ม (Ladd and Oden, 1979) วัยรุ่นจะรู้สึกว่าการคบเพื่อนเป็นสิ่งที่สำคัญและมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนทั้งในและนอกโรงเรียน (Lingren, 1995; Santrock, 2001) โดยค่านิยมของกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อการเลียนแบบ (identification) ของแต่ละบุคคลในเรื่องบรรทัดฐาน แบบแผนพฤติกรรมและทัศนคติ มากยิ่งกว่าหน่วยทางสังคมอื่นๆ ซึ่งบางครั้งอาจขัดแย้งกับบรรทัดฐานของสังคมส่วนรวม ทั้งนี้เพราะการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อนมีความใกล้ชิดและยาวนาน จนวัยรุ่นยึดติดกับบรรทัดฐานของกลุ่มและนำมาเป็นแบบอย่าง (Millstein, Pertersen and Nightingale as cited in Wu and Pender, 2002)

Jaffe (1998; อ้างถึงใน มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) กล่าวถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนในช่วงวัยรุ่นว่ามีอิทธิพลทั้งในทางสร้างสรรค์และทำลาย และได้สรุปกลไกการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Mechanisms of peer group influent) ไว้ดังนี้

กลไกที่ 1 เกิดโดยการเรียนรู้จากการสังเกต (Observational learning: modeling and imitation) วัยรุ่นจะสังเกตพฤติกรรมและการกระทำต่างๆ ของเพื่อนแล้วมักเลียนแบบพฤติกรรมนั้น เช่น การใช้ภาษา การแต่งกาย การตัดผม เป็นต้น

กลไกที่ 2 เกิดโดยการได้รับแรงเสริม (Reinforcement) วัยรุ่นจะแสดงพฤติกรรมทั้งพฤติกรรมเป็นไปตามแบบแผนของสังคมและพฤติกรรมต่อต้านสังคม โดยพฤติกรรมเหล่านั้นจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติที่เพื่อนแสดงออกต่อตัวของวัยรุ่นเอง ได้แก่ การยอมรับ การให้กำลังใจ การติเตียน และการขู่เข็ญให้กระทำพฤติกรรมนั้น

กลไกที่ 3 เกิดโดยการลงโทษทางลบ (Negative sanction) จากการที่วัยรุ่นไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่มหรือมีพฤติกรรมที่กลุ่มไม่ยอมรับ โดยการปฏิเสธและกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกลุ่มอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวล และรู้สึกว่าคุณค่าในสายตาของเพื่อน

กลไกที่ 4 เกิดโดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม (Participation in group activity) โดยวัยรุ่นมักมีความผูกพันกับกลุ่มและใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมของกลุ่ม การมีโอกาสเข้าร่วมในการทำกิจกรรมของกลุ่มทำให้วัยรุ่นได้ฝึกทักษะทางสังคมไปด้วย

กลไกที่ 5 เกิดโดยการเปรียบเทียบทางสังคม (Social comparison) เป็นการเปรียบเทียบความคิดเห็นและการกระทำพฤติกรรมของเพื่อนในกลุ่มเพื่อประกอบการตัดสินใจของตน วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับเพื่อนมากมักมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมตามเพื่อน โดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่อาจเกิดตามมา

กลไกที่ 6 เกิดจากการถ่ายทอดทักษะการให้คุณค่าและพฤติกรรม (Transmission of skill, value and behaviors) ระหว่างเพื่อนในกลุ่ม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเป็นที่ปรึกษาและการให้คำปรึกษาแนะนำต่างๆ วัยรุ่นมักให้ความสำคัญกับเพื่อนและคิดว่าเพื่อนเป็นผู้ที่เข้าใจตนมากที่สุด

กลไกในการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนไม่สามารถที่จะแยกจากกันได้อย่างชัดเจนเพราะอิทธิพลของเพื่อนเป็นผลที่ได้จากประสบการณ์ การเรียนรู้ทางสังคมที่มักเกิดขึ้นร่วมกันทำให้กลไกการเกิดอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนในแต่ละด้านเกี่ยวข้องกัน (Jaffe, 1998) ซึ่ง Schaffer (1988) ได้กล่าวว่าการเกิดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น ในด้านความเป็นแบบอย่างซึ่งความคิด ความเชื่อ หรือการแสดงพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน จะเป็นตัวแบบที่มีผลต่อวัยรุ่นในด้านการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบหากวัยรุ่นคบเพื่อนที่ดี จะชักนำให้มีประสบการณ์ที่ดี สร้างสรรค์ ตรงข้ามหากวัยรุ่นคบเพื่อนไม่ดีอาจชักนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เพื่อนจึงนับว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญสำหรับวัยรุ่น ใน

วัยนี้เพื่อนมักจะมีอิทธิพลมากกว่าบิดามารดา ดังนั้นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจึงมีผลต่อวัยรุ่น จากการศึกษาของ Knight and Simpson (1996) พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการบำบัดรักษายาเสพติดของวัยรุ่นชายที่ติดเฮโรอีน โดยวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มเพื่อน และมีเพื่อนที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองและมีความก้าวหน้าในการรักษา

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ สามารถที่จะชักนำให้บรรลุถึงความสำเร็จ และความสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิต (Pender, 1996) เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรืออาชีพ (House, 1981) และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่รู้จักกันดี มีอยู่ทั่วไปทุกสังคมและทุกวัฒนธรรม เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และสิ่งของ การให้คำแนะนำ สอนทักษะต่างๆ แก่วัยรุ่น (Bao, Whitbeck and Hoyt, 2000) เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก การได้รับการยอมรับจากเพื่อนจะมีผลต่อวัยรุ่น มิตรภาพที่เกิดขึ้นนำไปสู่การมีพัฒนาการที่ดี มีความสุข การสนับสนุนจากเพื่อนเป็นความต้องการการบำบัดโดยกลุ่มของวัยรุ่น (Stuart and Laraia, 1998) การคบกันของวัยรุ่นนั้นเพื่อให้มีความสนิทสนมกันและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสัมพันธ์กันตลอดเวลา การไม่สนับสนุน ไม่เห็นด้วย การไม่ชอบใจจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดกับการที่เพื่อนในกลุ่มไปติดยาเสพติดสามารถป้องกันวัยรุ่นไม่ให้ไปเสพยาเสพติดได้ (Bao, Whitbeck and Hoyt, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของชอว์กิงชูครุช (2541) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาของวัยรุ่นชายที่ติดเฮโรอีน ในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การสนับสนุนของเพื่อนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กชายที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด (Dawes et al., 1999) การสนับสนุนของเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นไปเสพยาเสพติด (Madler as cited in Santrock, 2000) จากผลการศึกษาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าเพื่อนและกลุ่มเพื่อนโดยเฉพาะเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดซึ่งถือว่าเป็นกัลยาณมิตรของวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนและมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการรักษาและเลิกเสพยา ซึ่งมีรายละเอียดของการสนับสนุนดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกันของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ากับกลุ่มเพื่อน โดยการศึกษาของนารี วงศ์สิโรจน์กุล (อ้างถึงในชอว์กิงชูครุช, 2541) พบว่าในช่วงที่บุคคลติดยาเสพติดส่วนใหญ่ ร้อยละ 57 จะใช้เวลาอยู่กับเพื่อน และจะปรึกษาหารือกับเพื่อนมากกว่าปรึกษากับบิดามารดาหรือ ครู อาจารย์ เพราะสมาชิกในกลุ่มจะยอมรับ ให้ความยกย่อง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณ

เป็นที่ต้องการเป็นที่รักของเพื่อน อาศัยเพื่อนกลุ่มเดียวกันเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ในการประพาศติสิ่งที่สังคมยอมรับหรือไม่ยอมรับ

2) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของและบริการแก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้า เช่น ชวนไปเล่นกีฬา เล่นดนตรี จัดหาหนังสือให้อ่าน คอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเพื่อนเป็นบุคคลที่เข้าใจและทราบว่าวัยรุ่นชอบ รักหรือสนใจสิ่งใดมากกว่าบุคคลต่างวัย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำในการเข้ารับการรักษา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยจากการศึกษาการรับข้อมูลของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษา พบว่า เพื่อนเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้วัยรุ่นได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดมากที่สุดถึงร้อยละ 54.5 (ศรีสมบัติ บุญเมือง, 2527) ซึ่งเพื่อนเป็นแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดที่ดีที่สุดของวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีกำลังใจที่จะรับการรักษาและช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้และมีความตั้งใจจะเลิกเสพยาและไม่กลับไปเสพยาซ้ำได้

6.9.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น (Dawes et al., 1999; ซอกิ่ง ชูครุฑ, 2541) การสนับสนุนของเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นไปเสพยาเสพติด (Madler as cited in Santrock, 2001) และเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมีกำลังใจที่จะเข้ารับการรักษา ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อนสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกันของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ากับกลุ่มเพื่อน 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของและบริการแก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้า และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำในการเข้ารับการรักษา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.309$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

6.10 การเผชิญความเครียด

6.10.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการเผชิญความเครียด ไว้หลายท่าน ดังนี้

Garland and Bush (1982; อ้างถึงในธนวรรณ อุดมมีชัย, 2546) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด คือ กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือขจัดความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย โดยเป็นการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอกโดยต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์มากมาย

Kleinke (1992) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อขจัดและแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกหรือความรู้สึกผิด

Milier (1992) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด คือ การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคาม เพื่อขจัดและแก้ไขความรู้สึกไม่สบายต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด

รักชนก คชไกร (2541) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นอันตรายซึ่งแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมที่พยายามระงับ บรรเทาหรือขจัดสิ่งที่มาคุกคามนั้น

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมาย การเผชิญความเครียด ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามระงับ แบนเบาขจัดความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามซึ่งอาจประกอบไปด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือแอบแฝงก็ได้หรือพยายามที่จะเผชิญสภาวะที่คุกคามต่อชีวิต

อารยา ด่านพานิช (2542) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเริ่มจากการรับรู้สถานการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยผ่านกระบวนการทางความคิด บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลายรูปแบบที่มีความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ในขณะนั้น ต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตึงเครียดเพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ตึงเครียดนั้น

ฉัตรทิพย์ ชุมพงค์ (2545) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงออกในการตอบสนองต่อสถานการณ์ เหตุการณ์หรือสิ่งที่เข้ามาคุกคาม เพื่อลดความกดดันภายในจิตใจและอารมณ์ ขจัดความตึงเครียดและรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ

ครองคณา สีขาว (2549) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในการตอบสนองต่อสถานการณ์ เหตุการณ์หรือสิ่งที่เข้ามาคุกคาม

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะหรือสถานการณ์ที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือกระทำการใดๆ โดยพฤติกรรมและการแสดงออกที่พยายามระงับ บรรเทา หลีกเลียง หรือขจัดภาวะหรือสิ่งคุกคามนั้น เพื่อที่จะรักษาสภาพความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

6.10.2 กระบวนการและความสามารถในการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดมีวิวัฒนาการมากกว่า 60 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1940 เริ่มจากการนำมาใช้ในด้านจิตบำบัดและการศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาทักษะในการปรับตัว ต่อมา Lazarus (1984) ได้ให้นิยามว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลง มีปัญหาเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์มากระทบระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม สมองจะทำการประเมินซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยที่บุคคลจะพิจารณาความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และเลือกวิธีจัดการกับความเครียดนั้น ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ (appraisal) ถือว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากเป็น กระบวนการทางความคิด (cognitive process) เพื่อประเมินว่าสถานการณ์ที่มากระตุ้นนั้นทำให้ รู้สึกว่าความหวังหรือความต้องการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การสูญเสียคนในครอบครัว การหย่าการล้มละลาย การตกงาน ปัญหาจรรยา ฆ่าวาตภัย ความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา และความเจ็บป่วย เป็นต้น ในเหตุการณ์เดียวกัน คนบางคนอาจมองว่าเป็นปัญหาใหญ่เล็กไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์และการประเมินความสามารถของแต่ละคน ซึ่งมนุษย์จะใช้ความพยายามหรือความสามารถในการเอาชนะต่อสถานการณ์นั้น เพื่อควบคุมจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งบุคคลจะประเมินสถานการณ์เป็น 3 ระยะ คือ

1.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ แล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ที่ประสบโดยใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ว่ามีผลต่อตนเองหรือไม่ อย่างไร โดยประเมินออกมาได้ 3 ลักษณะ คือ

1) ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) คือ การประเมินขั้นต้นว่าสถานการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อภาระรับผิดชอบของตน

2) มีผลดีกับตนเอง (Being positive) คือ การประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความสุข บุคคลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วยความเพลิดเพลินใจ มีความสุข มีความรัก และความร่าเริง

3) มีผลร้ายกับตนเอง (Stress) คือ การประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเครียดใน 3 รูปแบบ คือ

- เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายกับตนหรือก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพทั้งด้านสัมพันธภาพ สุขภาพหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- เป็นความรู้สึกถูกคุกคาม (Threat) คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ ด้านลบโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ เป็นต้น

- เป็นความรู้สึกท้าทาย (Challenge) คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียแต่สามารถควบคุมสิ่งนั้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นเต้นที่จะเรียนรู้และต่อสู้เพื่อจะเอาชนะให้ได้

นอกจากนี้ Lazarus (1991; อ้างถึงใน อรสา จุฬาทรรณากุล, 2551) ได้อธิบายว่า ภาวะความเครียดทางจิตใจทั้ง 3 ลักษณะนี้ จะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของอารมณ์กับความรู้สึกเครียดแบบใดแบบหนึ่งที่เฉพาะเจาะจง และได้จำแนกอารมณ์ออกเป็น 15 แบบ คือ ความโกรธ (anger) ความกลัว (fright) ความวิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกผิด (guilt) ความละอาย (shame) ความเสียใจ (sadness) ความอิจฉา (envy) ความหึงหวง (jealousy) ความน่ารังเกียจ (disgust) ความสุข (happiness) ความภาคภูมิใจ (pride) การปลดปล่อย (relief) ความรัก (love) ความหวัง (hope) และความเห็นอกเห็นใจ (compassion) โดยอารมณ์ 9 แบบแรกเป็นอารมณ์ทางลบ 4 แบบถัดมาเป็นอารมณ์ทางบวก และ 2 แบบสุดท้ายเป็นอารมณ์แบบผสม ซึ่งการรับรู้ถึงอารมณ์เหล่านี้จะมีประโยชน์กับการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

1.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินถัดมาที่แตกต่างจากเดิม เพราะต้องใช้สติปัญญา ความเฉลียวฉลาด และใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะแก้ไขปัญหามุบุคคล โดยจะประเมิน 3 ด้าน คือ สถานการณ์นั้นจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตน (blame or credit) จะแสดงออกหรือจัดการอย่างไร เพื่อให้ตนเองเกิดประโยชน์สูงสุด (coping potential) และสถานการณ์นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายในอนาคตของตนเองอย่างไร (future expectation) โดยใช้ทรัพยากร (resource) ที่ตนมีในการจัดการกับสถานการณ์ ซึ่งจะใช้ทรัพยากรใดนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทรัพยากรที่ว่านั้นประกอบด้วย

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) หากบุคคลมีสุขภาพดี มีพลังกำลังแข็งแรง ย่อมมีความเข้มแข็งและทนต่อภาวะความเครียดได้มากกว่า

2) ความเชื่อทางบวก (Positive believe) ความเชื่อทางบวกที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหา คือ ความเชื่อในความสามารถของตนหรือความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจภายนอกตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักจะใช้กลวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการทางอารมณ์

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) คือ บุคคลที่สามารถค้นหาความรู้ ข้อมูลต่างๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุมีผล รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ เพื่อแยกแยะปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งจะเป็นทรัพยากรที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น การที่บุคคลจะเกิดทักษะในการแก้ปัญหาได้นั้น จะต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ได้แก่

- ทักษะทางสังคม (Social skills) เป็นการแสดงความสามารถของบุคคลในการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นอันจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี

- การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เกิดจากการ ที่บุคคลนั้น ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่จะจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น

- แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material resource) ทรัพย์สินเงินทองหรือสิ่งของต่างๆ สามารถใช้เป็นแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาได้อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งอาจช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น

นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ทรัพยากรในการเผชิญความเครียด ว่าสาเหตุที่บุคคลไม่สามารถใช้ทรัพยากรนั้นได้เป็นเพราะความรู้สึกกดดันและคับข้องใจจากปัจจัยเหล่านี้ คือ

1) ข้อจำกัดด้านบุคคล (Personal constraints) หมายถึง บุคคลควบคุมความรู้สึกของตนด้วยค่านิยมและความเชื่อภายในตัวของบุคคลที่เป็นรูปแบบแน่นอนในการแสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึกและกลไกทางจิตใจที่สร้างและพัฒนาความเป็นปัจเจกบุคคลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันทางค่านิยม และความเชื่อ

2) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environment constraints) เป็นข้อจำกัดที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ ความต้องการในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีจำกัดหน่วยราชการหรือสถานที่ตั้งขององค์การเป็นอุปสรรคในการใช้ทรัพยากร เป็นต้น

3) ระดับของการคุกคาม (Level of threat) เป็นการประเมินความเครียดของบุคคล ถ้าบุคคลประเมินว่ามีระดับของการคุกคามสูง จะทำให้บุคคลไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินที่เคยทำมาก่อนตามข้อมูลที่ได้รับใหม่อย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) อาจปรับเปลี่ยนได้หรือเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้หรือถ้าหากปัญหานั้นไม่ลดลงหรือหมดไป บุคคลจะต้องเปลี่ยนการประเมินใหม่

2. ขั้นตอนในกระบวนการเผชิญปัญหา (Stage in the coping process) เมื่อได้รับการประเมินแล้วว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือเป็นผลร้ายกับตนเอง บุคคลจะคาดการณ์หรือทำนายถึงอันตรายที่จะได้รับ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม และนำไปสู่การปรับตัว หรือออกมาในลักษณะของการสู้หรือหนี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของแต่ละคนนั้นเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการและเกิดต่อเนื่องกันมาตลอด และลักษณะของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ย่อมสามารถทำนายถึงผลลัพธ์ที่ว่าบุคคลสามารถปรับตัวได้หรือไม่เช่นกัน (สุदारัตน หนูหอม, 2544) ในการเผชิญปัญหาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะการคาดคะเนสถานการณ์ เป็นการคาดคะเนสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น อาจจะไม่เคยหรือไม่เคยเกิดสถานการณ์นั้นมาก่อน แต่บุคคลสามารถทำนายได้ว่าเกิดขึ้นในเวลาใดเวลาหนึ่ง บุคคลจะใช้กระบวนการทางความคิดที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างไร ป้องกันได้หรือไม่และด้วยวิธีใด ทำให้บุคคลสามารถเตรียมวางแผนการปรับตัวไว้ล่วงหน้าหรือรู้ระยะเวลาที่ปลอดภัยก่อนเกิดเหตุการณ์นั้นได้

2.2 ระยะการเผชิญกับสถานการณ์ เป็นระยะที่บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดในการพิจารณาว่าควรทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม และผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร อาจคิดวนไปมาตั้งแต่เริ่มจนจบด้วยวิธีการประเมินซ้ำได้

2.3 ระยะหลังการเผชิญกับสถานการณ์ เป็นระยะที่บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดในการค้นพบความจริงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อการกระทำที่จะเกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้นการเผชิญปัญหาของบุคคลนั้นจะออกมาในรูปของพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคลในขณะนั้น เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา อาจหมายถึงกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ

Lazarus and Folkman (1984; อ้างถึงใน สุदारัตน หนูหอม, 2544) กล่าวถึง กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) ว่าเป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล มี 2 ลักษณะ คือ

1) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion focused coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญโดยใช้กระบวนการทางความคิด ด้วยการปรับสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกหรือการใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิดความสนใจ การคิดในแง่ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเท่านั้นแต่ปัญหายังคงอยู่เนื่องจากไม่ได้รับการแก้ไข

2) การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่โดยใช้กลวิธีในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยเทคนิคเหล่านี้ คือการทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจเลือกทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการและพัฒนามาตรฐานพฤติกรรมของตนเองใหม่ในการจัดการกับปัญหานั้น บุคคลจะใช้ทั้งการมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป แต่จะใช้วิธีการใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความยากง่ายของปัญหาที่เผชิญ นั่นคือบุคคลจะใช้วิธีการมุ่งจัดการกับปัญหา มากกว่าในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ และในทางตรงกันข้ามจะเลือกใช้วิธีการมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่า ในกระบวนการเผชิญปัญหาขั้นตอนทั้งหมดสามารถเกิดขึ้นไปย้อนมาได้หากพบข้อมูลใหม่หรือกระบวนการนั้นยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย คือ การปรับสภาวะสมดุลให้กับตนได้อย่างแท้จริงกระบวนการเผชิญปัญหานั้นจะเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง

Scott, Obert and Dropkin (1982; อ้างถึงใน สุदारัตน หนูหอม, 2544) กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นผลมาจากการใช้สติปัญญา การประเมินสถานการณ์ การประเมินทรัพยากรที่มีและการประเมินวิถีทางที่จะจัดการกับสิ่งเร้าหรือความเครียดนั้นๆ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการและมีเป้าหมายต่อการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อย่าง ต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย 2 ประการ คือ

- 1) เพื่อขจัดต้นเหตุของปัญหาให้หมดสภาพการเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหา โดยมีเป้าหมายที่สาเหตุของการเกิดปัญหานั้นเป็นหลัก
- 2) เพื่อรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ ด้วยการพยายามควบคุมปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและอารมณ์ไว้ ไม่จัดการกับสาเหตุของปัญหาโดยตรง แต่มุ่งเป้าหมายไปที่อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ซึ่งเป็นผลจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

6.10.3 แบบวัดการเผชิญปัญหา

แบบที่ 1 Lazarus and Folkman (1984) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเผชิญปัญหาชื่อ The Ways of Coping Checklist เป็นการถามความถี่ในการใช้การเผชิญปัญหาในแต่ละแบบ ซึ่งสร้างจากนิยามของการเผชิญปัญหาที่ประกอบด้วย 3 วิธี คือ

- 1) วิธีแก้ที่สาเหตุโดยตรง เช่น การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้เข้าใจปัญหาหรือการวางแผนและกระทำตามแผนนั้น
- 2) วิธีแก้ปัญหาที่อารมณ์ เช่น การใช้ความคิดหวังในสิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้น การรอเวลาให้ผ่านไป การตำหนิตัวเอง การลดความเครียดโดยการออกกำลังกาย และการแยกตัวเอง
- 3) วิธีแก้ปัญหาที่สาเหตุและอารมณ์ไปพร้อมๆกัน เช่น การหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบุคคลอาจใช้การเผชิญปัญหาหลายวิธีแต่ไม่จำเป็นว่าต้องแสดงออกมาทั้งหมดเพียงแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาแล้ว หลังจากนั้นได้พบว่าเครื่องมือนี้ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของกระบวนการเผชิญปัญหา ประกอบกับมีการศึกษาพัฒนาแบบวัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบวัดที่ใช้ในปัจจุบัน คือ The Ways of Coping Questionnaire ที่วัดใน 8 องค์ประกอบ คือ

- 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) หมายถึง การใช้ความพยายามอย่างมากในการแก้ไขสถานการณ์ การแสดงความเป็นปรปักษ์ หรือการลองทำสิ่งที่ยเสี่ยง
- 2) การสร้างระยะห่าง (Distancing) หมายถึง ความพยายามที่จะปลดปล่อยตนเองจากปัญหาและลดความสำคัญของสถานการณ์นั้น มองสถานการณ์ทางบวก
- 3) การควบคุมตัวเอง (Self-control) หมายถึง ความพยายามในการปรับความรู้สึกและการกระทำของตนเอง
- 4) การค้นหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking social support) หมายถึง ความพยายามในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลืออื่นๆ
- 5) การยอมรับ (Accepting responsibility) หมายถึง ยอมรับว่าตนเองมีบทบาทในการแก้ปัญหาและผูกพันตัวเองเพื่อที่จะพยายามทำให้ปัญหานั้นดีขึ้น
- 6) การละทิ้งหรือหลีกเลี่ยง (Escape-avoidance) หมายถึง การมีความรู้สึกคาดหวังว่าสถานการณ์นั้นจะผ่านพ้นไป และแสดงพฤติกรรมละทิ้งหรือหลีกเลี่ยงปัญหา
- 7) การวางแผนการแก้ปัญหา (Planful problem solving) หมายถึง ความพยายามที่จะแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ ระมัดระวังและมุ่งเน้นที่ปัญหา
- 8) การประเมินซ้ำในทางบวก (Positive reappraisal) หมายถึง ความพยายามที่จะสร้างความหมายทางบวก โดยเน้นที่การเติบโตของตนเองรวมถึงมิติทางด้านศาสนา

แบบที่ 2 Carver, Scheier and Weintraub (1989) ได้ศึกษาและรวบรวมวิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้ทฤษฎีของ Lazarus and Folkman (1978) และรูปแบบของการกำกับตนเอง

(Self-regulation) เป็นพื้นฐานในการวิจัย และได้เสนอวิธีการเผชิญปัญหาของตนออกมาชื่อ The Cope Inventory ซึ่งประกอบด้วย

1) การลงมือดำเนินการแก้ปัญหาและการวางแผน (Active coping and planning) แสดงถึงกระบวนการในการลงมือแก้ปัญหาโดยตรง การใช้ความพยายามมากขึ้นในการแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ไขตามขั้นตอน การคิดวิธีการเผชิญปัญหา ขั้นตอนในการดำเนินการ และการวางแผนสู่การปฏิบัติ

2) การวางแผน (Planning) เป็นการคิดวิธีการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด รวมถึงการหาวิธีการเผชิญปัญหา การคิดเกี่ยวกับขั้นตอนในการกระทำและการวางแผนและหาทางที่จะจัดการกับปัญหาให้ได้อย่างดีที่สุด

3) การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง (Suppression of competing activities) เป็นการระงับความสนใจอื่นที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เราใส่ใจที่จะเผชิญปัญหานั้นอย่างเต็มที่

4) การชะลอการเผชิญปัญหา (Restraint coping) เป็นการรอโอกาสที่เหมาะสมจึงจะลงมือทำและต้องแน่ใจว่าจะไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์เลวร้ายยิ่งขึ้นถ้าลงมือทำเสียก่อน

5) การแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อหาเหตุผล (Social support seeking for Instrumental reasons) เป็นการขอคำปรึกษา ขอข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติมหรือสอบถามแนวทางการเผชิญปัญหาจากผู้ที่เคยประสบปัญหามาก่อน

6) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหากำลังใจ (Social support seeking for emotional reasons) เป็นการพูดระบายความรู้สึก เพื่อขอกำลังใจ ความเห็นใจ คำปลอบโยนและความเข้าใจจากบุคคลอื่น

7) การตีความหมายใหม่ในทางบวก (Positive reinterpretation) เป็นการจัดการความกดดันทางอารมณ์มากกว่าการเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาโดยการมองสถานการณ์นั้นในทางที่ดี มองหาแง่มุมใหม่ในทางบวก วิธีการนี้ไม่เพียงแต่ลดความทุกข์แต่ยังทำบุคคลให้มุ่งสู่การแก้ปัญหาโดยตรงและเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับนั้น

8) การพึ่งศาสนา (Turning to religion) เมื่อมีปัญหาบุคคลจะหันไปพึ่งศาสนาด้วยเหตุผลต่างๆกัน บางคนอาจใช้เป็นที่พึ่งทางใจ บางคนอาจใช้เป็นหนทางนำไปสู่การตีความใหม่ในทางบวก หรือใช้เป็นกลวิธีในการลงมือกระทำ

9) การยอมรับ (Acceptance) เป็นการยอมรับความจริงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ

10) การปฏิเสธ (Denial) เป็นการปฏิเสธสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิเสธความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและไม่สนใจต่อเหตุการณ์นั้น

11) การระบายออกทางอารมณ์ (Focus on venting of emotion) เป็นการเพิ่มความตระหนักรู้ต่อความกดดันทางอารมณ์ ถ้าใช้อย่างต่อเนื่องบุคคลจะหมกมุ่นอยู่กับความซึมเศร้าไม่ก้าวหน้าไปสู่การหาทางแก้ปัญหาโดยตรง แต่ถ้าการใช้การระบายออกทางอารมณ์เป็นช่วงที่ใส่ใจกับการสูญเสียแล้วหันมาพิจารณาแก้ปัญหาจะช่วยในการเผชิญปัญหาได้

12) การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral disengagement) เป็นวิธีการลดความพยายามในการเผชิญปัญหา รวมถึงการละทิ้งความพยายามที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมาย เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการช่วยตนเองไม่ได้ มักเกิดกับบุคคลที่คาดหวังว่าตนจะสูญเสีย ยอมแพ้ ไม่มีทางเอาชนะอุปสรรคได้

13) การไม่เกี่ยวข้องทางความคิด (Mental disengagement) เป็นวิธีการที่ลดความกดดันทางอารมณ์โดยการไม่คิดถึงวิธีการที่จะเผชิญปัญหา ไม่คิดถึงเป้าหมายที่มีอุปสรรคชัดเจน การทำกิจกรรมอื่นเพื่อที่จะได้ไม่คิดถึงปัญหา เช่น การฝึนกลางวัน การนอน การจมอยู่กับโทรทัศน์ เป็นต้น การใช้กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ชัดเจนว่าการแก้ปัญหาที่เป็นประโยชน์จากรูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 13 วิธีนี้ สามารถจัดแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มแรก การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การลงมือกระทำการแก้ปัญหา การวางแผน การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง การชะลอการเผชิญปัญหา การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหาเหตุผลประกอบ

กลุ่มที่สอง การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์ที่สนับสนุนการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหากำลังใจ การตีความหมายใหม่ในทางบวก การฟังศาสนา การยอมรับ การปฏิเสธ

กลุ่มสุดท้าย การมุ่งเน้นอารมณ์ที่ไม่สนับสนุนการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การระบายออกทางอารมณ์ การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม การไม่เกี่ยวข้องทางความคิด จากวิธีการเผชิญปัญหาดังกล่าว สามารถแบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ คือ

1) การเผชิญปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ

ก. ด้านมุ่งเน้นการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การวางแผน การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง การชะลอการเผชิญปัญหาและการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหาเหตุผลประกอบ

ข. ด้านมุ่งเน้นอารมณ์ที่สนับสนุนการแก้ไข ปัญหา ประกอบด้วย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหากำลังใจ การตีความหมายใหม่ในทางบวก การฟังศาสนา การยอมรับและการมีอารมณ์ขัน

2) การเผชิญปัญหาแบบด้อยประสิทธิภาพ

ก. ด้านมุ่งเน้นอารมณ์ที่ไม่สนับสนุนการแก้ไข

ปัญหา ประกอบด้วย การปฏิเสธและการระบายออกทางอารมณ์

ข. ด้านหลีกเลี่ยงปัญหา ประกอบด้วย การไม่

แสดงออกทางพฤติกรรม การไม่เกี่ยวข้องทางความคิดและการใช้สุราและสารเสพติด

แบบที่ 3 Frydenberg and Lewis (1993; อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) ได้ศึกษารวบรวมวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น โดยยึดทฤษฎีของลาซารัสและคณะ (Lazarus, Averil and Opton, 1974; Lazarus and Launier, 1978) ร่วมกับลักษณะพัฒนาการของวัยรุ่นตามทฤษฎีของ อีริกสัน (Erikson, 1963, 1985) และงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาของวัยรุ่นของ Hauser and Bowlds (1990) เป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยเสนอรูปแบบการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นทั้งหมด 18 วิธี ได้แก่

1) การแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย (Seek Relaxing Diversion) เป็นการแสวงหาวิธีการต่างๆที่กระทำแล้วทำให้บุคคลรู้สึกเพลิดเพลิน หรือบุคคลรู้สึกผ่อนคลายจากปัญหาหรือความเครียดได้ โดยเป็นวิธีที่ไม่เป็นโทษต่อร่างกายและไม่เกี่ยวกับการศึกษา เช่น การฟังเพลง การเล่นเกม หรือการพักผ่อน เป็นต้น

2) การทำงานและสัมฤทธิ์ผล (Work and Achieve) เป็นวิธีการจัดการปัญหาโดยแสดงให้เห็นถึงความพยายาม ความมานะบากบั่นในการทำงาน เพื่อให้ประสบความสำเร็จหรือเกิดสัมฤทธิ์ผลในงาน เช่น การขยันทำงานมากขึ้น การติดตามงานที่ต้องการจะทำ เป็นต้น

3) การแก้ปัญหา (Solving the Problem) เป็นกระบวนการคิดทำความเข้าใจกับปัญหา สาเหตุ เพื่อหาวิธีในการแก้ปัญหาแล้วดำเนินการหรือลงมือแก้ปัญหาตามขั้นตอน ซึ่งเป็นวิธีจัดการกับปัญหาอย่างเป็นระบบ

4) การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย (Physical Recreation) เป็นการปฏิบัติด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับการผ่อนคลายและมีสุขภาพแข็งแรง เช่น การเล่นเกม หรือออกกำลังกาย เป็นต้น

5) การคบหาเพื่อนสนิท (Investing in Close Friend) เป็นการกระทำเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่ดี หรือสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนชายหรือหญิง เช่น การใช้เวลากับเพื่อน การนัดพบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น

6) การมุ่งเน้นในด้านบวก (Focus on Positive) เป็นการมองสถานการณ์หรือปัญหานั้นๆไปในทางที่ดี ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เป็นมุมมองทางบวกต่อชีวิตและสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ การมองหาส่วนดีของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น การพยายามทำให้ชีวิตสดใสรุ่งเรือง เป็นต้น

7) การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Seek to Belong) เป็นการ

แสวงหาวิธีการต่างๆ ที่กระทำแล้วทำให้ตนเองได้รับการยอมรับ หรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น การพยายามทำให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองประทับใจตนเอง การพยายามทำตัวให้เข้ากับเพื่อนๆ เป็นต้น

8) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นวิธีการที่ใช้เผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นจัดการกับปัญหา แต่วิธีการจัดการนั้นอาศัยความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากผู้ที่อยู่รอบข้าง เช่น การขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ครู หรือเพื่อน ขอคำแนะนำจากผู้อื่นมาแก้ปัญหของตน เป็นต้น

9) การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ (Seeking Spiritual Support) เป็นวิธีการที่ใช้จัดการกับปัญหา โดยการนำเอาความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนามาใช้จัดการกับปัญหา เช่น การสวดมนต์อ้อนวอนให้พระคุ้มครอง หรือการอ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น

10) การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking Professional Help) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการที่สาเหตุของปัญหา แต่การจัดการกับปัญหานั้นอาศัยความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ เช่น การขอรับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นต้น

11) การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา (Social Action) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้การรวมกลุ่มหรือหาพวกมาร่วมกันจัดการกับปัญหาแทนการจัดการกับปัญหาด้วยตัวเองเพียงลำพัง

12) การมีความคิดที่เต็มไปด้วยความปรารถนา (Wishful Thinking) เป็นการจัดการกับปัญหาโดยใช้การคิด ความหวังหรือปรารถนาที่จะให้ปัญหาหรือความทุกข์ที่มีคลี่คลายลง เช่น การปรารถนาจะให้สิ่งปาฏิหาริย์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น หรือการคิดจินตนาการว่าทุกๆ สิ่งจะเปลี่ยนจากร้ายกลายเป็นดี เป็นต้น

13) การเก็บปัญหาไว้คนเดียว (Keep to Self) เป็นการเก็บเอาความคิด ความรู้สึกที่เป็นทุกข์หรือความกดดันต่างๆ ไว้กับตัวเองและหลีกเลี่ยงที่จะพบปะผู้อื่น

14) การตำหนิตนเอง (Self-Blame) เป็นการโทษตนเอง การตำหนิตนเองว่าเป็นเหตุที่ทำให้ความยุ่งยากหรือปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจะจัดการกับปัญหาได้ หรือมองไม่เห็นทางออกของปัญหา

15) การมีความกังวล (Worry) เป็นการลดความกดดันทางอารมณ์ด้วยการคิดหาทางเกี่ยวกับปัญหามากขึ้น แต่ไม่สามารถช่วยให้ความทุกข์ลดลงได้เนื่องจากความคิดที่ได้นั้นมักเป็นความคิดในทางลบ

16) การไม่รับรู้ปัญหา (Ignore the Problem) เป็นการหลีกเลี่ยงต่อปัญหา ไม่ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการตัดปัญหาเพื่อให้ตนเองรู้สึกดี

17) การไม่เผชิญกับปัญหา (Not Coping) เป็นวิธีการที่แสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้และมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่อาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ

18) การลดความตึงเครียด (Tension Reduction) เป็นการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อจะช่วยให้ความเครียดลดลง เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ หรือการใช้ยาเสพติด เป็นต้น
กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธีเหล่านี้ เมื่อจัดตามกรอบแนวคิดวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) จะได้กลวิธีดังนี้ คือ

1) กลวิธีการเผชิญปัญหาที่จัดอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem Focused Coping) ได้แก่ การแสวงหาความเพลิตเพลินเพื่อการผ่อนคลาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การคบหาเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหาและการมีความวิตกกังวล

2) กลวิธีการเผชิญปัญหาจัดอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotion Focused Coping) ได้แก่ การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การมุ่งเน้นในทางบวก การไม่รับรู้ปัญหา การตำหนิตนเอง การลดความตึงเครียดและการเก็บปัญหาไว้คนเดียว

จากการศึกษาของ Frydenberg and Lewis (1993; อ้างถึงในวิวัฒนาการเมือง, 2540) ได้จัดกลุ่มวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธี ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) เป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (Solving the Problem หรือ Problem Focused) ได้แก่ การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การคบหาเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมุ่งเน้นในด้านบวก และการแสวงหาความเพลิตเพลินเพื่อการผ่อนคลาย

2) เป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ที่มี (Reference to Others) ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และการรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา

3) เป็นการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance หรือ Non - Productive Coping) ได้แก่ การมีความกังวล การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การไม่เผชิญปัญหา การไม่รับรู้ปัญหา การเก็บปัญหาไว้คนเดียวและการตำหนิตนเอง

และเมื่อพิจารณาวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธี ในแง่ของประสิทธิภาพการทำงานของการเผชิญปัญหาใน 2 ลักษณะ คือ วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ วิธีที่แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่มีอยู่โดยตรง โดยใช้ความสามารถของตนเอง

หรืออาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ และวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ วิธีที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะของการไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือหลีกเลี่ยงปัญหานั้นเอง

6.10.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา

รัชดา ไชโยธา (2543) ได้รวบรวมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา ได้ดังนี้

- 1) สถานภาพสมรส ผู้ที่แต่งงานจะมีคู่สมรสช่วยคิดช่วยกันแก้ปัญหาได้ดีกว่าคนโสด
- 2) ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม
- 3) อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิต เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลที่ผ่านปัญหาและวิกฤติในชีวิตมากมายน่าจะมีความสามารถในการคิดวินิจฉัย ไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น
- 4) ประสบการณ์ในอดีต ช่วยให้บุคคลเรียนรู้ความเครียดและปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความอดทนต่อความเครียดและช่วยให้ตัดสินใจเลือกวิธีที่เคยใช้ประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีตเพื่อแก้ไขปัญหในปัจจุบัน
- 5) ความสามารถในการประเมินสถานการณ์ บุคคลย่อมประเมินและรับรู้สถานการณ์ต่างกันจึงส่งผลในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาต่างกัน
- 6) ความสามารถในการปรับตัว บุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวสูงจะเป็นคนที่มีการประเมิน ตัดสินและเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นบุคคลที่มีการทำหน้าที่ในสังคมได้เหมาะสมมีขวัญกำลังใจที่ดี
- 7) ความเข้มแข็งของบุคคล บุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีความมุ่งมั่นเป็นแหล่งขจัดความเครียด ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาที่ต้องแก้ไขสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม

ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเผชิญปัญหา (สุภาพรธรรม โคตรจรัส, 2545)

- 1) การมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ไม่ตรงจุด ย่อมนำไปสู่ข้อสรุปที่ผิดพลาด
- 2) ความเร่งรีบ อาจถูกกดดันให้หาทางออกเท่าที่จะหาได้ มักสับสนและไปไปตามอารมณ์มากกว่าเหตุผล มักไม่ใช้ทางออกที่ให้ผลในทางบวกมากนักอาจนำความเครียดมาให้ยิ่งขึ้นในอนาคต
- 3) การมองปัญหาว่าง่ายกว่าความเป็นจริง อาจมองไม่เห็นรายละเอียดและความซับซ้อนของปัญหาการตอบโต้ต่อปัญหาอาจผิดพลาดได้

4) ด้านแรงจูงใจและอารมณ์ บุคคลมักเลือกรับรู้ในสิ่งที่เราต้องการรับรู้ บางครั้งอาจทำให้บิดเบือนได้ นอกจากนี้อารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบทำให้มองข้ามหรือไม่สามารถรับรู้ข้อเท็จจริงบางประการได้

5) การหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นกลไกทางจิตที่เกิดขึ้นในลักษณะที่บิดเบือนความเป็นจริง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล หากใช้วิธีนี้มากอาจนำไปสู่การปรับตัวที่ผิดปกติได้

6) การไม่สามารถเป็นผู้ให้ คาดหวังว่าจะเป็นผู้รับจะเรียกร้องจากผู้อื่นอย่างมาก หากไม่ได้ตามต้องการจะคิดเสมอว่าตนเคราะห์ร้าย สงสารตนเอง ไม่ไว้วางใจผู้อื่นทำให้ไม่กล้าที่จะเผชิญปัญหา

6.10.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การเผชิญความเครียดถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้า เมื่อวัยรุ่นที่เสพยาบ้าประสบกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียดและกดดันหรือเสี่ยงต่อการไปเสพยาบ้า หากวัยรุ่นนั้นมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการเสพยาเสพติดได้ ทั้งนี้ความสามารถในการเผชิญความเครียด เป็นความพยายามที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอก โดยต้องใช้กำลังหรือความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ การที่บุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันด้วย และการที่บุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดให้มีประสิทธิภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน (Lazarus and Folkman, 1984) แต่สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพหรือความสำเร็จในการเผชิญความเครียดนั้น ประเมินได้จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องรวมถึงกระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันที่วัยรุ่นใช้ด้วย (Meschke and Patterson, 2003) จากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้า ($r=.541$ และ $r=.367$ ตามลำดับ) และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=-.246$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์และน่าจะสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเรื่อง Resilience ไว้หลายงานวิจัย ดังนี้

สุจิตรา สมชิต (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รุ่มรสมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลธาตุทอง จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานซึ่งมี 3 องค์ประกอบ อิทธิพลของเพศและอายุต่อปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รุ่มรสมชีวิต พฤติกรรมด้านลบและผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 267 คน อายุระหว่าง 9 - 16 ปี ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แรงสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ภายนอก ลักษณะที่ดีภายใน ทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุศรินทร์ หลิมสุนทร (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รุ่มรสมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสลัมที่เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น โดยมีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รุ่มรสมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการกับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสลัม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 232 คน มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ที่มาเตร็ดเตร่อยู่ในสนามเด็กเล่น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือประเมินปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของเด็กของสุจิตรา สมชิต (2541) ที่ใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของ Grotberg พบว่าปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานในด้านแรงสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ภายนอก ($t=-2.346, p < .05$) และการรับรู้รุ่มรสมชีวิต ($t=4.156, p < .001$) ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยเสพยาเสพติดกับกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเสพยาเสพติดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันในด้านลักษณะที่ดีภายใน ด้านทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล และคะแนนรวมทั้งสามด้านของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าในอายุ ($t=4.529, p < .001$) รายได้ ($t=3.016, p < .01$) และระดับการศึกษา ($t=1.99, p < .05$) ระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบไคสแควร์พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ($\chi^2=13.02, p < .001$) แต่ไม่พบว่ามีเพศกับปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน และเพศกับการรับรู้รุ่มรสมชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบบางส่วน พบว่าการรับรู้รุ่มรสมชีวิตมีความสัมพันธ์กับอายุ ($r=.181, p < .01$) และระดับการศึกษา

อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์ (2544) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมแห่งชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 594 คน มีอายุระหว่าง 15-21 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. ของวิทยาลัยเทคนิคขอนแก่น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือประเมินปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของเด็กของสุจิตรา สมชิต (2541) ที่ใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของ Grotberg พบว่า เพศ การศึกษา รายได้ที่ได้รับ ที่พักอาศัย และการรับรู้มรสุมแห่งชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้ง 3 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการมีเพศสัมพันธ์ ($P < 0.01$) ส่วนความยืดหยุ่นและทนทานนั้นมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว ($P < 0.01$) อย่างไรก็ตามสำหรับการวิเคราะห์สถิติแบบถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศ การรับรู้มรสุมแห่งชีวิต ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานและรายได้สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19 ในขณะที่ความยืดหยุ่นและทนทานและรายได้สามารถอธิบายพฤติกรรมการดื่มสุราได้ร้อยละ 21.1 และเพศ รายได้และการพักอาศัยกับบิดามารดา สามารถอธิบายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 15.7

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น โดยศึกษาความสามารถในการฟื้นพลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 634 ผลการศึกษาพบว่า 1) วัยรุ่นตอนต้นมีความสามารถในการฟื้นพลังโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีลักษณะความสามารถในการฟื้นพลังด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพในระดับสูง 2) วัยรุ่นตอนต้นเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาระดับมาก แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมากและแบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลาง 3) นักเรียนหญิงมีความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่าและเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านักเรียนชาย 4) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและปานกลางมีความสามารถในการฟื้นพลังสูงกว่า และเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ 5) ความสามารถในการฟื้นพลังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

Takviryanun (2008) พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่าการประเมินปัจจัยปกป้องสำหรับวัยรุ่นไทย (The Resilience Factors Scale for Thai adolescents) โดยใช้แนวคิดของ Grotberg (2003) โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้นำแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในกลุ่มเด็กอายุ 0 -11 ปี ของ 30 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วยนำไปสู่ข้อสรุปว่าเด็กที่มีความแข็งแกร่ง (resilient children) จำเป็นต้องมีทรัพยากรที่เป็นปัจจัย

ปกป้อง 3 ประการ ได้แก่ 1) ฉันมี (I HAVE) ซึ่งเป็น external support 2) ฉันเป็น (I AM) ซึ่งเป็น inner strengths และ 3) ฉันสามารถ (I CAN) ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมและทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (social and interpersonal skills) นอกจากนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยปกป้องในการตีตรา และนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือ Resilience Factors Scale (RFS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินปัจจัยปกป้องการตีตรา แอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 - 5 จำนวน 638 ราย จากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและจากการวิเคราะห์องค์ประกอบในขั้นตอนสุดท้ายด้วยเทคนิค Exploratory Factor Analysis (EFA) พบว่าปัจจัยปกป้องจำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ทักษะการวางตัว เป็นกลางและทักษะทางสังคม การคิดเชิงบวก การกล้าแสดงออก การสนับสนุนส่วนบุคคลและการสนับสนุนอื่นๆ

นภชนก สุขประเสริฐ (2553) ศึกษาประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิและการฟื้นฟูพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547 : การศึกษาแบบผสม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิ และความสามารถในการฟื้นฟูพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ.2547 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547 จำนวน 200 คน ตอบแบบสอบถามสำหรับข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ จากนั้นคัดเลือกวัยรุ่นแบบเจาะจงที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสึนามิมากและมีค่าคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูพลังสูง จำนวน 8 คน เพื่อสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิ แบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูพลัง และชุดคำถามสัมภาษณ์ ผลการวิจัยด้านข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการฟื้นฟูพลัง ตามสถานการณ์ องค์ประกอบการมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการฟื้นฟูพลังจากลักษณะนิสัย องค์ประกอบการมีพลังภายในจิตใจที่เข้มแข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยเชิงคุณภาพสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถในการฟื้นฟูพลังภายหลังประสบภัยพิบัติสึนามิ พบว่าพวกเขามีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนสำคัญในชีวิต เช่น บิดา มารดา ครู และเพื่อน เป็นต้น

พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างเพศ บรรยากาศในครอบครัว สถานะทางการเงิน ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จากโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,715 คน ผลการวิจัยพบว่าโมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืน

กับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบว่าเพศชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อยกว่าเพศหญิง และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานะทางการเงินมีอิทธิพลตรงทางบวกต่อความแข็งแกร่งในชีวิตและมีอิทธิพลตรงทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยง และยังมีอิทธิพลอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงผ่านความแข็งแกร่งในชีวิต บรรยากาศในครอบครัวมีอิทธิพลตรงทางบวกต่อความแข็งแกร่งในชีวิตแต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงผ่านความแข็งแกร่งในชีวิต ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตมีอิทธิพลตรงทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย วัยรุ่นชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อยกว่าวัยรุ่นหญิงและมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นหญิง

เมธิยา เกิดผล แต่งรัตน (2556) ได้พัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคลองเตย จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและทดสอบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีการติดตามผลพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 2 เดือน ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมเชิงพัฒนาของ Boyle โดยมีการบูรณาการแนวคิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ของ Mezirow ร่วมกับแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาของ D'Zurilla and Goldfried ซึ่งผลการศึกษาหาความต้องการเรียนรู้ก่อนการสร้างและพัฒนาโปรแกรม พบว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจทั้ง 3 มิติ ในระดับมากที่สุด ประกอบด้วย มิติด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ มิติด้านความมุ่งมั่นในความสำเร็จ และมิติด้านความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ 2) ผลการทดลองใช้โปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน พบว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจและคะแนนรวมของแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภิต แสงอ่อน (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น โดยการวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2557 จาก 5 โรงเรียน ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 403 คน เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามบรรยากาศในครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อนและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนและแรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาบ้า (Resilience to amphetamine use) ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ในประเทศไทยจะพบว่ามีอยู่เพียง 3 เรื่อง ดังนี้

มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชาย อายุ 12-21 ปี ที่มีคดีเสพยาบ้าและถูกส่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 140 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 50.70 มีพลังต้านการเสพยาบ้าในระดับน้อย อีกทั้งพบว่าพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ คือ การใช้ความสามารถของตนเอง การใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ และการหลีกเลี่ยงปัญหา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .195, .541, .367, -.246$ และ $.309$ ตามลำดับ)

ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2) คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 คน

จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการเสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) ได้พัฒนาแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” โดยนำแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) มาเป็นกรอบในการศึกษาร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ คือ 1) ศึกษาการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และ 2) พัฒนาแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาแบบประเมิน โดยการนำแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) มาสร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 26 คนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกับกาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างข้อคำถามรายชื่อในแบบประเมิน และ ขั้นตอนที่สองเป็นการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 366 คน ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 12-24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่รับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก และ แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่พัฒนาขึ้น มีจำนวน 41 ข้อ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .966 โดยทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกระดับดีขึ้นไป (0.72-1.00)

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Jackson and Martin (1998) ได้ศึกษาผู้ใหญ่โดยในช่วงวัยเด็กเคยอยู่ในสถานบำบัดดูแลในประเทศอังกฤษ จำนวน 105 คน พบว่ามี 36 คนที่ถูกประเมินแล้วพบว่า มีความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ โดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการเรียนและปัจจัยปกป้องการมีความผูกพันทางบวกกับผู้ใหญ่โดยเฉพาะบุคคลที่ให้คุณค่าทางการศึกษา มีเพื่อนดี ประสบ

ความสำเร็จในการเรียน มีกิจกรรมพิเศษ ผู้ที่มีความเข้มแข็งจะมีความสามารถในการควบคุมภายใน ฟังพอใจในชีวิตมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ใหญ่อีกกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ

Rew and Horner (2003) ศึกษาความแข็งแกร่งกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในชีวิตสำหรับเยาวชน (Youth resilience) พบว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่างๆในชีวิตแตกต่างกันนั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือปัจจัยเสี่ยงกับปัจจัยปกป้องโดยบุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อองค์ประกอบทั้ง 2 ประการนี้ในการดำเนินชีวิต ในส่วนปัจจัยเสี่ยงอาจมีบางปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ อายุ แต่การส่งเสริมปัจจัยปกป้องและลดปัจจัยเสี่ยงในสิ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพในเด็กและเยาวชนจึงเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อปัจจัยทั้งสองประการดังกล่าว

Haase (2004) ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นป่วยโรคมะเร็งที่ถูกละทิ้งและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้กระบวนการ Resilience ในรูปแบบ Adolescent Resilience Model (ARM) ที่ Haase (2004) พัฒนาขึ้นโดยเน้นแนวคิดทำให้เกิดสุขภาพดี เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมสามารถกลับสู่สภาพปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นมะเร็งที่มีปัญหาความเครียดเนื่องจากต้องผ่านวิกฤติในชีวิต (PTSD) จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือโดยใช้ Adolescent Resilience Model โดยวัยรุ่นส่วนหนึ่งสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ่นั้นได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ Haase (2004) พบว่าแบบจำลอง Adolescent Resilience Model มีความซับซ้อน มีการเคลื่อนไหวรอบทุกทิศทาง มีความสัมพันธ์กันทั้งทางบวกและทางลบ โดยที่ความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองและอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ การให้ความหมายของชีวิต บรรยากาศในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ส่วนความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นต้น

Earvolino-Ramirez (2007) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวติดตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 505 คน ที่เกิดในปี ค.ศ.1955 บนเกาะคาวาอิ มลรัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ทารกแรกคลอดจนมีอายุ 40 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเติบโตมาจากสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน โดยเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่ยากจนหรือมีปัญหา เช่น พ่อแม่หย่าร้าง ดิดเหล้า หรือมีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า 2 ใน 3 ของเด็กกลุ่มนี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหา ในขณะที่อีก 1 ใน 3 เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถ ไม่เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิต โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของ John and Wiechhelt (2004) พบว่าความสามารถดังกล่าวเกิดจากการมีปัจจัยปกป้องนั่นเอง

Moe, Johnson and Wade (2007) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 149 คน เป็นหญิง 75 คน และชาย 74 คน ที่อยู่ในโปรแกรม Betty Ford Children's Program ซึ่งจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาสุราและสารเสพติด สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกเด็ก 50 คนจากโครงการดังกล่าวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที โดยสอบถามความคิดเห็นของเด็กจากคำถามที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งคำถามประกอบด้วย ความรู้สึกของเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการติดสารเสพติด ความคิดเห็นของเด็กต่อพฤติกรรมติดสุราและสารเสพติดของผู้ปกครอง ประโยชน์ของข้อมูลที่เด็กได้รับจากโปรแกรมดังกล่าว ความรู้เกี่ยวกับการรักษาการติดสุราและสารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับการเลิกสุราและสารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และมุมมองที่มีต่อ Betty Ford Children's Program และผู้วิจัยได้วิเคราะห์คำตอบที่ได้และแบ่งเป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ คือ 1) พฤติกรรมการติดยา พบว่าเด็กส่วนใหญ่เล็งเห็นความสำคัญที่ผู้ปกครองของตน ตนเองและคนทั่วไปควรหยุด เลิกใช้ หรือไม่ข้องเกี่ยวกับสุราหรือสารเสพติด เด็กส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเยาวชนไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด 2) การรับรู้พฤติกรรมการติดยา ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ ความรู้สึกผิด (guilt) การรักษาและการเลิกยา และการเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี (negative role model) เด็กส่วนใหญ่เห็นด้วยและยอมรับว่าตนเองไม่ควรคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตน ดังนั้นจึงไม่ควรรู้สึกผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดยาของผู้ปกครอง เด็กส่วนใหญ่ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการรักษาและการเลิกยา โดยเชื่อมั่นว่าการรักษาเป็นหนทางที่นำไปสู่การเลิกยาและนำไปสู่ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ส่วนการเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีนั้นเด็กเห็นว่าผู้ปกครองเป็นตัวอย่างที่สำคัญในการสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นอย่างที่ดีหรือไม่ก็ตาม และ 3) ทรัพยากรภายใน (internal resources) โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การแสดงความรู้สึก ความรู้ และทางเลือกของชีวิต โดยเด็กกล่าวถึงความสำคัญของการแสดงความรู้สึกและการมีบุคคลที่คอยรับฟังความรู้สึกของตนได้ เป็นที่น่าสนใจว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาสุราและสารเสพติดยังมีมุมมองที่ดีต่อชีวิต และเห็นว่าความสุขไม่ได้มาจากเงินทอง หรือสิ่งของมีค่าอื่นใดแต่มาจากตัวแปรที่มองไม่เห็น และตัวแปรเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Tusaie et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี อายุ เพศ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน จำนวนเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เข้ามาในชีวิตกับความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤติ (psychosocial resilience) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Lerner's Model of Developmental Contextualism และทฤษฎีการปรับตัวต่อความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤติ คือ การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและภายใต้สถานการณ์เสี่ยงสามารถ

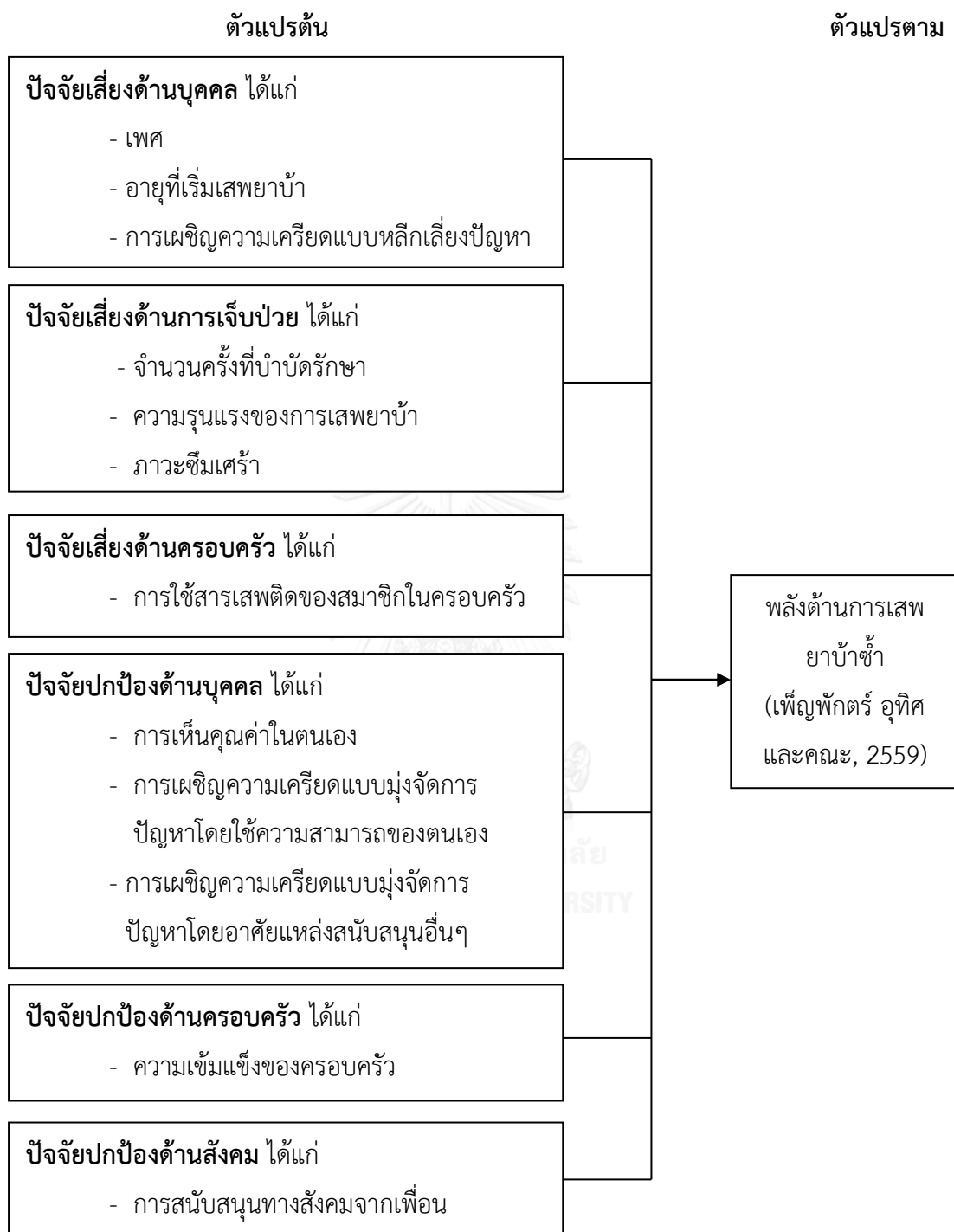
ปรับตัวได้ดีกว่าคนทั่วไป กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 624 คน อายุเฉลี่ย 15.8 ปี (อายุระหว่าง 14-19 ปี) เครื่องมือที่ใช้ คือ Psychosocial Resilience นำมาจาก Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีอายุน้อย มีเหตุการณ์ร้ายๆ น้อย มองโลกในแง่ดี ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าคะแนนความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติสูง แต่ ผู้ชายที่มีอายุมาก มองโลกในแง่ดี ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและมีเพื่อน ก็มีค่าคะแนนความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติสูงเช่นกัน แม้จะพบเหตุการณ์ร้ายๆ ในชีวิตจำนวนมาก ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติได้ดี คือ การมองโลกในแง่ดี การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การมองโลกในแง่ดีมีปฏิสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ร้ายๆ ในชีวิตที่มีผลต่อความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติสูง โดยทำให้ผลกระทบนั้นน้อยลง และระดับภาวะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการพยายามทำร้ายตนเอง และการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ

Dillon et al. (2007) ได้ทำการศึกษาหลังด้านการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น ด้วยวิธีสำรวจวัยรุ่นที่กระทำความผิดในคดียาเสพติดและคดีทางอาชญากรรมอื่นๆ ที่ OCJS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 4 วัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์การเสพยาเสพติด โดยที่มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ 2) ประเมินขอบเขตของปัจจัยที่ส่งผลการเสพยาของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม 3) การประเมินถึงระดับต่างๆ ของปัจจัย ที่ส่งผลการเสพยาเสพติด 4) ประเมินขอบเขตของปัจจัยที่ไม่ได้เสพยาเสพติด (resilience to drug use) รวมถึงความสามารถในการปฏิเสธการเสพยาเสพติด และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่น 50 คน รวบรวมมุมมองและประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างของวัยรุ่นที่สามารถใช้หลังด้านการเสพยาเสพติด (resilience to drug use) ผลการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้ logistic regression model พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ตัวแปรพฤติกรรมและทัศนคติเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดมากขึ้น และผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่มีอายุ 10-16 ปี พบปัจจัยเสี่ยงหลายตัวแปร เช่น ทัศนคติต่อการใช้สารเสพติดของครอบครัว การทำผิดกฎของโรงเรียน การคบเพื่อนที่มีปัญหา การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากทางโรงเรียน เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อย และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ส่วนวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 17 - 21 ปี พบว่ามีลักษณะคล้ายกันแต่เพิ่มเติมในเรื่องการถูกเพื่อนชักชวนและวัยรุ่นไม่มีกลุ่มหรือเข้ากับเพื่อนไม่ได้ จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าแนวทางที่จะทำให้เกิดพลังด้านการเสพยาเสพติด (resilience to drug use) ในวัยรุ่นนั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด

Scudder et al. (2008) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ โดยรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เด็กวัยรุ่นอายุ 15 ปี จำนวน 3 คน ในสถานบริการปฐมภูมิ ที่มีปัญหาครอบครัว บิดามารดาติดยา ละทิ้งครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีเอกลักษณ์ของตน การสามารถควบคุมตนเอง ความเชื่อ ความฉลาด ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน โดยการศึกษา พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับคำแนะนำจากบิดามารดา การเป็นพี่เลี้ยงของครอบครัว การมีต้นแบบอยู่ในกฎระเบียบและมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว รวมทั้งการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว เหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นมีพัฒนาการที่ดีและสามารถมีการตัดสินใจที่ดีในการเผชิญกับความเสี่ยงได้

Veselska et al. (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการยับยั้งเฉื่อยวิฤติในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และกัญชา กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 3,694 คน อายุระหว่าง 13-16 ปี (อายุเฉลี่ย 14.3 ปี) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของ Rosenberg self-esteem scale (RSES) จำนวน 10 ข้อ และแบบวัด Resilience scale จำนวน 33 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า เด็กชายมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าเด็กหญิง และพบว่าความสามารถในการยับยั้งเฉื่อยวิฤติมีความแตกต่างกันระหว่างเด็กชายกับเด็กหญิง โดยเด็กชายมีค่าคะแนนสูงในด้านการรับรู้ความสามารถของตน มีการรับรู้อนาคต มีการแก้ปัญหาแบบมีโครงสร้าง ในขณะที่เด็กหญิงมีค่าคะแนนสูงกว่าในด้านความสามารถในสังคม ครอบครัวมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการใช้แหล่งประโยชน์จากสังคม พบว่า เด็กชายมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ สูบบุหรี่และเสพยาสูงกว่าเด็กหญิง ค่าคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการยับยั้งเฉื่อยวิฤติ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า เด็กชายมีค่าคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้ในเด็กหญิง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเสพยา พบว่าทั้งในเด็กหญิงและเด็กชาย ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการยับยั้งเฉื่อยวิฤติและพฤติกรรมการใช้กัญชามีความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกัน โดยเด็กที่มีแบบแผนในชีวิต (structure style) มีความผูกพันกับครอบครัวจะมีพฤติกรรมการเสพยาน้อย และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการเสพยา

8. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า และ 2) ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ซึ่งเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. เป็นวัยรุ่นเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุตามระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) กระทรวงสาธารณสุข

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยเป็นผู้เสพยาบ้า (Amphetamine abuse: F15.1) หรือผู้ติดยาบ้า (Amphetamine dependence: F15.2) และอยู่ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และไม่มีความบกพร่องรุนแรงในการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ทุกราย ต้องได้รับความยินยอมและอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิตร่วมด้วย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (1978; อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ $n \geq 10k + 50$ (n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 13 ตัวแปร เมื่อนำมาแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง [$n = (10 \times 13) + 50$] จำนวน 180 คน เป็นอย่างน้อยจึงจะเพียงพอกับการเป็นตัวแทนการทำนาย เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 198 คน แต่ภายในระยะเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 185 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.4

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคแบบเจาะจง (purposive selection) จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ที่มีขนาด 200 เตียงขึ้นไป (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติดุสิตราชชนนี ปทุมธานี เป็นตัวแทนภาคกลาง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นตัวแทนภาคใต้ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เป็นตัวแทนภาคเหนือ

2. เนื่องจากประชากรในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2558 จากระบบรายงาน บสต. จะได้กลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาลต่างๆ (ปีงบประมาณ 2558)

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยยาบ้า (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ประมาณการ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง*
ภาคกลาง			
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี	1,787	83	45
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	1,019	47	69
ภาคเหนือ			
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่	550	25	26
ภาคใต้			
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	918	43	45
รวม	4,274	198	185

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยยาบ้าวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2558 จากระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพยาเสพติด (บสต.) ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2558

* หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการจริงในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2559

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการประมาณการและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริงในแต่ละโรงพยาบาลไม่สอดคล้องกัน เนื่องมาจากในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าบางโรงพยาบาลมีผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ารับบริการน้อยกว่าที่ประมาณการไว้ ในขณะที่บางโรงพยาบาลมีผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากกว่าที่ประมาณการไว้ในเบื้องต้น ดังนั้นเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่เพียงพอต่อการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ผู้วิจัยจึงปรับสัดส่วนของกลุ่ม

ตัวอย่างให้เป็นไปตามสถานการณ์การเข้ารับบริการจริงของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจริงซึ่งผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 185 คน ดังแสดงในตารางที่ 5 โดยจำแนกเป็น สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จำนวน 45 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จำนวน 69 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จำนวน 26 คน และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 45 คน ตามลำดับ

3. ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลผู้รับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอก ในการสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย และประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างจากเอกสารทางราชการที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้ เช่น ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล ตารางวันนัดพบแพทย์ เป็นต้น เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดไว้

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการในช่วงระยะเวลาที่เข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 8 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด	จำนวน 40 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	จำนวน 41 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา แหล่งที่พักอาศัย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดร่วม ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพทางกายจากการเสพยาบ้า ระบบบำบัด จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg (1965) และนำมาพัฒนาต่อโดยเสาวนีย์ สำนวน (2545) เพื่อใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อที่ครอบคลุมการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อย นานๆครั้ง และไม่เลย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 ในแต่ละข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ตลอดเวลา	มีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	4	1
บ่อย	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	3	2
นานๆครั้ง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆครั้ง	2	3
ไม่เลย	ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

คิดค่าคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน มีการแปลผลคะแนนโดย คะแนนที่สูง หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

คะแนน	ความหมาย
10 – 18.50	น้อย
18.60 – 26.10	ปานกลาง
26.20 – 33.70	มาก
33.80 – 40	มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent coping scale ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และวีณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดการเผชิญปัญหาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ จากนั้นเสาวนีย์ สำนวน (2545) นำมาพัฒนาต่อเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นชนเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ จำแนกเป็นการเผชิญความเครียด 3 ลักษณะ คือ 1) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จำนวน 17 ข้อ 2) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ และ 3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหาจำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย ลักษณะของคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มาก	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านมาก	4
ปานกลาง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านปานกลาง	3
เล็กน้อย	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เลย	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และความคิดของท่านเลย	1

การคิดคะแนนจะคิดเป็นรายด้านโดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามในแต่ละด้านมารวมกันซึ่งคะแนนรวมด้าน มุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองอยู่ในช่วง 17 - 68 คะแนน ด้านมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ อยู่ในช่วง 7 - 28 คะแนน ด้านหลีกเลี่ยงปัญหาอยู่ในช่วง 16 - 64 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนนั้น คะแนนสูง หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นต่ำ โดยมีการแปลความหมายของคะแนนในการเผชิญความเครียดแต่ละแบบดังนี้

1) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จำนวน 17 ข้อ (ข้อ 1-17)

คะแนน	ความหมาย
17.00 – 29.70	น้อย
29.80 – 42.50	ปานกลาง
42.60 – 55.30	มาก
55.40 – 68.0	มากที่สุด

2) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 18-24)

คะแนน	ความหมาย
10 – 15.25	น้อย
15.26 – 20.51	ปานกลาง
20.52 – 25.77	มาก
25.78 – 28	มากที่สุด

3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวน 16 ข้อ (ข้อ 25-40)

คะแนน	ความหมาย
16.00 – 28.00	น้อย
28.01 – 44.02	ปานกลาง
44.03 – 56.03	มาก
56.04 – 64	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันธัญญารักษ์ (2546) เพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของการใช้ยาบ้า เป็นแบบสอบถามปรนัยจำนวน 18 ข้อ แต่ละข้อมี 4-5 ตัวเลือกให้เลือกตอบตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด บางข้อกำหนดให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว และบางข้อให้เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ ในแต่ละตัวเลือกของแต่ละข้อจะมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกันเริ่มตั้งแต่ 0 - 8 คะแนน ตามความ

รุนแรงของปัญหาการใช้ยาบ้า คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน และมีการแปลผลตามเกณฑ์ประเมินดังนี้

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความหมาย
น้อยกว่า 12 คะแนน	ระยะเริ่มต้นของการเสพยา (Introductory phase)	เป็นระยะที่แม้ว่าผู้เสพยาจะใช้ยาบ้าเพื่อ งานสังคมแต่ก็มีโอกาสเพิ่มการเสพยา ได้หากผู้เสพยามีความเครียดในชีวิตเพิ่ม มากขึ้นหรือหากผู้เสพยาได้มากขึ้น
13 – 35 คะแนน	ระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase)	เป็นระยะที่เกิดผลกระทบจากยาบ้าต่อ การดำเนินชีวิตของผู้เสพยาโดยผู้เสพ ยาจะยังคงใช้ยาไปเรื่อยๆจนกลายเป็น ปัญหาต่อไปซึ่งผู้เสพติดจะต้องให้ผู้ บำบัดระดับวิชาชีพประเมินการใช้ยา และปัญหาที่เกิดขึ้น
36 – 55 คะแนน	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา (Disenchantment phase)	เป็นระยะการใช้ยาบ้าในทางที่ผิดและ เป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยามาก และมีความต้องการที่จะหาทางเอายา ยามาเสพให้ได้
56 – 100 คะแนน	ระยะวิกฤต (Disaster phase)	เป็นระยะที่ผู้เสพยาบ้ามีความยาก ลำบากในการควบคุมชีวิตตัวเอง ผู้เสพ จะอยู่โดยปราศจากยาบ้าไม่ได้ ผู้เสพยา ต้องขอรับความช่วยเหลือจากผู้บำบัด โดยด่วนที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดครอบครัวชีวิตความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่ง Uthis (1999) ได้แปลมาจาก The Family hardiness index ของ McCubbin, McCubbin and Thompson (1986) ด้วยวิธี back translation และมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) 2) ด้านความมีอำนาจควบคุม (control) และ 3) ด้านความท้าทาย (challenge) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อย

ที่สุด และไม่จริงเลย มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อแบ่งลักษณะคำถามเป็น 2 ประเภท คือ คำถามที่เป็นข้อความทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18 และข้อคำถามด้านลบ (ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงกันข้ามกับแนวคิด) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 8, 10, 14, 16, 17, 19, 20 โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด	6	1
จริงมาก	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมาก	5	2
จริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านปานกลาง	4	3
จริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านน้อย	3	4
จริงน้อยที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด	2	5
ไม่จริงเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน	1	6

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน แปลผลคะแนนโดยคะแนนที่สูง แสดงว่ามีความเข้มแข็งของครอบครัวสูง หรือแปลผลเทียบกับเกณฑ์ระดับคะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ช่วง เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรวัด 6 ระดับของเครื่องมือซึ่งมีการแปลผลระดับคะแนนดังนี้

คะแนน	ความหมาย
105 - 120	มีความเข้มแข็งของครอบครัวมากที่สุด
84 - 104	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างมาก
63 - 83	มีความเข้มแข็งของครอบครัวปานกลาง
41 - 62	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อย
21 - 41	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างน้อย
0.0 - 20	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) สร้างขึ้นโดยชอว์กิง ซูครุช (2541) เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ต่อมามานัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาปรับปรุงเพื่อใช้เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสำหรับวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุน

ทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการและ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าทุกประการ	4
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามากกว่าครึ่งหนึ่ง	3
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเพียงครึ่งหนึ่ง	2
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	1
ไม่เลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเลย	0

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อ การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนโดยรวมและรายด้านโดยประเมินค่าเฉลี่ยกับระดับที่คำนวณได้ และมีการแปลผล ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
48.04-60.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากที่สุด
36.03-48.03	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมาก
24.02-36.02	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนปานกลาง
12.01-24.01	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย
0.0- 12.00	ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเลย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (2557) เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาแบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
ไม่มีเลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น	0
เป็นบางวัน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อยกว่า ครึ่งหนึ่งหรือเกิดขึ้นเพียง 1-7 วันในรอบ 2 สัปดาห์	1
เป็นบ่อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากกว่า ครึ่งหนึ่งหรือเกิดขึ้นเป็นเวลามากกว่า 7 วันในรอบ 2 สัปดาห์	2
เป็นทุกวัน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นทุกประการ หรือเกิดขึ้นทุกวันในรอบ 2 สัปดาห์	3

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน แล้วแบ่งระดับและแปลความหมายดังนี้

คะแนน	ความหมาย
น้อยกว่า 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
7 - 12	เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย
13 - 18	เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
19 คะแนนขึ้นไป	เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 8 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ เพ็ญพิภักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” โดยใช้แนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ สรุปได้ดังต่อไปนี้

8.1 ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาเครื่องมือ

8.2 นำแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) มาใช้เป็นกรอบในการสร้างแนวคำถามหลักและคำถามรอง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Indepth structured interview) ในการศึกษาประสบการณ์พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลจริง และอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาการเสพยาบ้าและติดตามหลังการบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โดยเพิ่มเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ข้อ คือ เป็นผู้ที่มิประสบการณเกี่ยวกับพลัง

ด้านการเสพยาบ้าแตกต่างกัน คือ ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีการเสพยาบ้าซ้ำ และไม่เสพยาบ้าซ้ำ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ตามคำจำกัดความตัวชี้วัดด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 (ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพยาบ้า 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา) จำนวน 26 คน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ถูกบันทึกไว้ในเทปเสียง และถอดความออกมาเป็นคำต่อคำ เพื่อนำไปวิเคราะห์และสกัดประเด็นหลัก และประเด็นรองในการนำไปสร้างแบบประเมินฉบับร่าง

8.3 หลังจากที่ได้สกัดประเด็นหลักและประเด็นรองแล้วจึงนำประเด็นเหล่านี้มาทดลองสร้างแบบประเมินฉบับร่าง

8.4 นำแบบประเมินฉบับร่างที่ได้ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แล้วนำแบบประเมินมาปรับแก้อีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 30 คน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลจริง

8.5 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินจากการทดลองใช้ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริง ดังตารางที่ 6

โดยแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ภายหลังจากทดลองใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 41 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์ประเมินความคิดเห็นดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทุกประการ	5
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามากกว่าครึ่งหนึ่ง	4
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพียงครึ่งหนึ่ง	3
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพยาบ่าน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	2

ไม่เลย ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ 1
 วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเลย

คิดคะแนนโดยนำคะแนนจากทุกมาข้อรวมกัน สำหรับการแปลผลคะแนนนั้นพิจารณาจากคะแนนรวม โดยคะแนนที่สูง หมายถึง มีพลังด้านการเสพยาบ้าสูง และเมื่อพิจารณาแบ่งระดับคะแนน ดำเนินการโดยนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งเป็น 5 ระดับ แล้วนำมาแปลผล ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
181.00-205.00	วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาบ้าสูงสุดในระดับมากที่สุด
151.00-180.00	วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาบ้าสูงในระดับมาก
121.00-150.00	วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาบ้าสูงในระดับปานกลาง
91.00-120.00	วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาบ้าสูงในระดับน้อย
00.00-90.00	วัยรุ่นมีพลังด้านการเสพยาบ้าสูงในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามได้มีการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ก่อนการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดมาใช้ทีมวิจัยได้มีการตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ ความครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา แต่เนื่องจากเครื่องมือวิจัยเกือบทุกชุด ยกเว้นแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการหาคุณภาพโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นเสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้ามาแล้ว ดังนั้นจึงไม่ได้มีการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาใหม่ แต่มีการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) จากการนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลจริง ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการทดลองใช้ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริง ดังตารางที่ 6

ส่วนแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย นั้น ทีมวิจัยได้นำแบบประเมินพร้อมกับโครงร่างวิจัยไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อให้ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดด้านสารเสพติด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสารเสพติดและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาใช้ในการปรับปรุงต่อไป ทั้งนี้ได้จัดทำตารางเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 ดังนี้ คือ

คะแนน	ความหมาย
1	คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
2	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
3	คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
4	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้มีความถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับคำนิยามและแนวคิด โดยการเพิ่มเติม หรือปรับปรุงข้อความในข้อคำถามที่เป็นตัวเลือก และปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนตามแนวคิดโดยเพิ่มข้อความ “ไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” ในข้อคำถามเพื่อแสดงให้เห็นถึงพลังในการต้านการเสพยาบ้า โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเพิ่มเติม หรือปรับปรุงข้อความในข้อคำถามที่เป็นตัวเลือก ดังนี้

ข้อที่ 1 “ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ที่ฉันจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 2 “การรู้ว่าตัวเองมีคุณค่าเพียงพอ ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเอง ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 3 “การให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 4 “ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันมีจิตใจที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 5 “ฉันรักตัวเองมากพอ ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันรักตัวเองมากพอฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 6 “ฉันรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ”

ข้อที่ 8 “ครอบครัวและคนใกล้ชิดช่วยกันลงมือแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ ให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันร่วมมือร่วมใจกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 9 “ครอบครัวและคนใกล้ชิดให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉันได้ ฉันจึงไม่จำเป็นต้องเสพยาบ้า” ปรับเป็น “เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันสามารถเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 14 “ครอบครัวให้ความสำคัญกับฉัน ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “ครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 17 “การได้รับกำลังใจจากเพื่อน ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนให้เลิกยาบ้า ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 22 “การทำงานต่างๆได้สำเร็จ ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “การทำสิ่งต่างๆได้สำเร็จ เช่น การทำงานและการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 23 “การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “การมีอาชีพที่สุจริตและมีเงินใช้จ่ายที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 27 “การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การบวช การละหมาด เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ ตักบาตร การปฏิบัติธรรม การถือศีล การบวช การละหมาด เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 31 “ถึงแม้ฉันจะมีปัญหาต่างๆเข้ามาในชีวิต แต่ถ้าฉันมีการวางแผนและแก้ปัญหาได้ดี ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “เมื่อมีปัญหาเข้ามาในชีวิต ฉันสามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาต่างๆได้ดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 35 “แม้ฉันจะถูกกระตุ้นด้วยสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เช่น สถานที่และช่วงเวลาที่เคยเสพ อุปกรณ์การเสพ เงินสด หรือแม้กระทั่งเบอร์โทรศัพท์คนที่เคยขายยาบ้าให้ เป็นต้นฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เสพยาบ้าได้” ปรับเป็น “ฉันพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าต่างๆ เช่น สถานที่และช่วงเวลาที่เคยเสพ อุปกรณ์การเสพ เงินสด เบอร์โทรศัพท์คนที่เคยขายยาบ้าให้ เป็นต้น เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 36 “ฉันจะหลีกเลี่ยงการทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือคนอื่น เพื่อที่ฉันจะไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวหรือคนอื่นได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

2) การปรับข้อความให้มีความชัดเจนตามแนวคิดโดยเพิ่มความ “ไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” ในข้อความเพื่อแสดงให้เห็นถึงพลังในการต้านการเสพยาบ้า และปรับถ้อยคำให้กระชับเข้าใจง่าย และรวมข้อความที่ซ้ำซ้อนกันเพื่อให้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น

การคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ดังแสดงข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน และสอดคล้องกันซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณจากสูตรที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton et al. (1975; อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณโดยใช้สูตรข้างต้น พบว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ฉบับนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91 แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 30 คน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ซึ่งผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าดังกล่าวมีคุณสมบัติคัดเข้าใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลจริง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดจากการทดลองใช้ และการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ดังตารางที่ 6 ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีเกณฑ์สำหรับพิจารณาค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ในกรณีนำเครื่องมืออื่นๆ ไปใช้ สำหรับเครื่องมือที่เป็นแบบวัดเจตคติ ความรู้สึก ควรมีความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (Burns and Grove, 1997)

ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดลองใช้ (n=30)	ฉบับใช้จริง (n=185)
1. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	.725	.747
2. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด	.861	.912
- ใช้ความสามารถของตนเอง	.831	.924
- อาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ	.817	.829
- หลีกเลี้ยงปัญหา	.799	.915
3. แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า	.727	.662
4. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	.658	.837
5. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.929	.940
6. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	.611	.848
7. แบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นไทย	.939	.970

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยประชุมปรึกษากับทีมผู้วิจัย เพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการ

1.2 หลังจากนั้นส่งโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอ

อนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว (ตามเอกสารรับรองที่ 007/2559 ตามหนังสือที่ สธ 0313/3838 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2558 ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นไทย”) จึงเริ่มดำเนินการขั้นต่อไป

1.3 นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล

1.4 เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว จึงขอเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ในการวิจัยครั้งนี้มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในแต่ละภูมิภาค (ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งมาใช้บริการที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเองทั้งหมด โดยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการและขั้นตอนดำเนินการวิจัย และสิทธิการใช้เครื่องมือวิจัยทุกชุด จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยและทีมผู้วิจัยตอบข้อซักถามเหล่านั้น จนมีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแต่ละชุด และมีการสังเกตการณ์เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยได้สาธิตย้อนกลับในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนพบว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและมีผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 สืบจากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นก่อน พบผู้ป่วยจากเอกสารทางราชการที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล ตารางวันนัดพบแพทย์ เป็นต้น

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลจากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจไว้และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลในวันและเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

2.3 ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและประโยชน์ของการทำงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ

ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลที่แท้จริง และหากในระหว่างตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามจากทีมผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งทีมผู้วิจัยได้แสดงบุคลิกภาพที่เป็นมิตรด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมให้ลงชื่อในใบยินยอม หากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนและลงชื่อในใบแสดงความยินยอมให้เรียบร้อย

2.5 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออกหรือมีปัญหาทางการมองเห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังและสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

2.6 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน เช่น ถึงเวลาเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นเรียบร้อยแล้ว

2.7 เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง

2.8 หลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

2.9 ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 185 ชุด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นโครงการย่อยอยู่ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทย” ดำเนินงานโดยแพทย์พัชร์ อุทิศ และคณะ (2559) และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (เอกสารรับรองที่ 007/2559 ตามหนังสือที่ สธ 0313/3838 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2558) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาและบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับจึงให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองและในการให้ข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความรู้สึกเศร้า สะเทือนอารมณ์ และไม่สบายใจ จากการตอบแบบสอบถามบางชุด เช่น แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเสี่ยงในเรื่องนี้ จึงมีแนวทางการป้องกัน คือ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวและไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อ ก็สามารถหยุดทำแบบสอบถามได้ และถ้าผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนของ การประเมินภาวะซึมเศร้าได้คะแนนสูงและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะประเมินความรุนแรงของสภาพอารมณ์และให้การดูแลเบื้องต้น จะให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อประคับประคองสภาพอารมณ์และจิตใจและส่งต่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังสามารถร้องเรียนไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา แหล่งที่พักอาศัย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดร่วม ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากการเสพยาบ้า ระบบบำบัด จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามมาตรวัดของข้อมูล

2. ศึกษาตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียด ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด และตัวแปรตาม ได้แก่ พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เช่น แจกแจงความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบสอบถาม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด โดยใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553)

เมื่อ r มีค่า $\pm .80 - 1.00$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์สูงมาก
เมื่อ r มีค่า $\pm .60 - .79$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์สูง
เมื่อ r มีค่า $\pm .40 - .59$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
เมื่อ r มีค่า $\pm .20 - .39$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ต่ำ
เมื่อ r มีค่า $\pm 00 - .19$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

4. วิเคราะห์ความสามารถร่วมกันทำนายของตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า และ 2) ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 185 คน ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุระหว่าง 12- 24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory system) ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานที่ศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษา ภาวะสุขภาพ และการใช้สารเสพติดของบุคคลใกล้ชิด

- 1.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่เข้ารับการบำบัด
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.3 ประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษา
- 1.4 ภาวะสุขภาพและการใช้สารเสพติดของบุคคลใกล้ชิด

ตอนที่ 2 พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียดกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ตอนที่ 4 ความสามารถในการร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ระหว่างปัจจัยทำนายกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษา ภาวะสุขภาพ และบุคคล
ใกล้ชิดใช้สารเสพติด

1.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล (n=185)

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
ภาคกลาง		
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติดิเบรมราชชนนี ปทุมธานี	45	24.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	69	37.3
ภาคเหนือ		
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่	26	14.1
ภาคใต้		
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	45	24.3
รวม	185	100

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกตามโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พบว่า มาจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น มากที่สุด คือ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติดิเบรมราชชนนี ปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากันคือ แห่งละ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3 และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดาและบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	165	89.2
หญิง	20	10.8
อายุ (ปี)		
	ต่ำสุด-สูงสุด= 13-24; Mean = 19.43; S.D. = 2.75	
12-17	45	24.32
18-24	140	75.68
สถานภาพสมรส		
โสด	160	86.5
สมรส	20	10.8
แยกกันอยู่	3	1.6
หย่าร้าง	2	1.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	4.3
ประถมศึกษา	22	11.9
มัธยมศึกษาต้น	78	42.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	65	35.1
อนุปริญญา/ปวส.	10	5.4
ปริญญาตรี	2	1.1
อาชีพหลัก		
ว่างงาน	45	24.3
รับจ้าง	44	23.8
เกษตรกรกรรม	11	5.9
ค้าขาย	13	7.0
นักเรียน/นักศึกษา	67	36.2

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
อื่นๆ	5	2.7
รายได้ (n= 143)	ต่ำสุด-สูงสุด= 300-30,000; Mean =6,090.3; Median =4,500 Mode=3,000; S.D. = 4704.53	
แหล่งที่มาของรายได้		
จากการทำงาน	69	37.3
จากผู้ปกครอง	112	60.5
อื่นๆ	4	2.2
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	121	65.4
แยกกันอยู่	43	23.2
หม้าย	12	6.5
หย่าร้าง	9	4.9
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร		
บิดา	10	5.4
มารดา	39	21.1
บิดาและมารดา	101	54.6
ญาติ /พี่น้อง	18	9.7
อยู่คนเดียว	7	3.8
บุคคลอื่นๆ	10	5.4

จากตารางที่ 8 พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 185 คน เป็นเพศชาย 165 คน คิดเป็นร้อยละ 89.2 และเพศหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18-24 ปี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 75.68 ที่เหลือมีอายุระหว่าง 12-17 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.32 โดยมีอายุเฉลี่ย 19.43 ปี (S.D.=2.75) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5 รองลงมา มีสถานภาพสมรส และแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 10.8 และ 1.6 ตามลำดับ มีวุฒิการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 รองลงมาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.1 และ

11.9 ตามลำดับ อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมาคือว่างงาน และมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 24.3 และ 23.8 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 300 – 30,000 บาท (S.D. = 4704.53) ซึ่งแหล่งที่มาของรายได้ นั้นพบว่าส่วนใหญ่มาจากผู้ปกครอง จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมาได้จากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 37.3 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ยังอยู่ด้วยกัน จำนวน 121 คิดเป็นร้อยละ 65.4 รองลงมาเป็นบิดามารดาแยกกันอยู่ และหม้าย คิดเป็นร้อยละ 23.2 และ 6.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดา จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 รองลงมาเป็นอาศัยอยู่กับมารดาเพียงคนเดียว และอาศัยอยู่ญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 21.1 และ 9.7 ตามลำดับ

1.3 ประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษา

ตารางที่ 9 ประวัติการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)

ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
เคยใช้สารเสพติดอื่นก่อนเสพยาบ้า		
ไม่เคย	58	31.4
เคยใช้	127	68.6
อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก (ปี)	ต่ำสุด-สูงสุด = 10-24; Mean = 19.43; S.D. = 2.75	
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก (n=127)		
บุหรี	77	41.6
ใช้สารเสพติดหลายชนิด	22	11.9
อื่นๆ	10	5.4
กัญชา	9	4.9
สุรา	8	4.3
ไอซ์	1	0.5
อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก (ปี)	ต่ำสุด-สูงสุด = 10-21; Mean = 16.20; S.D. = 2.20	
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบัน (เดือน)	ต่ำสุด-สูงสุด=1-126; Mean = 34.67; S.D. = 2.64	
จำนวนครั้งที่บำบัดรักษาการเสพยาบ้าจนถึงครั้งปัจจุบัน (ครั้ง)	ต่ำสุด-สูงสุด= 1-6; Mean = 1.62; S.D. = 1.05	

จากตารางที่ 9 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 68.6 มีเพียงร้อยละ 31.4 ที่ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่นมาก่อน โดยพบว่าอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกต่ำสุด คือ 10 ปี และสูงสุด คือ 24 ปี (S.D. =2.75) ทั้งนี้ชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดก่อนการเสพยาบ้า คือ บุหรี่ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมาเป็นการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 11.9 และ 5.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาอายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกพบว่ามียุ่ต่ำสุด คือ 10 ปี และสูงสุด คือ 21 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.20 ปี (S.D. =2.20) สำหรับระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าถึงปัจจุบัน พบว่ามีระยะเวลาต่ำสุด คือ 1 เดือน และสูงสุด คือ 126 เดือน โดยมีค่าเฉลี่ย คือ 34.76 เดือน (S.D. =2.64) ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้านับถึงครั้งปัจจุบัน พบว่ามีค่าต่ำสุด คือ 1 ครั้ง และสูงสุด คือ 6 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.62 ครั้ง (S.D. =1.05)

ตารางที่ 10 การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน (n=185)

ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
ระบบที่เข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบัน		
สมัครใจ	143	77.3
บังคับบำบัด	42	22.7
การใช้สารเสพติดอื่นร่วมในปัจจุบันนอกจากยาบ้า		
ใช่	128	69.2
ไม่ใช่	57	30.8
สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมในปัจจุบันนอกจากยาบ้า (n=125)		
บุหรี่	51	27.6
ใช้สารเสพติดหลายชนิด	35	18.9
ไอซ์	14	7.6
อื่นๆ	10	5.4
กัญชา	8	4.3
สุรา	7	3.8

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงของการเสพยาบ้า (n=180)		
ระยะเริ่มต้นของการเสพยา	6	3.2
ระยะยังคงเสพยา	134	72.4
ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา	39	21.1
ระยะวิกฤติ	1	0.5
สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา)		
เลิกเสพได้แล้ว	112	60.2
หยุดเสพได้บางช่วง	43	23.2
ยังเสพอยู่เรื่อยๆ	24	13.0
หยุดเสพชั่วคราว (เคยอยู่ระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยใน)	6	3.2
ระยะเวลาที่หยุดเสพยาได้ก่อนกลับมาเสพซ้ำ (วัน) (n=38) ต่ำสุด-สูงสุด = 10-90; Mean = 46.86; Median = 33.50; Mode = 30; S.D. = 22.62		
ในกลุ่มที่ยังเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ		
- ความถี่ของการเสพยาบ้า (ครั้ง/เดือน) (n=24)	ต่ำสุด-สูงสุด = 1-30; Mean = 6.96; Median = 4.50; Mode = 10.00; S.D. = 6.64	
- จำนวนยาบ้าที่ใช้ต่อเดือน (เม็ด) (n=24)	ต่ำสุด-สูงสุด = 1-50; Mean = 11.33; Median = 9.00; Mode = 1.00; S.D. = 11.91	

ตารางที่ 10 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง เข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบันในระบบสมัครใจมากที่สุด คือ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ที่เหลือเป็นการเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 เมื่อพิจารณาการใช้สารเสพติดอื่นร่วมนอกเหนือจากยาบ้าในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย โดยในจำนวนนี้มีการใช้บุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.6 รองลงมา คือ ใช้สารเสพติดร่วมหลายชนิด และไอซ์ คิดเป็นร้อยละ 18.9 และ 7.6 ตามลำดับ

ความรุนแรงของการเสพยาบ้า พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ ตนเองเสพยาบ้าอยู่ในระยะยังคงเสพยา คือ จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 72.4 รองลงมา คือ ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา คิดเป็นร้อยละ 21.1 ระยะเริ่มต้นของการเสพยา คิดเป็นร้อยละ 3.2 และระยะวิกฤติ คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

สำหรับสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าสามารถเลิกเสพได้แล้ว คือ จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมา คือ หยุดเสพได้บางช่วง และยังเสพอยู่เรื่อยๆ คิดเป็น ร้อยละ 23.2 และ 13.0 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 3.2 ให้ข้อมูลว่าหยุดเสพชั่วคราวเนื่องจากในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงไม่สามารถเสพยาบ้าได้

กลุ่มวัยรุ่นที่หยุดเสพได้บางช่วงดังกล่าว ให้ข้อมูลต่อว่า ระยะเวลาที่หยุดเสพยาได้ก่อนกลับมาเสพซ้ำ มีค่าต่ำสุด คือ 10 วัน และที่สามารถหยุดเสพได้นานที่สุด คือ 90 วัน โดยมีจำนวนวันเฉลี่ยที่หยุดเสพยาได้ คือ 46.86 วัน มีค่ามัธยฐาน คือ 33.50 วัน และฐานนิยม คือ 30 วัน (S.D. = 22.62)

สำหรับวัยรุ่นกลุ่มที่ยังมีการเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ นั้น พบว่ามีความถี่ในการเสพต่ำสุด คือ 1 ครั้ง/เดือน และสูงสุด คือ เสพทุกวัน หรือ 30 ครั้ง/เดือน โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เสพยาบ้า คือ 6.96 ครั้ง/เดือน มีค่ามัธยฐาน คือ 4.50 ครั้ง/เดือน และฐานนิยม คือ 10 ครั้ง/เดือน (S.D. = 6.64) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปริมาณยาบ้าที่ใช้ พบว่ามีจำนวนต่ำสุด คือ 1 เม็ด/เดือน และสูงสุด คือ 50 เม็ด/เดือน โดยมีจำนวนเม็ดเฉลี่ยที่เสพ คือ 11.33 เม็ด/เดือน มีค่ามัธยฐาน คือ 9 เม็ด/เดือน และฐานนิยม คือ 1 เม็ด/เดือน (S.D. = 11.91)

1.4 ภาวะสุขภาพ และการใช้สารเสพติดของบุคคลใกล้ชิด

ตารางที่ 11 ภาวะสุขภาพทั่วไปในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย/จิตใจจากการเสพยาบ้า การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า (n=185)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพทั่วไปในปัจจุบัน		
แข็งแรงดี	160	86.5
เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นประจำ	22	11.9
มีโรคประจำตัว	3	1.9
เคยมีปัญหาด้านร่างกาย/จิตใจจากการเสพยาบ้า		
ไม่มี	121	65.4
มี	64	34.6

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซีมเศร้า		
ไม่มีอาการของภาวะซีมเศร้า	91	49.2
มีอาการระดับน้อย	78	42.2
มีอาการระดับปานกลาง	13	7.0
มีอาการระดับรุนแรง	3	1.6
การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด		
ไม่มี	145	78.4
มี	40	21.6
สารเสพติดที่สมาชิกในครอบครัวใช้ (n = 40)		
ใช้หลายชนิดร่วมกันและอื่นๆ	15	8.1
บุหรื	14	7.6
สุรา	10	5.4
ยาบ้า	1	0.5
การมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้า		
มี	138	74.6
ไม่มี	47	25.4

จากตารางที่ 11 เมื่อสอบถามถึงภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีสุขภาพที่แข็งแรงดี จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5 รองลงมาคือ เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นประจำ และมีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 11.9 และ 1.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่เคยมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจจากการเสพยาบ้า จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 81.4

สำหรับภาวะซีมเศร้า พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าไม่มีอาการของภาวะซีมเศร้า จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 แต่ที่เหลือ คือ ร้อยละ 50.8 มีอาการของภาวะซีมเศร้า จำแนกเป็น มีอาการในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 42.2 ถัดมา มีอาการในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.0 และ มีอาการของในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 1.6

สำหรับการมีบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด สำหรับวัยรุ่นซึ่งให้ข้อมูลว่ามีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 นั้นพบว่ามีการใช้สารเสพติดหลายอย่างร่วมกันสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 8.1 รองลงมาเป็นการใช้บุหรี่ยี่ สุรา และยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 7.6, 5.4 และ 0.5 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า สูงถึงจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6

ตอนที่ 2 พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับคะแนน พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)

ระดับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	181-205	65	35.14
มาก	151-180	89	48.11
ปานกลาง	121-150	27	14.59
น้อย	91-120	3	1.62
น้อยที่สุด	0-90	1	0.54

Min-Max= 88-205; Mean = 170.89; Median = 169; Mode = 205; S.D. = 22.3

จากตารางที่ 12 เป็นข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 มีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.14 และ 14.59 ตามลำดับ มีเพียงจำนวน 4 ราย เท่านั้นที่มีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.16 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่ามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 169 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 22.3 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียดกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและการเผชิญความเครียดกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)

ตัวแปร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	.038	.611	
อายุที่เริ่มเสพยาบ้า	-.010	.888	
จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา	.029	.695	
ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	-.070	.351	
ภาวะซึมเศร้า	-.328**	.000	ต่ำ
การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว	-.010	.894	
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.292**	.000	ต่ำ
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.391**	.000	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.323**	.000	ต่ำ
การเผชิญความเครียด			
- มุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง	.617**	.000	สูง
- มุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ	.392**	.000	ต่ำ
- หลีกเลี่ยงปัญหา	-.098	.184	

**Correlation is significant at 0.01 levels (2-tailed)

จากตารางที่ 13 พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง และแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .617, .392, .391, .323$ และ $.292$ ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.328$) ตัวแปรด้านเพศ อายุ ที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า และการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่

ตอนที่ 4 ความสามารถในการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ผู้วิจัยศึกษาความสามารถในการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าของตัวแปร คือ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด 3 แบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย และสร้างสมการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าตัวแปรต้นซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่นำมาใช้ทุกตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (multicollinearity) โดยใช้วิธี simple correlation technique วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทุกตัว (ดังในภาคผนวก ฉ) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทั้ง 12 ตัว ไม่พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่มากกว่า .65 จึงไม่เกิดปัญหา multicollinearity (Burns and Grove, 2001)

ภายหลังการตรวจสอบเรื่อง multicollinearity แล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยความสามารถในการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยมีตัวแปรต้นที่

ร่วมกันทำนาย ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 change	F change	Sig.F change
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง	.621 ^a	.385	.385	109.629	.000
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.652 ^b	.425	.040	12.187	.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.684 ^c	.468	.043	13.947	.000
ภาวะซึมเศร้า	.695 ^d	.484	.015	5.126	.025

a. Predictors: (Constant), การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง

b. Predictors: (Constant), การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง, ความเข้มแข็งของครอบครัว

c. Predictors: (Constant), การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง, ความเข้มแข็งของครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

d. Predictors: (Constant), การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง, ความเข้มแข็งของครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน, ภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีเพิ่มขั้นตอน พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .385 ($R^2 = .385$) นั่นคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 38.50

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรความเข้มแข็งของครอบครัวได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับสองและเพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 4.0 ($R^2 \text{ change} = .040$) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เพิ่มขึ้นเป็น .425 นั่นคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองและความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 42.50

ขั้นตอนที่ 3 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับสามและเพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 4.3 ($R^2 \text{ change} = .043$) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เพิ่มขึ้นเป็น .468 นั่นคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 46.80

ขั้นตอนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับสี่และเพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 1.5 ($R^2 \text{ change} = .015$) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เพิ่มขึ้นเป็น .484 นั่นคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 48.40 ($R^2 = .484$)

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและภาวะซึมเศร้าในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	t	p-value
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหา	1.787	.171	.621	10.470	.000
ปัญหาแบบใช้ความสามารถของตนเอง					
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.408	.117	.212	3.491	.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.446	.120	.217	3.735	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.615	.272	-.131	-2.264	.025
Constant	47.837	12.430		3.848	.000

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (beta) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (beta) เท่ากับ .621 นั้นหมายความว่าเมื่อคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานจะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้น .621 หน่วยมาตรฐานสำหรับความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้เป็นลำดับที่สอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (beta) เท่ากับ .212 นั้นหมายความว่าเมื่อคะแนนความเข้มแข็งของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้น .212 หน่วยมาตรฐาน สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้เป็นลำดับที่สาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (beta) เท่ากับ .217 นั้นหมายความว่าเมื่อคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้น .217 หน่วยมาตรฐาน ส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้เป็นลำดับสุดท้าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (beta) เท่ากับ -.131 นั้นหมายความว่าเมื่อคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานจะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำลดลง .131 หน่วยมาตรฐาน

โดยมีสมการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (Y) = 47.837 + 1.787 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + .408 (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + .446 (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - .615 (ภาวะซึมเศร้า)

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (Z_y) = .621 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + .212 (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + .217 (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - .131 (ภาวะซึมเศร้า)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด

คำถามการวิจัย

1. พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี ที่เข้ารับการรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ซึ่งเป็นผู้มีความสมัครใจตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. เป็นวัยรุ่นเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุตามระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพยาเสพติด (บสต.) กระทรวงสาธารณสุข

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยเป็นผู้เสพยาบ้า (Amphetamine abuse: F15.1) หรือผู้ติดยาบ้า (Amphetamine dependence: F15.2) และอยู่ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และไม่มีความบกพร่องรุนแรงในการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ทุกราย ต้องได้รับความยินยอมและอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิตร่วมด้วย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (1978; อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) คือ $n \geq 10k + 50$ (n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 13 ตัวแปร เมื่อนำมาแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง [$n = (10 \times 13) + 50$] จำนวน 180 คน เป็นอย่างน้อยจึงจะเพียงพอกับการเป็นตัวแทนการทำนาย เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 198 คน แต่ภายในระยะเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 185 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.4

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา แหล่งที่พักอาศัย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดร่วม ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากการเสพยาบ้า ระบบบำบัด จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg (1965) และนำมาพัฒนาต่อโดยเสาวนีย์ สำนวน (2545) เพื่อนำมาใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อที่ครอบคลุมการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent coping scale ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และวีณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดการเผชิญปัญหาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำและเสาวนีย์ สำนวน (2545) นำมาพัฒนาต่อเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ จำแนกเป็นการเผชิญปัญหา 3 ลักษณะ คือ 1) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง จำนวน 17 ข้อ 2) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ และ 3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคย ลักษณะของคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า ของสถาบันธัญญารักษ์ (2546) เป็นแบบเลือกคำตอบให้ตรงกันความเป็นจริงมากที่สุด มีทั้งหมด 18 ข้อ ตัวเลือกทั้งหมด 4-5 ตัวเลือก ในแต่ละตัวเลือกมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกันเริ่มตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน วัดความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ ระยะเริ่มต้นของการเสพยา ระยะยังคงเสพยา ระยะหมั่นกับการเสพยา และระยะวิกฤต

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดครอบครัวชี้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูและผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่ง Uthis (1999) ได้แปลมาจาก The Family hardiness index ของ McCubbin, McCubbin and Thompson (1986) ด้วยวิธี back translation และมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) 2) ด้านความมีอำนาจควบคุม (control) และ 3) ด้านความท้าทาย (challenge) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ในแต่ละข้อแบ่งลักษณะคำถามเป็น 2 ประเภท คือ คำถามที่เป็นข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18 และข้อคำถามด้านลบ (ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงกันข้ามกับแนวคิด) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 8, 10, 14, 16, 17, 19, 20

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) สร้างขึ้นโดยชอว์กิง ซูครุส (2541) เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน และมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาปรับปรุงใช้เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในกลุ่มวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต (2557) เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 8 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2559) พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” โดยใช้แนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 41 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง จำนวน 13 ข้อ 2) ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 3) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน จำนวน 7 ข้อ 4) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆ จำนวน 5 ข้อ 5) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า จำนวน 3 ข้อ และ 6) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าตรงตามเนื้อหา (CVI) = .91 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย เท่ากับ .74, .91, .66, .83, .94, .84 และ .97 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยร่วมประชุมปรึกษากับทีมผู้วิจัย เพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการ

1.2 หลังจากนั้นส่งโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว (ตามเอกสารรับรองที่ 007/2559 ตามหนังสือที่ สธ 0313/3838 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2558 ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทย”) จึงเริ่มดำเนินการขั้นต่อไป

1.3 นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่ โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล

1.4 เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว จึงขอเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ในการวิจัยครั้งนี้มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในแต่ละภูมิภาค (ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งมาใช้บริการที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการและขั้นตอนดำเนินการวิจัย และสาธิตการใช้เครื่องมือวิจัยทุกชุด จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อซักถามเหล่านั้น จนมีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแต่ละชุด และมีการสังเกตการณ์เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยได้สาธิตย้อนกลับในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนพบว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและมีผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 สํารวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ก่อนพบผู้ป่วยจากเอกสารทางราชการที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล ตารางวันนัดพบแพทย์ เป็นต้น

2.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลจากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจไว้และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลในวันและเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

2.3 ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและประโยชน์ของการทำงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลที่แท้จริง และหากในระหว่างตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงบุคลิกภาพที่เป็นมิตรด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมให้ลงชื่อในใบยินยอม หากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนและลงชื่อในใบแสดงความยินยอมให้เรียบร้อย

2.5 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออกหรือมีปัญหาทางการมองเห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟังและ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

2.6 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน เช่น ถึงเวลาเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นเรียบร้อยแล้ว

2.7 เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง

2.8 หลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

2.9 ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 185 ชุด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา แหล่งที่พักอาศัย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดร่วม ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากการเสพยาบ้า ระบบบำบัด จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้านำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามมาตรวัดของข้อมูล

2. ศึกษาตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด และตัวแปรตาม ได้แก่ พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ โดยการวิเคราะห์สถิติเชิง

พรรณนา เช่น แจกแจงค่าความถี่ มัชฌิมฐาน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบสอบถาม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด โดยใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสามารถร่วมกันทำนายของตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.2 มีอายุระหว่าง 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.68 จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 42.2 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 86.5 ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.2 มีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,500 บาท มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากผู้ปกครองเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 60.5 บิตามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 65.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 54.6

2. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในอดีต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 68.6 โดยชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดก่อนการเสพยาบ้า คือ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 41.6 โดยมีอายุต่ำสุดที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 10 ปี และอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.20 ปี สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าถึงปัจจุบัน มีค่ามัธยฐาน คือ 25 เดือน ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้า นับถึงครั้งปัจจุบัน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 ครั้ง

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 77.3 ใช้สารเสพติดอื่นร่วมนอกเหนือจากยาบ้าในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 67.8 โดยสารเสพติดที่ใช้ร่วมมากที่สุด คือ บุหรี่

คิดเป็นร้อยละ 27.6 ความรุนแรงของเสพยาบ้าอยู่ในระยะยังคงเสพยา คิดเป็นร้อยละ 72.4 สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) สามารถเลิกเสพยาได้แล้ว คิดเป็นร้อยละ 60.2 ในกลุ่มวัยรุ่นที่หยุดเสพยาได้ มีระยะเวลาที่หยุดเสพยาได้ก่อนกลับมาเสพยา มีค่าต่ำสุด คือ 10 วัน และที่สามารถหยุดเสพยาได้นานที่สุด คือ 90 วัน โดยมีค่ามัธยฐานของจำนวนวันเฉลี่ย คือ 33.50 วัน สำหรับวัยรุ่นกลุ่มที่ยังมีการเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ นั้น พบว่ามีความถี่ในการเสพต่ำสุด คือ 1 ครั้ง/เดือน และสูงสุด คือ เสพทุกวัน หรือ 30 ครั้ง/เดือน มีค่ามัธยฐานจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เสพยาบ้า คือ 4.50 ครั้ง/เดือน ปริมาณยาบ้าที่ใช้ พบว่ามีจำนวนต่ำสุด คือ 1 เม็ด/เดือน และสูงสุด คือ 50 เม็ด/เดือน มีค่ามัธยฐานจำนวนเม็ดเฉลี่ยที่เสพ คือ 9 เม็ด/เดือน

4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบันและการใช้สารเสพติดของบุคคลใกล้เคียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 86.5 ไม่เคยมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจจากการเสพยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 81.4 ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 49.2 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยสารเสพติดที่ใช้หลายอย่างรวม คิดเป็นร้อยละ 8.1 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 74.6

5. พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48.11 มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก (Median= 169, S.D. = 22.3)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า มีดังนี้

6.1 ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

6.1.1 เพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.067$)

6.1.2 อายุที่เริ่มเสพยาบ้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.010$)

6.1.3 จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.043$)

6.1.4 การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.000$)

6.1.5 ความรุนแรงของการเสพยาบ้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=-.070$)

6.1.6 การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา พบว่าไม่มี

ความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r = -.098$)

6.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

6.2.1 การเผชิญความเครียด คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง และอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .617$ และ $.392$ ตามลำดับ)

6.2.2 ความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .391$)

6.2.3 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .323$)

6.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .292$)

6.3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

6.3.1 ภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.328$)

7. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้า โดยสามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 48.40 ($R^2 = .484$)

โดยมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (Z_y) = $.621$ (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + $.212$ (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + $.217$ (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - $.131$ (ภาวะซึมเศร้า)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยา จนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ สามารถอภิปรายตามประเด็นที่พบได้ ดังนี้

1. พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
3. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

1. พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

จากผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48.11 มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายในประเด็นต่างๆ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 48.11 มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.70 มีพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิด resilience นั้นประกอบด้วยหลายแนวคิดย่อย ทั้งที่มองว่าเป็นคุณลักษณะประจำตัวหรือคุณสมบัติถาวรของบุคคลที่ช่วยในการลดผลกระทบด้านลบจากความเครียดที่บุคคลเผชิญ และส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Waglid and Young, 1993; Jacelon, 1997) แต่แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในวัยรุ่นไทยที่นำมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานความคิดที่มองว่าพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ เป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง รวมถึงกระบวนการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันจนนำไปสู่การปรับตัวได้สำเร็จ (Allen, 1998; Dillon et al., 2007) โดยการมอง resilience ในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Waller (2001) ซึ่งกล่าวถึง resilience ในลักษณะของระบบที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม (ecosystem context) และอธิบายว่า resilience ไม่ใช่คุณสมบัติที่ถาวรของบุคคล แต่เป็นความสามารถที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดัน โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ระบบสังคมและสภาพแวดล้อม อันประกอบด้วย ครอบครัว กลุ่ม สถานบริการ ชุมชน และ

สังคม ด้วยเหตุนี้ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลจึงอาจเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์และบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากแนวคิด Resilience ดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายได้ว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจากการศึกษาทั้งสองเรื่องอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และแพทย์พัชร์ อุทิศ (2556) เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และถูกศาลสั่งให้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออก ซึ่งไม่ได้เกิดจากความต้องการการบำบัดของผู้ป่วยเอง และยังไม่มีความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาและเลิกเสพยาบ้า อาจทำให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเหล่านี้รู้สึกว่าการตนเองตกอยู่ในภาวะจำยอมที่ต้องเข้ารับการบำบัดตามที่กฎหมายกำหนด จึงขาดแรงจูงใจและรู้สึกว่าการตนเองมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้น้อย ส่งผลให้มีการรับรู้ว่าการตนเองมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ต่ำไปด้วย เนื่องจากแนวคิด resilience ถูกพัฒนามาจากคุณลักษณะสำคัญบางประการตามแนวคิดความเข้มแข็งในตน (hardiness) ของ Kobasa (1975) โดยเฉพาะคุณลักษณะในด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง (a sense of control over one's life)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ โดยจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ มีจำนวนถึง 143 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าระบบบังคับบำบัด ทั้งนี้เหตุผลหนึ่งอาจเนื่องจากประกาศของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ซึ่งมองว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย” จึงมุ่งให้โอกาสผู้เสพและผู้ติดยาบ้าได้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจโดยไม่ถือเป็นความผิดทางกฎหมาย ดังนั้น กลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจเหล่านี้จึงถือเป็นผู้มีแรงจูงใจในตนเองที่จะประสบผลสำเร็จกับผลการบำบัดยาบ้าตามที่ตั้งใจไว้ หรือเป็นผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง นั่นคือ เป็นผู้ที่มีความสามารถหรือศักยภาพในการปฏิบัติควบคุมตนเองอย่างมีสติและด้วยความตั้งใจเพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองไปสู่มาตรฐานที่พึงปรารถนา โดยใช้กลวิธีในการเผชิญกับความเครียดและภาวะกดดันที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ (Karaly, 1993) ดังนั้นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่สูง เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองดังกล่าวถือเป็นองค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญประการหนึ่งของพลังต้านการเสพยาเสพติด (Brown, 2007) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจส่วนใหญ่มีความต้องการและพยายามที่จะลด ละ เลิกยาเสพติดตั้งแต่

ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโดยมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรืองสิทธิ์ เนตรนวลใย และคณะ (2557) ที่พบว่าคนที่เยาวชนมีความตั้งใจ คิดและตัดสินใจเลิกเสพยาบ้าและสมัครใจเข้าสู่การบำบัดรักษาจนครบกระบวนการ มีแนวโน้มที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อังกูร ภัทรากกร และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจมีโอกาสเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัด 1.56 เท่า ดังนั้นการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่เกิดจากความพร้อม ความต้องการและความสมัครใจ ภายใต้สถานการณ์ที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้าต้องเผชิญ และสามารถควบคุมได้ จึงส่งผลต่อพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่สูงกว่า

นอกจากเหตุผลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองที่เชื่อมโยงกับระบบของการเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจแล้ว กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในการศึกษานี้เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดยาเสพติด ซึ่งเป็นหน่วยบริการในระดับตติยภูมิที่เป็นผู้นำด้านวิชาการสารเสพติด เป็นแหล่งพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม รูปแบบการบำบัดและสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการบำบัดรักษาผู้ติดยา รวมถึงเป็นแหล่งอบรมและผลิตบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีสัดส่วนที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการบำบัดอย่างครบถ้วนตามขั้นตอนแนวทางที่กำหนดไว้ (อังกูร ภัทรากกร และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558) คือ 1) การเตรียมก่อนการรักษา 2) การบำบัดด้วยยา (หรือการบำบัดเพื่อถอนพิษยา) 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) การติดตามหลังการรักษา ประมาณ 5-7 ครั้ง ภายใน 1 ปี ซึ่งการบำบัดในขั้นตอนที่ 3 นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมในลักษณะต่างๆ ควบคู่กันไปตามความเหมาะสมกับความรุนแรงของการเสพติด อาทิเช่น ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จะได้รับการให้ความรู้ และส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) รวมถึงการช่วยเหลือจากครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เป็นต้น ส่วนการบำบัดที่กลุ่มผู้เสพจะได้รับ ได้แก่ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI หรือ Motivation Enhancement Therapy: MET) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สำหรับการบำบัดในกลุ่มผู้ติดนั้น ประกอบด้วย การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Communication: TC) เป็นต้น ซึ่งการบำบัดรูปแบบต่างๆ ที่ได้รับเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เกิดทักษะชีวิตและความเชื่อมั่นในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อการจัดการกับการใช้สารเสพติดของตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งกระบวนการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังการบำบัดในขั้นตอนที่ 4 โดยใช้วิธีการต่างๆ ทั้งการนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา การติดตามผ่านโทรศัพท์ และช่องทางการสื่อสารรูปแบบอื่นๆ นอกจากจะเป็นการติดตามผลการรักษาแล้วยังเป็นการกระตุ้น

และย้ำเตือนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายของการบำบัดตามที่ตั้งใจไว้ และยังเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการป้องกันการเสพยาบ้าได้

นอกจากนี้โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เป็นทั้งหน่วยให้บริการบำบัดรักษาเฉพาะด้านสารเสพติด และหน่วยงานที่เป็นผู้นำด้านวิชาการทางสารเสพติด จึงเป็นแหล่งพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ของ บุคคลากรในโรงพยาบาลเองและผู้สนใจภายนอก จึงทำให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเหล่านี้มี โอกาสได้รับการบำบัดรักษา ให้การพยาบาลด้วยแนวคิดหรือรูปแบบใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ครบถ้วน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านความรู้และการพัฒนาทักษะในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และป้องกันการเสพยาบ้าเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่ม ตัวอย่างในครั้งนี้มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่สูงตามมา สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนา พลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) ซึ่งกล่าวว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด มีพลังด้านการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นนั้น ต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดได้รับรู้ข้อมูลหรือ ผลกระทบอันเกิดจากการใช้สารเสพติด ควบคู่ไปกับการได้รับการพัฒนาความสามารถให้เกิดทักษะ ชีวิตในการจัดการพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเองและการป้องกันการเสพยาบ้า ซึ่งจะนำไปสู่การ ได้รับความสามารถของตนเองและสามารถสร้างเป้าหมายในชีวิตจนนำมาสู่พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ สูงได้ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2559)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

2.1 ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

2.1.1 เพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (r = .067) ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) มองว่า Resilience to drug use เป็น กระบวนการหรือพลวัตรที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ มากกว่าที่จะเป็นคุณลักษณะประจำตัวหรือปัจจัยที่ เปลี่ยนแปลงไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Young et al. (2002) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับ Resilience to drug use นอกจากนี้การศึกษาของเพ็ญญา ปริญญาพล (2550) ยัง สนับสนุนว่าคะแนนความยืดหยุ่นและทนทาน (resilience) ในเพศหญิงและชายไม่มีความแตกต่างกัน โดยสอดคล้องกับการพยากรณ์ความยืดหยุ่นและทนทานของ Thompson (1998) ที่พบว่าระดับ ความยืดหยุ่นและทนทานของหญิงและชายไม่มีความแตกต่างกัน และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงมีความแตกต่างกันมาก โดยมีเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.2 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 10.8 ด้วยสัดส่วนที่ต่างกันมากอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพลังด้าน การเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

2.1.2 อายุที่เริ่มเสพยาบ้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.010$) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 15-16 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.6 และมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้า คือ 16.20 ปี ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันไม่มากและมีการกระจุกตัว จึงอาจไม่พบความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำได้ และจากแนวคิด resilience ที่มีลักษณะเชิงซ้อน มองว่าพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวหากแต่เป็นพลวัตหรือกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2554) ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเสพยาบ้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ

2.1.3 จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.043$) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 64.9 เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งแรก โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการบำบัดอยู่ที่ 1.62 ครั้ง ซึ่งนับว่ามีความแตกต่างของจำนวนครั้งระหว่างกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่บำบัดรักษากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) ที่พบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษามีผลต่อพฤติกรรมการกลับไปเสพยาซ้ำของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

2.1.4 การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=.000$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Denton and Kampfe (1994); Hoffmann and Su (1998) ที่พบว่าในระยะแรกของการเริ่มใช้สารเสพติดของวัยรุ่นนั้นมักได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน (Li et al., 2002; Boyle et al., 2001) แต่เมื่อมีการใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลาอันยาวนานความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดและครอบครัวจะลดลง โดยอิทธิพลส่วนใหญ่จะมาจากกลุ่มเพื่อนแทน ดังผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดด้วยสูงถึงร้อยละ 74.6

2.1.5 ความรุนแรงของการเสพยาบ้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ($r=-.070$) เนื่องจากระดับความรุนแรงของการเสพยาบ้าเป็นการประเมินตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าก่อนการเข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบันว่าตนเองเสพยาบ้าอยู่ในระยะใด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองอยู่ในระยะคงเสพยา คิดเป็นร้อยละ 72.4 ซึ่งระยะคงเสพยา หมายถึง ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพจะยังคงใช้สารนี้ไปเรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป เนื่องจากระยะของความรุนแรงของการเสพยาบ้าเป็นการประเมินก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดจึงไม่ส่งผลกระทบต่อพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่าความรุนแรงของ

การเสพยาบ้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

2.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

2.2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .587$) ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะต่างๆ ด้วยตนเองในขณะที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้า ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองนับเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและจัดการแก้ไขความเครียดที่สาเหตุของปัญหาโดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพของตนเองเป็นสิ่งที่สะท้อนว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำที่เข้มแข็งในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการเสพยาด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและมีอารมณ์ที่มั่นคง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54$)

2.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .432$) ทั้งนี้จากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ให้คำนิยามของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ว่าหมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา เช่น การขอความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร ขอคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา เพื่อนครู และผู้ให้การบำบัด เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น อีกทั้งการมีแหล่งทรัพยากรสนับสนุน เช่น ทรัพย์สิน เงินทอง หรือสิ่งของต่างๆ ที่สามารถใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ย่อมทำให้วัยรุ่นมีทางเลือกที่หลากหลายในการจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งทรัพยากรที่ตนเองได้รับการสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา อินธิโชติ (2545) ที่พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุขจะเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรม การปรับตัวที่เหมาะสม จะทำให้วัยรุ่นทราบแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ไม่รู้สึกถูกละเมิดทำ

ให้เกิดกำลังใจในการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน อื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ($r=.35$)

ส่วนการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดย Marlatt and Gordon (1985) อธิบายว่า การที่ บุคคลขาดทรัพยากรในการเผชิญความเครียด (poor coping resources) จะมีแนวโน้มใช้การเผชิญ ความเครียดแบบไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ส่งผลให้เกิดการกลับมา เสพซ้ำได้ และ Frydenberg and Lewis (1997) ยังกล่าวต่อว่า การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง ปัญหา เป็นวิธีการหลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การกระทำที่ลดความตึงเครียดแต่ ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การตำหนิหรือโทษตนเอง หรือหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับความจริง เป็นต้น จึงเป็นการสะท้อนถึงการขาดความสามารถในการเผชิญกับความเครียด (Lazarus and Folkman, 1984) แต่เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดได้รับคำปรึกษา แนะนำ รวมถึงการทำครอบครัว บำบัด ทำให้วัยรุ่นมีแนวทางในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และส่วนใหญ่ ครอบครัวต้องการให้มาบำบัด จึงทำให้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถเผชิญ ความเครียดได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำอีก

2.2.3 ความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลัง ด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r= .391$) เนื่องจาก ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุด ถ้าครอบครัวมีความเข้าใจ ยอมรับและให้ อภัย จะทำให้วัยรุ่นเกิดพลังในการที่จะเลิกเสพยาบ้า ทั้งนี้โดยอาศัยความเข้มแข็งของครอบครัวใน การประคับประคอง และช่วยเหลือจนวัยรุ่นสามารถผ่านพ้นวิกฤติหรือสถานการณ์เสี่ยงต่างๆได้ โดยที่ ความเข้มแข็งของครอบครัวเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว การพูดคุย ปรึกษาหารือ การทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกครัวเรือน รวมทั้งเป็นครอบครัวที่มีอารมณ์แจ่มใส ร่าเริง ไม่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (บังอร เทพเทียน และคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วัลย์ สุรินยา (2551) ที่พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นเกราะทำให้ความเครียด หรือปัญหาต่างๆ ที่มากระทบครอบครัวเบาบางลง ซึ่งมีส่วนทำให้ครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกใน ครอบครัวและเป็นภูมิคุ้มกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวได้ ส่งผลให้สมาชิกใน ครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการปกป้อง ดูแล คุ้มครอง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิต

2.2.4 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.323$)

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่ใกล้ชิดและเข้าใจตนเองตามความรู้สึกของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าว่าเพื่อนสามารถตอบสนองความต้องการ เช่น การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนที่ดีสามารถชักนำให้บรรลุถึงเป้าหมายและความสามารถในการปรับตัวได้อย่างดีภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันต่างๆ ในชีวิตได้ (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bao, Whit beck and Hoyt (2000) ที่พบว่าเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก การได้รับการยอมรับจากเพื่อนจะมีผลต่อวัยรุ่น โดยมิตรภาพที่เกิดขึ้นนำไปสู่การมีพัฒนาการที่ดีและมีความสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ Meschke and Patterson (2003) ยังเสนอว่าควรมีการใช้แรงสนับสนุนทางบวกจากกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดพลังต้านต่อการเสพยาเสพติด

2.2.5 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.292$) เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกและทัศนคติที่บุคคลประเมินและรับรู้ตนเองว่ามีคุณค่า มีความเข้มแข็ง และความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ หรือมีศักยภาพจนสามารถประสบความสำเร็จทั้งในเรื่องการทำงาน การเรียน และเรื่องอื่นๆ จนนำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเอง (Rosenberg, 1965) ดังนั้นบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งรับรู้คุณค่าในตนเอง จะเป็นผู้ที่ยอมรับกับปัญหาการเสพยาบ้าที่ตนเองเผชิญอยู่ และรู้สึกว่าตนเองควรเข้ารับการบำบัดเพื่อการมีคุณภาพชีวิตและอนาคตที่ดีขึ้นในภายภาคหน้า จึงมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นความยากลำบากในขณะบำบัดรักษาการเสพยาบ้าไปได้ ทำให้วัยรุ่นมีทางเลือกในการแสวงหาความสุขในชีวิตได้โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งยาบ้า ส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเหล่านี้มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่เข้มแข็งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ (2558) ที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่ง (resilience) ในชีวิตวัยรุ่นด้วยเช่นกัน

2.2.6 ภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.328$) เนื่องจากผู้เสพยาบ้ามักมีภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเป็นทั้งต้นเหตุหรือผลลัพธ์จากการเสพยา ดังผลการศึกษาของพันธุภา

กิตติรัตน์ไพบุลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2556) พบว่าร้อยละ 60 ของผู้เสพยาบ้ามีภาวะผิดปกติของ อารมณ์และพบมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า และจากการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมายังพบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (วาสนา พัฒนกำจร, 2541; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และ คณะ, 2550; วราภรณ์ รักษ์งาน และคณะ, 2556) โดยภาวะซึมเศร้าจะมีอาการที่รุนแรงมากในช่วง หยุดเสพยา (withdraw) และจะรู้สึกดีขึ้นมากหลังเสพยาและมีความรู้สึกอยากยาสูงมากทำให้คงการ เสพอย่างต่อเนื่อง และในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวลและไม่สามารถ จัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเองได้อย่างเหมาะสมก็มักจะหันมาใช้วิธีการเสพยาบ้าเป็นทางออกโดย ไม่แสวงหาวิธีการอื่นๆ (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2542) ซึ่งเป็นการใช้วิธีการเผชิญความเครียด แบบไม่เหมาะสม โดยการหลีกเลี่ยงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และกลับมาเสพยาซ้ำเพื่อช่วยลดอาการ ซึมเศร้า สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความสามารถในการเผชิญกับความเครียด (Lazarus and Folkman, 1984) และบกพร่องในการควบคุมตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีภาวะซึมเศร้า เหล่านี้มีพลังต้านการเสพยาซ้ำที่ต่ำได้ และจากการศึกษาของ Dishion and Connell (2006) ที่ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมตนเองต่อภาวะซึมเศร้า สนับสนุนว่าการควบคุมตนเองเป็น เครื่องวัด resilience ในวัยรุ่น ถ้าวัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมตนเอง สร้างกฎระเบียบด้วย ตนเองได้ จะช่วยลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ (2558) ที่พบว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมี แนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนในการทำนายพลังต้านการเสพยาซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพลังต้านการเสพยาซ้ำได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้า โดยการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองได้รับเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับ แรก และสามารถทำนายพลังต้านการเสพยาซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้มากที่สุด ร้อยละ 38.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ .621 ($p=.000$) ซึ่งการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองได้รับเลือกเข้าสู่ สมการเป็นอันดับแรก นั้นเนื่องจาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาซ้ำใน ระดับสูง ($r=.617$) สอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พลังต้านการเสพยาซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในระดับปานกลาง ($r=.541$) ซึ่งการเผชิญความเครียดวิธีนี้

เปรียบเทียบการแก้ไขสาเหตุของปัญหาหรือความเครียดให้ลดลงหรือหมดไป ย่อมจะส่งผลให้วัยรุ่นที่มีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง ดังแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและมีอารมณ์ที่มั่นคง ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองจึงสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

ลำดับถัดมาคือ ความเข้มแข็งของครอบครัวได้รับเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 2 และเพิ่มความสามารถในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 4.0 นั่นคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง และความเข้มแข็งของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 42.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ .212 ($p=.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman and Cerbone (2002) ที่พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัว สามารถยับยั้งพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นและทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่ามีพลังที่คอยผลักดัน และคอยประคับประคองจากคนใกล้ชิด ทำให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคและสถานการณ์ที่กีดกันไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วัลย์ สุรินยา (2551) ที่พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นเกราะที่ทำให้ความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ที่มากระทบครอบครัวเบาบางลง ซึ่งมีส่วนทำให้ครอบครัวสามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวและเป็นภูมิคุ้มกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับสมาชิกได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการปกป้องดูแลคุ้มครอง ส่งผลต่อการพัฒนาจิตใจและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ความเข้มแข็งของครอบครัวเกิดจากการที่ครอบครัวแสดงความรักและการเอาใจใส่ดูแล การเข้าใจซึ่งกันและกัน การอยู่พร้อมหน้ากันของครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การแสดงความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว การให้โอกาสการทำงาน จะช่วยเพิ่มพลังด้านการเสพยาเสพติด ในขณะที่วัยรุ่นถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแล ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกัน ขาดความรักความเข้าใจในครอบครัว เวลามีปัญหาพ่อแม่ไม่มีเวลาให้คำปรึกษา จึงไปปรึกษาเพื่อนและใช้ยาเสพติดเป็นทางออกในที่สุด นอกจากนี้การได้รับความอบอุ่นที่ไม่สม่ำเสมอ การอบรมเลี้ยงดูแบบไม่มีกฎเกณฑ์ ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปเสพยาซ้ำหลังจากรับการบำบัด ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาล้วนสะท้อนถึงการขาดความเข้มแข็งของครอบครัวทั้งสิ้น ด้วยเหตุนี้ตัวแปรความเข้มแข็งของครอบครัว จึงสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนได้รับเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 3 และเพิ่มความสามารถในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 4.3 นั่นคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 46.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย

มาตรฐาน (beta) เท่ากับ .217 ($p=.000$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ($r=.309$) ด้วยเหตุนี้ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนจึงสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

ภาวะซึมเศร้าได้รับเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับสุดท้าย และเพิ่มความสามารถในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 1.5 นั่นคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 48.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ -.131 ($p=.025$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman and Cerbone (2002) และ Hofler and Perkonig (1999) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อเสพยาเสพติด และสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล (2556) ที่พบว่าผู้เสพยาบ้ามากกว่าร้อยละ 60 มีภาวะผิดปกติของอารมณ์และพบในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า โดยผู้เสพยาบ้ามีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่แสดงอาการออกกมาอย่างชัดเจน ซึ่งผู้เสพยาจะรู้สึกดีขึ้นหลังจากเสพยาบ้าและมีความรู้สึกอยากยาสูงมากทำให้เกิดการเสพยาอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) ที่พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวล มักจะหันมาเสพยาบ้า และสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาที่พบว่าวัยรุ่นเสพยาบ้าจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (วาสนา พัฒนกำจร, 2541; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550; วรางคณา รักษา งานและคณะ, 2556) และในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวลและไม่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าของตนเองได้อย่างเหมาะสมก็มักจะหันมาใช้วิธีเสพยาเป็นทางออกโดยไม่แสวงหาวิธีการอื่นๆ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2542) และจากการศึกษาเชิงแกร่งในชีวิต (resilience) กับภาวะซึมเศร้าพบว่าบุคคลที่มีความเข้มแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศนาศรี ทวีคุณ, 2558) ด้วยเหตุนี้ ตัวแปรภาวะซึมเศร้าจึงสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

สรุปว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ร้อยละ 48.40 ($R^2 = .484$) โดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสามารถในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้มากที่สุด รองลงมา คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว ถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และสุดท้าย คือ ภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ และสามารถนำมาสร้างเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (Z_y) = .621 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + .212 (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + .217(การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - .131(ภาวะซึมเศร้า)

จากสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนในการทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าพบว่า เมื่อการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพิ่มขึ้น .621 หน่วยมาตรฐาน และเมื่อความเข้มแข็งของครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพิ่มขึ้น .212 หน่วยมาตรฐาน และเมื่อการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพิ่มขึ้น .217 หน่วยมาตรฐาน และเมื่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบัาลดลง .131 หน่วยมาตรฐาน

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ คือ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหาเมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้นแล้วพบว่าตัวแปรดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ จึงไม่ได้ถูกเลือกเข้าสู่สมการทำนาย ส่วนตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองถึงแม้จะมีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ทั้งนี้จากการศึกษาของหยกฟ้า อิศรานนท์ (2553) พบว่า การเห็นคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) นั้นแบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ การเห็นคุณค่าแห่งตนที่รับรู้ (Explicit self-esteem) หมายถึง การประเมินตนเองตามการรับรู้ของบุคคล และการเห็นคุณค่าแห่งตนโดยนัย (Implicit self-esteem) หมายถึง การประเมินตนเองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติภายใต้กระบวนการจิตไร้สำนึก โดยไม่ได้ตระหนักว่าตนเองกำลังประเมินสิ่งใดอยู่ และมีข้อค้นพบสำคัญคือ ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าแห่งตนโดยนัยสูงแต่การเห็นคุณค่าแห่งตนที่รับรู้ต่ำจะมีความสุขน้อย หรือไม่มีเลย เนื่องจากเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าแต่ไม่สามารถแสดงออกได้ในแบบที่เชื่อได้ จึงมักชวนหาหาสิ่งของต่างๆ รวมถึงการใช้ยาเสพติดเพื่อให้ตนเองสมบูรณ์แบบ ซึ่งอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนว่าการเห็นคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้านั้น มีอยู่หลายปัจจัยทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ซึ่งจากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้จากมากไปหาน้อยมี 4 ตัวแปร ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำนั้นต้องใช้ทั้งความสามารถหรือศักยภาพของตัวของบุคคล ร่วมกับการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และสังคม ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าให้มีประสิทธิภาพและคงทนต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาอีก

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในคั้งนี้ พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นควรนำข้อมูลที่พบในการวิจัยคั้งนี้มาใช้ การวางแผนการพยาบาล การกำหนดนโยบาย และการวิจัยในคั้งต่อไป ซึ่งสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้คั้งนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้สูงสุด ซึ่งการเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้มุ่งเน้นการแก้ไขที่สาเหตุของความเครียด เป็นการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่วัยรุ่นได้รับคำแนะนำ ความรู้ ข้อมูล ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรือบุคคลใกล้ชิด ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจและเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งพาสาเสพติด ทำให้เกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลในข้อนี้คือ ควรมีการนำกระบวนการพยาบาลเข้ามาช่วยในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลหรือกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันหรือกับสถานการณ์ที่กดดันหรือเสี่ยง

ต่อการเสพยาได้ ก็จะช่วยให้เกิดพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่เข้มแข็ง ป้องกันการกลับไปเสพยา และ สามารถเลิกเสพยาได้ในที่สุด

1.2 ผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถร่วมทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ ซึ่งครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักที่มีความใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุด มีหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ชัดเภา สนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญกับวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด วัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพื่อช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบต่อสมาชิกในขณะที่ยอมรับรับการบำบัดรักษายาเสพติด ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็ง มีความรู้ความสามารถในการจัดการ ดูแล ติดตาม ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกที่เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา

1.3 ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสามารถร่วมทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ เนื่องจากเพื่อนเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลกับวัยรุ่นมาก ถ้าวัยรุ่นรู้จักเลือกคบเพื่อนที่ดี ไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด คอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การเรียน การทำงาน ย่อมทำให้วัยรุ่นคนนั้นมีอนาคตที่สดใส ในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด ย่อมถูกชักชวนไปในทางที่ไม่ดี และนำไปสู่การเสพยาในที่สุด พยาบาลควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของเพื่อนหรือแม้กระทั่งเพื่อนที่เคยเสพพาดด้วยกันแต่ได้รับการบำบัดจนสามารถเลิกเสพยาได้สำเร็จ มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่เข้มแข็ง มาเป็นจิตอาสาพาเพื่อนบำบัด หรือสนับสนุนให้เพื่อนเข้าสู่กระบวนการบำบัด โดยอาจจะทำในรูปแบบของโปรแกรมแผนงานหรือโครงการขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถานที่ให้บริการ

1.4 ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ เพราะภาวะซึมเศร้าพบได้ในผู้เสพพาสวมถึงยาบ้า และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเสพพาสวมถึงยาบ้าทุกราย เพื่อจะได้หาแนวทางป้องกันและบำบัดรักษาที่เหมาะสม เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

1.5 ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่เริ่มใช้สารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำมาสู่การเสพยาบ้าในที่สุด ดังนั้นควรมีการส่งเสริมพลังต้านการเสพพาสวมถึงยาเสพติดในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเสพพาสวมถึงยาเสพติดที่รุนแรงในอนาคต เช่น การรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา เป็นต้น

2. ด้านการกำหนดนโยบาย

2.1 ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านวิชาการ และการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เช่น นำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัย ในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการพัฒนาหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบทของ สังคมไทยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้

2.2 ควรมีการนำแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ไปใช้เพื่อคัด กรองและจำแนกวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำที่ต่างกัน และให้การพยาบาล ตามความเสี่ยงที่พบ

2.3 ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ มาใช้ในการพัฒนาระบบดูแลวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพื่อให้เกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ โดยอาจทำในรูปแบบของแนวปฏิบัติ (Practice Guideline) ใช้ สำหรับการดูแลวัยรุ่นที่เสพยาบ้าให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

3. การทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้า ซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้ประมาณ ร้อยละ 48.40 ($R^2 = .484$) แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกที่ สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้าน อื่นๆ

3.2 การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและ ระบบบังคับบำบัดเท่านั้นซึ่งมีความง่ายในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง แต่ยังขาดการศึกษาในระบบ ต้องโทษ ซึ่งผลของพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอาจมีความแตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมใน ประเด็นของระบบบำบัดให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบ

3.3 ควรมีการศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มประชากรอื่นนอกเหนือจาก วัยรุ่นที่เสพยาบ้า และควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลในการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง เพื่อ เพิ่มพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำให้สูงขึ้น ช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำต่อไป

3.4 ควรมีการศึกษาพลังด้านการเสพยาเสพติดในสารเสพติดชนิดอื่น เช่น เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ บุหรี่ กัญชา รวมถึงยาเสพติดที่ระบาดใหม่ในวัยรุ่น เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันยาเสพติดแบบครบวงจรส่งผลให้ประเทศไทยกลายเป็นประเทศสีขาวปราศจากยา เสพติดอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการกระจายของคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่น
ที่เสพยาบ้าไม่เป็นโค้งปกติ โดยส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับมากถึงมากที่สุด ถึงกว่าร้อยละ 83 ทั้งนี้
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัด จึงอาจมีการรับรู้และประเมินตนเองว่า
มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก



รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2559). รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษา กรมการแพทย์ ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2559. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2559, จากเว็บไซต์ <http://antidrug.moph.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). รายงานทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและการเสริมทักษะชีวิตและการให้คำปรึกษา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอัตต ยึด ลู่ ในชุมชน. นนทบุรี:สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือผู้ปฏิบัติงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยาเสพติด (บสต) ปีงบประมาณ 2559. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2559, จากเว็บไซต์ <http://antidrug.moph.go.th>.
- กรวิภา บุญสะอาด และปราณี ศิริภูธร. (2544). เงื่อนไขการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยวัยรุ่นชายที่ใช้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กึ่งกาญจน์ จงสุขไกล และคณะ. (2555). การพัฒนาองค์ความรู้สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มวิจัยเด็ก เยาวชนและสิ่งเสพติด. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กึ่งกาญจน์ จงสุขไกล และนเรนทร์ ตุนทกกิจ. (2556). การศึกษาการกระทำผิดซ้ำเกี่ยวกับยาเสพติดของกลุ่มเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนและศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนในพื้นที่ภาคตะวันออก. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครองคณา สีขาว. (2549). เชาวอารมณ์ ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค และพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสนามจันทร์จังหวัด นครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรรยาพร เจียมเจริญกุล และนิตา ลีสมสุวรรณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

- ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(4): 253-263.
- จิตาภา พวงเพชร. (2541). *บุคลิกภาพของผู้เสพยาบ้าที่มารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ลิ้มนิจรกุล. (2546). *ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการเสพติดสารแอมเฟตามีนในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำเนียร สุรวรางกูร. (2552). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และสุกมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1): 24-38.
- ฉัตรทิพย์ ชุมพงษ์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางอารมณ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ. (2553). ประสบการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 6(1): 81-94.
- ชมนาด มโนไพบุลย์ และคณะ. (2545). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในวัยรุ่นไทย จังหวัดเชียงราย: ผลการศึกษาจากการตอบแบบสอบถามผ่านจอคอมพิวเตอร์และการตรวจปัสสาวะ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(2): 188-198.
- ชยันตร์ธร ปทุมานันท์, ชไมพร ทวีชศรี และรังสรรค์ วรวงศ์. (2542). ลักษณะทางจิตสังคมที่คาดคะเนการติดสารเสพติด. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 30(2): 1-12.
- ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1): 82-96.
- ช่อกิ่ง ชูครุฑ. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดยาอื่นที่เข้ารับการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีวัยรุ่นชายในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐิติวี แก้วพรสวรรค์ และเบญจพร ตันตสุติ. (2555). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4): 395-402.

ณิชากัทร รุจิรดาพร และอุมาพร ตรังคสมบัติ. (2552). ภาวะซึมเศร้าของเด็กมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4): 337-346.

ดวงกมล ทองอยู่. (2557). แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์*, 4(2): 179-190.

เดชา ศิริเจริญ. (2552). เด็กกับอิทธิพลของครอบครัว. *วารสารวิชาการนิติศาสตร์*, 2(3), 51-54.

ทวีพร วิสุทธีมรรค. (2544). “*เกสรชีวิตของยาและสารเสพติด*”. ในตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วัชรอินเตอร์พริ้นซ์ตั้ง.

ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2551). ความเข้มแข็งของครอบครัว : มุมมองทางจิตวิทยา. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 34(2) : 22-39.

ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ : สหมิตร-พริ้นตั้ง.

ธนวรรณ อุดมมีชัย. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ต้องขัง : กรณีศึกษาเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.

ธนวรรณ อาชารัฐ. (2538). *ภูมิหลัง ความรู้ ทักษะชีวิต และการใช้สารเสพติดของผู้ที่ติดสารเสพติดที่มารับการบำบัด ณ โรงพยาบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธนิดา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพย์กุล และธณชัย คงสกันธ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2): 157-164.

ธีระพล บุญธรรม. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของนักศึกษาในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- นภชนก สุขประเสริฐ. (2553). *ประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิและการฟื้นฟูพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547 : การศึกษาแบบผสมวิธี*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤกร ธรรมเกษม. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบำบัดรักษาของผู้เสพยาบ้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2552). *ทฤษฎีความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง*. คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิมิต รัศมี. (2544). *แนวทางการป้องกันปราบปรามการเสพยาบ้าของนักเรียนแผนกช่างยนต์ วิทยาลัยเทคนิคเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาชีวศึกษา บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรุจน์ อุทธา และคณะ. (2548). *การสำรวจอัตราการเสพซ้ำและการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้า ของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย*. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด ขอนแก่น สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นุจิรา สารถ้อย. (2547). *กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเยาวชนที่มา จากครอบครัวเกษตรกร บ้านร่องเผียว จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). *ระบอบวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2541). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา อินธิโชติ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็งและการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้าแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินวัตกรรมวัด เชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรินทร์ หลิมสุนทร. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยึดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุม ชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ พฤติกรรมการเสพสารเสพติดของวัยรุ่นสลัมที่*

- เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บ้งอร เทพเทียน และคณะ. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับครอบครัวเข้มแข็ง. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 6(2): 25-38.
- ประธาน รัชตจำรุณ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจกับการติดยาเสพติดในของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต.
- ปราณีพร บุญเรือง. (2545). ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมปัญหาของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรียาพรรณ เพชรปราณี. (2554). Methamphetamine. *วารสารนิติเวชศาสตร์*, 4(1): 66-72.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์. (2545). กลไกทางจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเยาวชนที่ถูกจับเนื่องจากเสพยาบ้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(1): 20-29.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด (*Textbook of Addiction Psychiatry*). กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.
- พิสิฐ ปั่นทอง. (2548). ความพร้อมของบุคลากรในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด:ศึกษาระณีศูนย์วิวัฒน์พลเมือง (บังคับบำบัด) กองพลทหารราบที่ 9. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. (2545). *ราชกิจจานุเบกษา*, 119(96ก): 23-30.
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. (2545). *พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2445*. *ราชกิจจานุเบกษา*, 117(111ก).
- พรรณภา เรื่องกิจ, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และจุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2554). ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการใช้สารแอมเฟตามีนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดปทุมธานี: กรณีศึกษา

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4): 543-548.
- พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับและระบบสมัครใจ*. กรุงเทพฯ: บอรรน ทู ปี พับลิชชิ่ง.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ. (2559). *รายงานการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญภา ปริญญาพล. (2550). ความยืดหยุ่นและทนทานของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์*, 13(2): 137-153.
- พันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2542). ยาบ้าและการรักษา. *วารสารสวนปรุง*, 15(2): 37-51.
- พันธ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และบุญศิริ จันทศิริมงคล (บรรณาธิการ). (2555). *คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: โปรแกรมการดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ฉบับทดลองนำร่อง)*. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3): 430-443.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- ภาวิณี อยู่ประเสริฐ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรภร ปริตาคักดิ์ และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้บำบัดยาเสพติดที่มารับบริการในสถานพยาบาล จังหวัดสตูล. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 5(2): 171-193.
- มธุรส สว่างบำรุง และคณะ. (2548). *พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคเหนือตอนบน*. กรุงเทพฯ: ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.

- มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2): 85-98.
- มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1): 57-75.
- มานพ คณะโต. (2551). *โครงการศึกษาสถานการณ์และการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เมธิยา เกิดผล แต่งรัตน. (2556). *การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธนา มุ่งสมัคร. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของการใช้ยาบ้าในวัยรุ่น อ. บ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ*. การประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (12-15 สิงหาคม 2546 จังหวัดชลบุรี).
- โยธิน ปอยสูงเนิน. (2543). *ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้ากลับซ้ำของนักเรียนที่เข้ารับการรักษา.ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักชนก คชไกร (2541). *ความเครียด บุคลิกเข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชดา ไชโยธา. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อปัจจัยควบคุมภายในและภายนอกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ถูกควบคุมความประพฤติในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ Nursing research: concepts to application*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลลิตา เดชาวุธ. (2548). *ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ลัดดาวัลย์ ฉินประสิทธิ์ชัย. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาบ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วันัญญา แก้วแก้วปาน และอรุณพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. (2552). พฤติกรรมอาชญากรรมกับประวัติการใช้ยาเสพติดของเยาวชนในสถานสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (บ้านกรุณา). *จุฬาลงกรณ์วารสาร*, 53(5): 413-425.
- วรัญญา จิตรผ่อง. (2552). *ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรางคณา รักษ์งาน และคณะ. (2556). การศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์. *วารสารวิชาการเสพติด*, 1(1): 6-14.
- วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3): 42-60.
- วิทย์ เทียงบูรณธรรม. (2531). *ตำรายาเสพติด*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วิทยา ปฐมนิละ. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) ของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ ปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิญญู ชะนะกุล, รวิวรรณ ศรีสุชาติ และปรุจจิต เพ็งวัน. (2544). *คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจสำหรับผู้เสพติดยาบ้า*. นครสวรรค์: โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์.
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (2543). *ยาบ้า: มหันตภัยข้ามสหัสวรรษ*. กรุงเทพฯ: อีระการพิมพ์.
- วิรัช จินตนาวรรณ. (2542). *สาเหตุการเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชนในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีณา มิ่งเมือง. (2540). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการคำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วาสนา พัฒนกำจร. (2541). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียนนักศึกษาใน จังหวัดราชบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(4): 345-357.
- วันเพ็ญ ใจปทุม, สภากรณีย์ สายแสงทอง และศศลักษณ์ กล้าโพธิ์. (2544). *การรับรู้และการช่วยเหลือ ของพ่อแม่ที่มีบุตรชายวัยรุ่นเสพยาบ้า*. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- ศุภร ชินะเกตุ. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับ ประถมศึกษาปีที่ ๖ สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศุภชัย ตู่กลาง. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน ขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3): 283-294.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. (2551). บทความพินพิววิชาการความสามารถยื่น ภัยดเมฆิฏวิกฤต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3): 190-198.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2556). ยาและผู้หญิงติดยาความหมายของการใช้สารเสพติด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4): 407-420.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสมบัติ บุญเมือง. (2527). “การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีผลต่อการติดยาเสพติดของวัยรุ่น” รายงานการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2553). *รายงานสถิติประจำปี 2553*. ปทุมธานี: กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2559). *จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์ จำแนกตามปีงบประมาณ 2555-2559*. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2559, จากเว็บไซต์ <http://www.thanyarak.go.th>.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2552). *สุขภาพคนไทย 2552 เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษยและหยุด ความรุนแรง*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ. (2544). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราสภาพแวดล้อมทาง ครอบครัวและสังคมผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา*. ปทุมธานี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2554). พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3): 48-56.

- สุจิตตา ฤทธิมนตรี และมานพ คณะโต. (2557). พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติดผิดกฎหมายในวัยรุ่น และผลกระทบต่อด้านสุขภาพ. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(2): 57-67.
- สุชา จันทร์เอม. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ เลาบรียัตร์. (2544). *ทางรอด: วิกฤตและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า*. กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุดารัตน หนูหอม. (2544). *อิทธิพลของเขาวารมณที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภาพร ณะชานันท์. (2548). *อิทธิพลของมาตรการป้องกันสิ่งเสพติดในโรงเรียน และครอบครัวกับความผูกพันทางสังคมที่มีต่อการป้องกันสิ่งเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตกรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิ บัณฑิต, สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุภาพรณ โคตรจรัส. (2545). *ความเครียดและการจัดการกับความเครียด. ในจิตวิทยาเพื่อคุณ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรวัดน์ คุวิเศษแสง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคต และการควบคุมตนเองกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2556). *ทบทวนองค์ความรู้การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดยา สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Pharmacological Treatment in Methamphetamine Abusers)*. เชียงใหม่: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน.
- สราลีวรรณ ทับทิว. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา: ศึกษาเฉพาะกรณีในอำเภอนาดัง จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏเลย.

- สุลินดา จันทรเสนา. (2549). *ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณี แสงอาทิตย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ. (2559). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1): 39-45.
- เสาวนีย์ สำนวน. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียดการเผชิญความเครียดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าขณะรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2557). *สถิติการบำบัดรักษายาเสพติดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- สำเนา นิลบรรพ์. (2559). *ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน*. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(1): 193-207.
- โสฬรรณ อินทสิทธิ์. (2554). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันปรามพฤติกรรมการเสพลิงเสพติดของวัยรุ่น*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชุมชน สำนักบริหารและการพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- โสฬรรณ อินทสิทธิ์. (2554). *กระบวนการและความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- หยกฟ้า อิศรานนท์. (2552). *อิทธิพลของบุคลิกภาพแบบหลงตนเองและความไม่สอดคล้องของการเห็นคุณค่าแห่งตนโดยนัยและการเห็นคุณค่าแห่งตนที่รับรู้ต่อสุขภาวะทางจิต : การวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรกำกับและตัวแปรส่งผ่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังกูร ภัทรกร. (2545). *พื้นฐานทางจิตเวชในผู้ป่วยติดยาเสพติด*. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.

- อังกูร ภัทรากร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). เปรียบเทียบผลการบำบัด พื้นฟูสมรรถภาพแบบ เข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับ บำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1): 71-81.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. *วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4): 371-384.
- อัญชลี โตเอี่ยม. (2559). *ปัจจัยทำนายการเสพแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด*. เอกสาร เผยแพร่ในการประชุมสวนสุนันทาวิชาการระดับชาติ “การวิจัยเพื่อการพัฒนาอย่าง ยั่งยืน” ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2559: ม.ป.ท.
- อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ และคณะ. (2544). ความภาคภูมิใจแห่งตนและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ใช้ ยาบ้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(1): 3-12.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2549). *ความรู้เรื่องยาบ้า (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ร.ส.พ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ชันต์การพิมพ์.
- อรพิน กลิ่นพยุร, อำนาจ พิพัฒน์พิทยาสกุล และมาลี จิรวัดนานนท์. (2553). *สภาพการดำเนินชีวิต ครอบครัวเด็กกตัญญูเสพติดและบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว*. เอกสารประกอบงาน ประชุมวิชาการครอบครัวศึกษา ปี 2553 “ร่วมคิด ร่วมเรียนรู้สู่วิกฤตครอบครัวไทย” .11 - 12 กุมภาพันธ์ 2553 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรสา จูภัทรนากุล. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ มติสร้างสรรค์ พฤติกรรมการเผชิญ ปัญหา กับผลการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรัญญา แพบู้. (2545). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางจิตสังคมวัยรุ่นชายที่ได้รับการ บำบัดรักษาการติดยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ. (2550). *ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ*. กรุงเทพฯ: ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.

- อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ. (2556). *การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- อารยา ด่านพานิช. (2542). *การศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของเยาวชนผู้กระทำผิดชายและหญิงในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Ahern et al. (2006). A Review of instruments measuring resilience. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29: 103-125.
- Alperstein, G., Raman, S. (2003). Promoting mental health and emotional well-being among children and youth: a role for community child health? *Child: care, Health and Development*, 29(4): 269-274.
- Allen, C. S. (1998). Ecological Resilience, Biodiversity, and Scale. *Ecosystems*, 1: 6-18.
- Bahr, S. J., Marcos, A. C. and Maughan, S. L. (1995). Family, educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 56: 457-469.
- Bao, W., Whitbeck, L. and Hoyt, D. (2000). Life stressors, social support networks, and depressive symptoms among homeless and runaway adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 41: 408-420.
- Berndt, T. J. and Savin-Williams, R. C. (1993). *Peer relations and friendships*. In Tolan, P. H. and Cohler, B. (Eds.), *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. New York: John Wiley.
- Birmaher et al. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc*, 46:1503-26.
- Brown, G. (2007). *Identifying and exploring young people's experiences of risk, protective factors and resilience to drug use*. Home Office Development and Practice Reports are produced by the Research. Retrieved October 1, 2015 form: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pubsintro1.html>.

- Boyle, M. H., Sanford, M., Szatmari, P. (2001). Familial influences on substance misuse by adolescents and young adults. *Canadian Journal of Public Health*, 92: 206-209.
- Braverman, M. (1996). "Research on resilience and its implications for tobacco prevention". *Nicotine and Tobacco Research*, 1: S67-S72.
- Brook et al. (2001). "Risk Factors for Adolescent Marijuana Use Across Cultures and Across Time". *Journal of Genetic Psychology*, 162(3): 357-374.
- Carr, A. (2000). *Family therapy. Drug abuse in adolescents*. In Birchwood, M., Foller, D. and Jackhon, C. (Eds.), New York: John Wiley and Sons.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. and Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Chan et al. (2012). Estimation of prevalence of depressive episodes in French adolescents. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 60:31-9.
- Chassin, L., Presson, C., Pitts, S. and Sherman, S. (2000). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood in a Midwestern community sample: Multiple trajectories and their psychosocial correlates. *Health Psychology*, 19: 223–231.
- Conger, R. D. and Conger, K. J. (2002). Resilience in Midwestern Families: Selected Findings from the First Decade of a Prospective, Longitudinal Study. *Journal of Marriage and Family*, 64: 361-373.
- Connor, K. M. and Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18:76-82.
- Coopersmith, S. (1981a). SEI: Self Esteem Inventories. (2nd ed.). California: Consulting Psychologist.
- Coopersmith, S. (1981b). The Antecedents of Self-esteem. (2nd ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1984). Coopersmith Self-Esteem Inventory. Palo Alto, CA: Consulting psychology press.

- Costello, E. J., Erkanli, A. and Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47:1263-71.
- Dawes, M., Clark, D., Moss, H., Kirisci, L. and Tarter, R. (1999). Family and peer correlates of behavioral self-regulation in boys at risk for substance abuse. *American Journal drug Alcohol Abuse*, 25(2): 219-237.
- Denton, R. E. and Kampfe, C. M. (1994) The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescence*, 29: 475-495.
- Dillon et al. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilience young people and learning from their experiences*. National centre for Social Research.
- Dishion, T.J., and Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094: 125–138.
- Down-Wamboldt, B. and Melanson, P. M. (1995). Emotion coping and psychological well-being in elderly people with arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, 17: 250-265.
- Dyer, J.G. and McGuinness, T.M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10: 276 – 282.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2): 73-82.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1985). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Fincham, F. D. (1994). Understanding the Association between Marital Conflict and Child Adjustment: Overview. *Journal of Family Psychology*, 8(2): 123-127.
- Fonseca-Pedrero et al. (2011). Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non-clinical adolescents. *Actas Esp Psiquiatr*, 39:217-25.
- Fraser, M.W., Kirby, L.D. and Smokowski, P.R. (2004). "Risk and Resilience in childhood". (2nd ed.). An ecological perspective.

- Friborg et al. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12: 65-76.
- Frisher et al. (2005). "Individual and population risk of drug use among adolescents attending an English Youth Offending Team: An epidemiological approach". *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16: 11-23.
- Frisher et al. (2007). *Predictive factors for illicit drug use among young people: a literature review*. Home Office Online Report 05/07.
- Frydenberg, E. and Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale*. Australian Council for Educational Research.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics*, 20: 459-466.
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences. *Children and Society*, 14(1): 37-47.
- Gillespie et al. (2007). "Longitudinal modeling of genetic and environmental influences on self-reported availability of psychoactive substances: alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and stimulants". *Psychological Medicine*, 37(7): 947-59.
- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. *Early Childhood Development Practice and Reflections No.8*. The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (2003). *What is resilience? How do you promote it? How do you use it?* In: Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G. and Abbott, R. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62: 754-762.
- Haase. J. E., Heiney, S. P., Ruccione, K.S. and Stutzer, C. (1999). Research triangulation to derive meaning-based quality of life theory: Adolescent resilience model and instrument development. *International Journal of Cancer Supplement*: 125-131.

- Haase, J. E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5): 289-299.
- Hauser, S. and Bowlds, M. K. (1990). Stress, Coping and adaptation in S.Feldman and G.Elliott (Eds). *At the Threshold : The Developing Adolescent*. Cambridge, M. A.: Harvard University Press.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. and Miller, J. Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, 112(1): 64-105.
- Hoffmann, J. and Cerbone, F. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(3): 255-64.
- Hoffmann, J. P. and Su, S. S. (1998) Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: A non-recursive model. *Addiction*, 93(9): 1351-64.
- Hofler, M., Lieb, R. and Perkonigg, A. (1999) Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: A prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94(11): 1679-1694.
- Hops, H., Davis, B. and Lewin, L. M. (1999). The development of alcohol and other substance use: A gender study of family and peer context. *Journal of studies on alcohol*, 13: 22- 31.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2): 137-52.
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1): 123-9.
- Jackson, S. and Martin, P. (1998). Surviving the care system: education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21(5): 569-83.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K. and Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A

- cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28:759-82.
- Jaffe, M. L. (1998). *Adolescence*. New York: Wiley.
- Jessor, R. and Jessor, S. L. (1978). *Theory testing in longitudinal research on marijuana use*. In D. B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use. Empirical findings and methodological issues* (pp. 41-71). Washington, DC: Hemisphere.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of Self-Regulation: A Systems View. *Annual Review of Psychology*, 44:23-52.
- Kimble, L. P. (1998). Cognitive appraisal and cardiac risk reduction behavior following coronary angioplasty. *Western Journal of Nursing Research*, 20(6): 733-744.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Knight, D. K. and Simpson, D. P. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(40), 417-429.
- Ladd, G.W. and Oden, S. (1979). The relationship between peer acceptance and children's ideas about helpfulness. *Child Development*, 50:402-408.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Laurie et al. (2003). The Resilience of the Health Care Safety Net, 1996-2001. *Health Services Research*, 38(1 Pt 2): 489-502.
- Lawrence, D. (1987). *Enhancing Self-Esteem in the Classroom*. London: Paul Chapman Publishing.
- Learning For Life. (2008). "Drug prevention for teen." (Online). Available: http://www.justice.gov/dea/pr/multimedia_library/publications/prevention_4_teens.
- Lefrancois. (2001). *Of Children: An Introduction to Child Development*. (9th ed.). Nelson/Wadsworth.
- Lewandowski et al. (2012). Evidence for the management of Adolescent Depression. *Pediatrics*, 132(4): e996-e1009.

- Li, C., Pentz, M. A. and Chou, C.P. (2002) Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction*, 97: 1537-1550.
- Lingren H. G. (1995). *Adolescence and peer pressure*. Retrieved August 20, 2002, from <http://WWW.lanr.un/.edu/pubs/family/nf211.html>.
- Losel, F. and Bliesener, T. (1994). Some High-risk Adolescents Do Not Develop Conduct Problems: A study of Protective Factors. *International Journal of Behavioral Development*, 17(4): 753-777.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. and Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3): 543-562.
- Marlatt, G. A., and Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford press.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. (2nd ed.). New York : Harper and Row Publishers.
- Masten, A. S. and Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53(2): 205-20.
- Masten, A.S., Best, K.M. and Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome diversity. *Development and Psychopathology*, 2(4): 425 – 444.
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. and Thompson, A. I. (1986). *FHI: Family Hardiness Index*. In H.I.McCubbin and A.I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (2nd ed.). Madison: University of Wisconsin: 124-130.
- McVie, S. and Holmes, L. (2005). *Family Functioning and Substance Use at Ages 12 to 17*. Centre for Law and Society: University of Edinburgh.
- Moe, J., Johnson, J. L. and Wade, W. (2007). Resilience in children of substance users: in their own words. *Subst Use Misuse*, 42: 381-98.
- Meschke, L. L. and Patterson, J. M. (2003). Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23(4): 483-513.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide*. (2nd ed.). Washington, DC: NIH Publication.
- Oetting, E. R., and Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2): 205-213.
- Olsson et al. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1): 1-11.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. and Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93(3 Pt 2): 1217-22.
- Pender, N. J. and Pender, A. R. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk: Appleton and Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton and Lange.
- Peterson, G., Allen, C. R. and Holling, C. S. (1998). Ecological Resilience, Biodiversity, and Scale. *Ecosystems*, 1(1): 6-18.
- Piko, B. (2000). Perceived social support from parents and peer: Which is the stronger predictor? of adolescent substance use. *Substance Use and Misuse*, 35(4): 617-30.
- Polit and Beck. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29(5): 489-97.
- Rew, L. and Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behavior in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6): 379-88.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rowe, D. and Rodgers, J. (1991). Adolescent smoking and drinking: Are they "epidemics"? *Journal of Studies on Alcohol*, 52(2): 110-7.
- Ruangtrakul, S. (2000). *Depression and Suicide*. Bangkok: Ruankaw.

- Rutter, M. (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. In Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H. and Weintraub, S. (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge; New York: 181–214.
- Stantrock, J. W. (1996). *Common components of programs that successfully prevent or reduce adolescent problems*. In J. W. Stantrock (Ed.), *Adolescence* (pp. 509- 512). Chicago: Brown and Benchmark Publishers.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence (8th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. and Lazarus, R. S. (1981). The health related function of Social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4): 381-406.
- Schaffer, H. R. (1988). Family structure or interpersonal relationships: the context for child development. *Children and Society*, 2: 91-101.
- Sasse, C. R. (1978). *Person to Person*. Peoria, Illinois : Benefit Publishing.
- Shives, L. R. (1994). *Basic concept of psychiatric mental health nursing (3rd ed.)*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Sinclair, V. G. and Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1): 94-101.
- Spielmann, S. and Tejagupta, C. (2004). *Family: restraining or contributing factors towards Adolescent s' drug problems in Bangkok Metropolis*. Bangkok: The national council on social welfares of Thailand under royal patronage.
- Sodsai, B. (2002). *Factors relating to retake drug of the adolescents*. Bangkok: Kasetsart University.
- Sund, A. M., Larsson, B. and Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 5: 28.
- Supreda, B., Phajuy, A., Suriyajai, P., Tanriyong, K. and Sittipong, K. (2006). *A survey research of relapse rate and the use of substance substituted for amphetamine in drug abusers who got treatment in the North*. [Internet]. [cited Oct1,2015]. Available from: <http://www.drugcare.net/news..php?iMMode=download & iID=47>.

- Stanton et al. (2001). Early initiation of sex, drug-related risk behaviors, and sensation seeking among urban, low income, African-American adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 93(4):129-38.
- Strong, B., DeVault, C., Sayad, B. W. and Cohen, T. F. (2001). *The Marriage and Family Experience*. Australia: Wadsworth.
- Stuart, G. W. and Laralia, T. M. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Takviriyannun, N. (2008). Development and testing of the Resilience Factors Scale for Thai Adolescent. *Nursing and Health Science*, 10(3): 203-8.
- Tantipiwattanasakul, P. and Visrutaratna, S. (1999). *Suicide: Investigations the cause and preventions*. Chiang Mai: Nopburi press.
- Thompson, A. and McCubbin, H. (1991). *Family system assessment in health care*. In McCubbin and Thompson (Eds.). *Family assessment inventories for research and practice*. (2nd ed.). Madison: University of Wisconsin-Madison.
- Thompson, E. A., Thompson, A. I. and Futrell, J. A. (1998). *The Dynamic of Resilient Families*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Toumbourou, J., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G., Sturge, J. and Rehm, J. (2007). *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance*. *Lancet*: 391-401.
- Turner, S. G. (2001). Resilience and social work practice: three case studies. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 82(5): 441-448.
- Uthis, P. (1999). *The effect of commitment to caregiver role, stressor, appraisal of stress, coping resources, and coping response on emotion well-being among HIV/AIDS familycaregiver in Thailand*. Dissertation Degree of Philosophy of doctor, Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Reserve University.
- Victor, T. (2003). *Resilience and Education Pathways: A Longitudinal Analysis of Low Reading Achiever*. Retrieved October 25, 2009, from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/cjfy/article/viewFile/6047/5136>.

- Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: Initial development of the Child Resilience Model: Practice applications of research. *Pediatric Nursing*, 28(2): 149–158.
- Von Sydow et al. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(1): 49-64.
- Waaktaar, T; Christie, HJ; Borge, Anne Inger Helmen and Torgersen, Sverre. (2004). Building youths resilience within a psychiatric outpatient setting: results from a pilot clinical intervention project. *Psychological Reports*, 94(1): 363-70.
- Wagner, F. E., Myers, M. G. and McIninch, L. J. (1999). Stress-Coping and Temptation-Coping as Predictors of Adolescent Substance Use. *Addictive Behaviors*, 24(6): 769-779.
- Wagnild, G. M. and Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2):165-78.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in eco-systemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3): 290-297.
- Werner, E. (1986). *Cooperating agents: A unified theory of communication and social structure*. In Gasser, L. and Huhns, M. (Eds.), *Distributed Artificial Intelligence Volume II*, Pitman Publishing: London and Morgan Kaufmann: San Mateo, CA: 3-36.
- Wills, T. A., Mariani, J. and Filer, M. (1996). *The role of family and peer relationships in adolescent substance use*. In Pierce, G. R., Sarason B.R. and Sarason, I.G. (Eds.). *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum.
- World Health Organization. (1999). *Programming For Adolescent Health and Development*. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF study group on Programming For Adolescent Health. Geneva.
- World Health Organization. (2005). *Gender and Women's Mental Health*. Geneva.
- Wu, T. and Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese Adolescents: An application of the Health promotion model. *Research in Nursing & Health*, 25: 25–36.

- Yuprasert, P. (1997). *Factors influencing drug use among adolescents in Bangkok*. Thesis for Master Degree of Nursing Science (Public Health Nursing), Mahidol University, Bangkok: Thailand.
- Zunz, S. (1998). Resiliency and burnout: Protective factors for human service managers. *Administration in Social Work*, 22(3): 39-54.

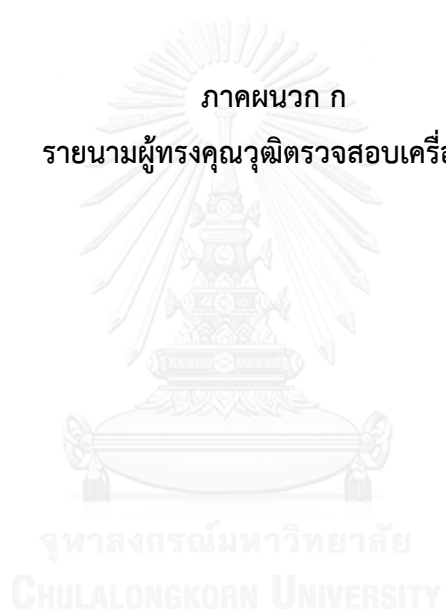




ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล		ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. พันเอก นายแพทย์พิชัย	แสงชาญชัย	จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. นางสาวสาวิตรี	สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. ผศ. ดร.พัชรินทร์	นันทจันทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ. ดร.รุ่งนภา	ผาณิตรัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวรวงคณา	จำปาเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง จงเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงใน

หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1.1 เพศ 1. ชาย 2. หญิง

1.2 อายุ.....ปี (ตอบเป็นจำนวนที่อายุครบปี)

1.3 สถานภาพสมรสของท่าน

1. โสด 2. สมรส 3. แยกกันอยู่ 4. หย่าร้าง 5. หม้าย

1.4 ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3)

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม. 6)/ปวช. 5. อนุปริญญา/ปวส.

6.ปริญญาตรี

1.5 ท่านประกอบอาชีพใดเป็นอาชีพหลัก

1. ว่างงาน 2. รับจ้าง 3. เกษตรกรรม 4. ค้าขาย

5. นักเรียน /นักศึกษา 6. อื่นๆ ระบุ.....

1.6 รายได้ต่อเดือนของท่านโดยประมาณ.....บาท/เดือน

1.7 แหล่งที่มาของรายได้ 1. จากการทำงาน 2. จากผู้ปกครอง 3. อื่นๆ ระบุ.....

1.8 สถานภาพสมรสของบิดามารดา

1. อยู่ด้วยกัน 2. แยกกันอยู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง

1.9 ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

1. บิดา 2. มารดา 3. บิดาและมารดา

4. ญาติ, พี่น้อง 5. อยู่คนเดียว 6. เพื่อน

7. บุคคลอื่นๆ ระบุ.....

1.10 ท่านเริ่มเสพสารเสพติดชนิดใดเป็นครั้งแรก ก่อนเสพยาบ้า (เช่น สุรา บุหรี่ กัญชา ไอซ์ ฯลฯ)

1. ไม่เคย

2. เคย (ถ้าเคย) ท่านเริ่มเสพเมื่ออายุ.....ปี

สารเสพติดที่ท่านเสพ คือ.....

1.11 ท่านเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

1.21 ท่านมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้าด้วยหรือไม่ ไม่มี มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกและความคิดของท่านที่มีต่อตนเองในระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย(✓) ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตลอดเวลา	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา
บ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย

ข้อความ	ตลอด เวลา	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ เลย
1. ฉันรู้สึกว่า ฉันมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ				
2. ฉันรู้สึกว่าตัวฉัน มีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3. ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว				
4.....				
5.....				
9. ฉันรู้สึกเป็นคนไร้ประโยชน์				
10. ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีในตัวฉันเลย				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านเล็กน้อย
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านเลย

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคย
ขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อท่านมีความไม่สบายใจ/เครียด/หรือมีปัญหาท่านมักจะแก้ไขโดย.....				
1. จัดการปัญหาด้วยการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ				
2. มุ่งความสนใจไปที่การทำงาน/เรียนให้ประสบความสำเร็จ				
3. พยายามทำตัวให้เป็นที่ยอมรับของคนอื่น เช่น ทำให้คนที่มีความสำคัญกับท่านประทับใจในตัวท่าน				
4.....				
5.....				
39. หาวิธีลดความเครียด ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ดื่มน้ำขิง มินิมาหรือการใช้สิ่งเสพติด				
40. คิดว่าทุกอย่างจะเป็นไปตามเวรตามกรรม				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด ลักษณะคำตอบมี 6 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเห็นด้วยมาก
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านปานกลางเห็นด้วยน้อยที่สุด
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

สภาพในครอบครัว	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่เห็นด้วยเลย
ครอบครัวของเราคิดว่า.....						
1. ปัญหาต่างๆ (เช่น วัยรุ่นเสพยาบ้า) มักเกิดจากความผิดพลาดที่เราทำขึ้น						
2. มันไม่ฉลาดเลยที่จะวางแผนล่วงหน้าและมีความหวังเพราะถึงอย่างไรสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็ไม่อาจแก้ไขได้						
3. เรามักไม่ยอมรับความสามารถของคนในครอบครัวไม่ว่าจะใช้ความพยายามและทำงานหนักเพียงใด						
4.....						
5.....						
19. สาเหตุของความไม่สงบสุขต่างๆ เกิดจากครอบครัวเราโชคร้าย						
20. ครอบครัวเราตระหนักกว่าชีวิตของเราถูกควบคุมโดยสิ่งที่ไม่คาดฝันและโชคชะตา						

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด กำหนดเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อนของท่าน 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่งหนึ่ง
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนที่รักและห่วงใยฉัน					
2. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนคอยให้กำลังใจเมื่อฉันเกิดปัญหา					
3. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนทำให้ฉันรู้สึกไว้วางใจและสบายใจเมื่อเพื่อนของฉันอยู่ด้วย					
12.....					
13.....					
14. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนของฉันคอยติดตามและหาข้อมูลหรือวิธีการที่เป็นประโยชน์ในการเลิกเสพยาบ้าแก่ฉัน					
15. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนของฉันบอกถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกอย่างไม่ถูกต้องแก่ฉัน					

ส่วนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับตัวเลขข้อเดียวเท่านั้น ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ (14 วัน) ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

ลำดับ ที่	คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1 – 7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็น ทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4	.....	0	1	2	3
5	.....	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่น สังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตาย ไปคงจะดี	0	1	2	3

ส่วนที่ 8 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากกว่าครึ่งหนึ่ง
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
1	ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ที่ฉันจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					
2	ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเอง ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					
3	ฉันให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					
4	.....				
40	หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถใช้ทักษะต่างๆ เช่น การปฏิเสธ ไม่ให้ความสนใจ เดินหนี พุดจาต่อรองและอ้างเหตุผลต่างๆ หรือบอกว่าฉันเลิกเสพยาบ้าแล้ว เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก					
41	เมื่อเกิดความรู้สึกซึมเศร้า เหงา ว้าเหว่ หงุดหงิด ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้ โดยไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก					

ภาคผนวก ค
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย	ปัจจัยทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
ผู้วิจัย	นายสุรธาดา สิงหาวาโน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ นิสิตปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	โรงเรียนนวมินทราชูทิศ กรุงเทพมหานคร เลขที่ 115 ม.11 ซอยอมร- วิวัฒน์ แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กทม. 10230
โทรศัพท์	ที่ทำงาน 02-9441225 โทรศัพท์มือถือ 086-0662565
E-mail	ackapon_md@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่

เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียดกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา)

ยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่ ซึ่งเป็นผู้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

โดยมีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. เป็นวัยรุ่นเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การแบ่งช่วงอายุตามระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) กระทรวงสาธารณสุข

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยเป็นผู้เสพยาบ้า (Amphetamine abuse: F15.1) หรือผู้ติดยาบ้า (Amphetamine dependence: F15.2) และอยู่ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นติดตามหลังการรักษา ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และไม่มีควมบกพร่องรุนแรงในการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีทุกราย ต้องได้รับความยินยอมและอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการทางจิตร่วมด้วย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 8 ชุด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกระบวนการ เพื่อศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำและปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ตามวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสองข้อที่กล่าวข้างต้น

ระยะเวลาที่ท่านต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะเกี่ยวข้องโดยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละประมาณ 30-45 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลตามจริงและจะนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และผู้อื่น

การให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางและการวางแผนให้การดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมปัจจัยปกป้องและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้แก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งที่อยู่ในระหว่างและหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแล้วซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าต่อไป

7. ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7.1 ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับท่านไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมเฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลการวิจัยต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

7.2 ผู้วิจัยจะตอบคำถามที่ท่านสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังเช่นเร้น จนท่านพอใจ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม โดยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

7.3 ท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา และไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่ท่านพึงได้รับ

8. ค่าชดเชยการเสียเวลา

ในการวิจัยนี้ มีค่าเดินทางและค่าชดเชยการเสียเวลาให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามคนละ 100 บาท

9. ความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา

ในการให้ข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความรู้สึกเศร้า สะเทือนอารมณ์ และไม่สบายใจ จากการตอบแบบสอบถามบางชุด เช่น แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเสี่ยงในเรื่องนี้ จึงมีแนวทางการป้องกัน คือ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวและไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อ ก็สามารถหยุดทำแบบสอบถามได้ และผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะประเมินความรุนแรงของสภาพอารมณ์และให้การดูแลเบื้องต้น ถ้าผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้าได้คะแนนสูงและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อประคับประคองสภาพอารมณ์และจิตใจและส่งต่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้ที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่

ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-2181160 โทรสาร 02-2181130 มือถือ 081-5555-879 อีเมล penpaktr_uthis@hotmail.com ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

10. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคับข้องใจ สงสัยในการวิจัย หรือต้องการร้องเรียนหากรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรมหรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถร้องเรียนไปยัง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร. 02-5310080 ต่อ 492, 503 โทรสาร. 02-9989314



**แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ทำที่.....

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

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย.....

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ชื่อผู้วิจัย นายสุรธาดา สิงหาพานิช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
นิสิตปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (ที่ทำงาน) โรงเรียนนวมินทราชูทิศ กรุงเทพมหานคร เลขที่ 115 ม.11 ซอยอมร-
วิวัฒน์ แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กทม. 10230

โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-9441225 โทรศัพท์มือถือ 086-0662565

E-mail ackapon_md@hotmail.com

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะ เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-2181160 โทรสาร 02-2181130 มือถือ 081-5555-879 E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สงสัยในการวิจัย หรือต้องการร้องเรียนหากู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมหรือไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร. 02-5310080 ต่อ 492, 503 โทรสาร. 02-9989314

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

ลงนาม..... ผู้วิจัย

ลงนาม..... พยาน

ลงนาม..... พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

ลงนาม..... ผู้วิจัย

ลงนาม..... พยาน

ลงนาม..... พยาน

ในกรณีผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม..... ผู้ปกครอง

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

ลงนาม..... ผู้วิจัย

ลงนาม..... พยาน

ลงนาม..... พยาน



ภาคผนวก ง
จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/2182



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ถึงที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 1 ชุด
2. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผลด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย" ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันเอก นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย ตำแหน่ง จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	พันเอก นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130
ชื่อผู้วิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ที่ ศธ 0512.11/2184



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 1 ชุด
2. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินหลังด้าน
การเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย" ในงานนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทรินทร์ นินทจันทร์
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการ
วิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์
จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทรินทร์ นินทจันทร์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130
ชื่อผู้วิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ที่ ศธ 0512.11/ล 185



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพระฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 1 ชุด
2. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการพยาบาลบ้านของวัยรุ่นไทย” ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรีตัน ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชาญศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรีตัน
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130
ชื่อผู้วิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160



ที่ ศช 0512.11/ 2183

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 1 ชุด
2. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้าน
การเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย ตำแหน่งพยาบาล
วิชาชีพชำนาญการ บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
เครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการ
วิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์
จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธานีศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130
ชื่อผู้วิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

ที่ ศส 0512.11/ 2424



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 1 ชุด
2. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิภตร์ อุทิศ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรวงคณา จำปาเงิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร อนุศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวรวงคณา จำปาเงิน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

ชื่อผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิภตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-1160

อุทิศถ้ำ



สถาบันข้าราชการและแพทย์

ผู้คิดค้นโครงการวิจัย: นายสมชาย ราชชนนี

เลขที่: 3936/58

เวลา: 1/34K

วันที่: 20/11/2558

ที่ ศธ 0512.11/1724

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 เขตปทุมธานี
กรุงเทพฯ 10330

9 ตุลาคม 2558

เลขที่รับ: 207 / 2558
วันที่: 21 ต.ค. 2558
วันที่: 18-20/10

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้คณะกรรมการจริยธรรม
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันข้าราชการและแพทย์ผู้คิดค้นเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (นายไวยโรจน์ วัชรชัย)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงการวิจัย

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (หัวหน้าโครงการ) และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล กำลังดำเนินการพัฒนา
โครงการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผลด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย" นั้น
ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์ ดร. สุนิศา
สุขตระกูล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
ในผู้ติดยาเสพติด จำนวน 130 คน โดยใช้แบบประเมินผลด้านการเสพยาบ้า และแบบสอบถามปัจจัยทางด้าน
การเสพยาบ้า ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีก
ครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันข้าราชการและแพทย์ผู้คิดค้นเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อบรรณการแจ้ง

เพื่อ ทราบ พิจารณา
 ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ต่อไปด้วย

๒๐๓๓ 58

อาจารย์ผู้ประสานงาน

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล
โทร. 0-2218-1157

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

เรื่องขอเสนอโครงการวิจัย

1. เพื่อโปรดทราบ // 2. ดำเนินการ

๒๐๓๓ 58

ขอแสดงความนับถือ

วิภา จินลวง

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิทร จนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แจ้งผู้เกี่ยวข้องพิจารณา

๒๐ ต.ค. ๒๕๕๘

իմ քննարկումս հետևյալն է

Դուք էլ թե՛ք և ինչպես ասում

սխալ է թվում որ իմ խոսքի և՛ նպատակ

Ծանոթացնել իմ խոսքի նպատակը

ճշգրտել արվածը:

Սիմոն

22.9.58

Ի՞նչու կ'ընդհանրացնեմ

իմ խոսքի նպատակը

Մ

23.09.58

- ինչու եւ որքան անհարմար, անհարմար, օրհն

անհարմար

գրեք և՛
5.24.58

ที่ ศธ 0512.11/ 2190



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้อาจารย์ในสังกัดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. แบบสอบถามโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย" ในกรณีนี้ ขอความอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดการเสพยาบ้า ในระยะบำบัดรักษาและติดตามหลังการรักษา ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 86 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตัวเอง แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามดัชนีความรุนแรงของการใช้ยาบ้า แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ผู้ประสานงาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
โทร. 0-2218-1160
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1129
โทรสาร. 0-2218-1130

ที่ ศธ 0512.11/ 2189



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้อาจารย์ในสังกัดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. แบบสอบถามโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง "การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย" ในกรณีนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดการเสพยาบ้า ในระยะบำบัดรักษาและติดตามหลังการรักษา ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด แขนงผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 46 คน โดยให้แนกเก็บทั้งข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตัวเอง แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามดัชนีความรุนแรงของการใช้ยาบ้า แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร อนุศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ผู้ประสานงาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
โทร. 0-2218-1160
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1129
โทรสาร. 0-2218-1130

ที่ ศร 0512.11/ ๒ | ๘๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้อาจารย์ในสังกัดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัญญาภรณ์ สงขลา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. แบบสอบถามโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ในกรณีนี้ ขอความอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดการเสพยาบ้า ในระยะบำบัดรักษาและติดตามหลังการรักษา ในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 77 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตัวเอง แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามดัชนีความรุนแรงของการใช้ยาบ้า แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียร ธานีศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ผู้ประสานงาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
โทร. 0-2218-1157
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1129
โทรสาร. 0-2218-1130



ที่ สธ ๐๓๑๗/๗๘๓๘



สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาธิปไตย อำเภออัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๗ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อ้างถึง หนังสือที่ สธ.๐๕๑๒.๑๑/๑๗๒๔ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ขอรับการพิจารณาจริยธรรม เพื่อขออนุมัติดำเนินการ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันฯ ได้มีมติให้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และได้ดำเนินการแก้ไขและส่งให้คณะกรรมการฯ พิจารณาอีกครั้ง ในการประชุมพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ แล้ว นั้น

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณา และมีมติให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการโครงการวิจัยตามกระบวนการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิโรจน์ วีระชัย)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

โทร: ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐ ๘ ต่อ ๔๙๒, ๔๙๙, ๕๐๓

โทรสาร ๐ ๒๕๙๘ ๙๓๑๔



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 59004

เอกสารใบรับรองที่ 007/2559

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่น

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) A Development of the Standardized Instrument to Assess Resilience to Amphetamine Relapse among Thai Adolescent

2. ผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว).....ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ.....

คณะ.....พยาบาลศาสตร์.....

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

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อ ไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

(✓) รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558

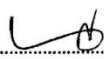
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2558

5. วันที่ให้การรับรอง.....27.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ.....2558.....

วันที่ที่หมดอายุ26.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ.....2559.....

ลงนาม

(... นพ.ลำชา ... ตึกขนาภิชนัช ...)

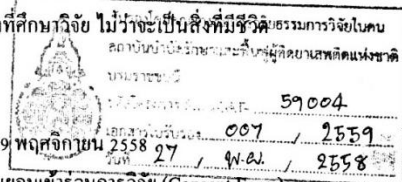
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

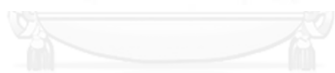
(.....นางสำเนา.....นิลบรรพ์.....)

เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



1. ผู้วิจัยต้องยินยอมให้คณะกรรมการฯ เข้าตรวจสอบการดำเนินงานได้ตลอดเวลา
2. คณะกรรมการฯ มีสิทธิระงับหรือให้ยุติโครงการหากเห็นว่าโครงการวิจัยไม่เคารพในสิทธิ ไม่ปกป้องสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครหรือเห็นว่าอาจเกิดอันตรายต่ออาสาสมัครได้



ภาคผนวก ฉ

ตารางวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้แผนภาพการกระจาย (Scatter Plot)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

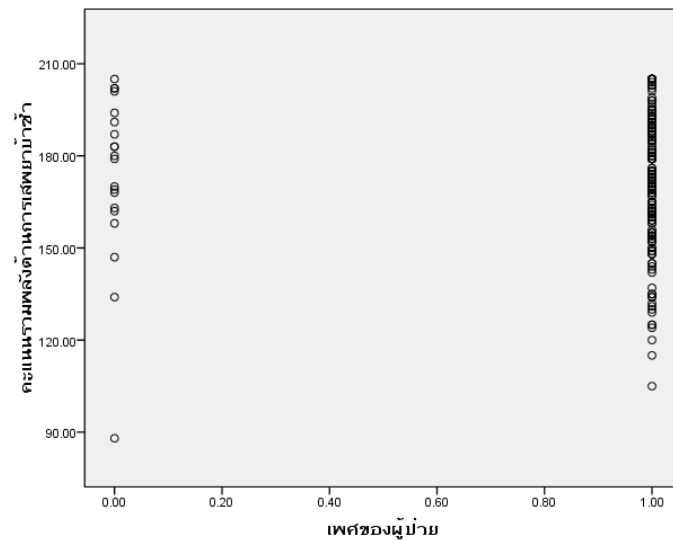
ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเผชิญความเครียด กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185) ในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. เพศ	1	.103	-.140	.013	-.060	.113	.081	-.046	.088	-.011	.046	.003	.038
2. อายุที่เริ่มเสพยาบ้า		1	-.177*	-.072	-.084	-.158*	-.064	-.093	.060	-.015	-.028	.017	-.010
3. จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา			1	.101	-.044	-.023	.036	.172*	-.014	.026	-.042	-.143	.029
4. ความรุนแรงของการเสพยาบ้า				1	.354**	.258**	-.125	.161*	-.230**	-.089	-.050	-.013	-.070
5. ภาวะซึมเศร้า					1	.049	-.352**	-.138	-.255**	-.238**	-.071	.232**	-.328**
6. การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว						1	.066	.110	-.093	-.020	-.058	-.077	-.010
7. การเห็นคุณค่าในตนเอง							1	.511**	.134	.315**	.086	-.514**	.292**
8. ความเข้มแข็งของครอบครัว								1	-.060	.320**	.089	-.567**	.391**
9. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน									1	.248**	.375**	.222**	.323**
10. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง										1	.576**	.023	.617**
11. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ											1	.336**	.392**
12. การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา												1	-.098
13. พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ													1

**p<.01

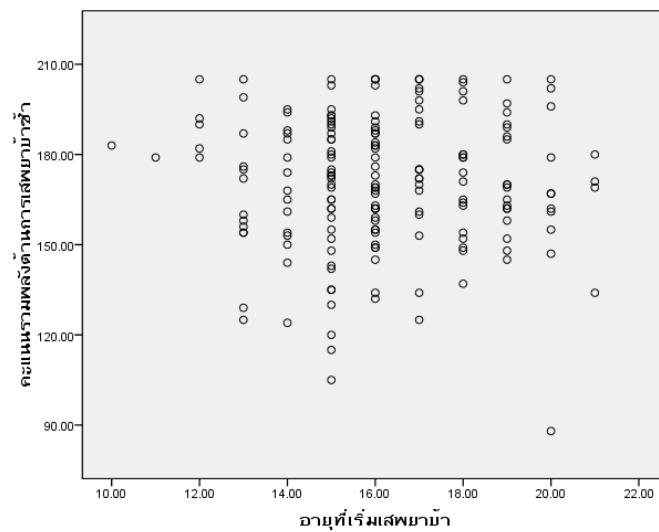
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้แผนภาพการกระจาย (Scatter Plot)

แผนภาพที่ 1 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



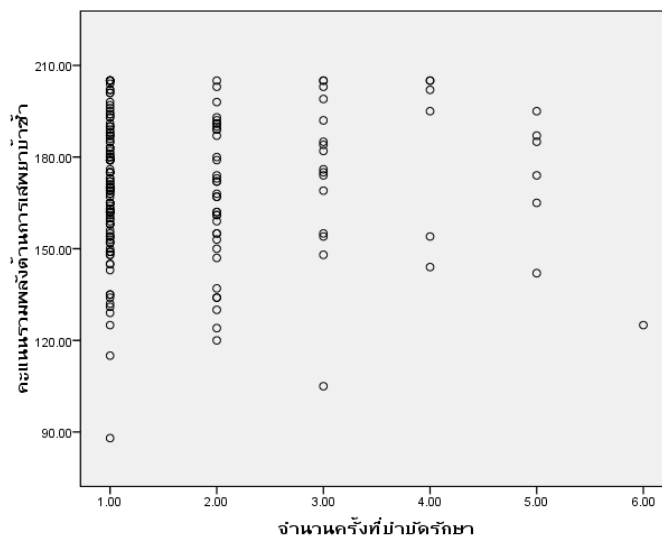
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 2 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเสพยาบ้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



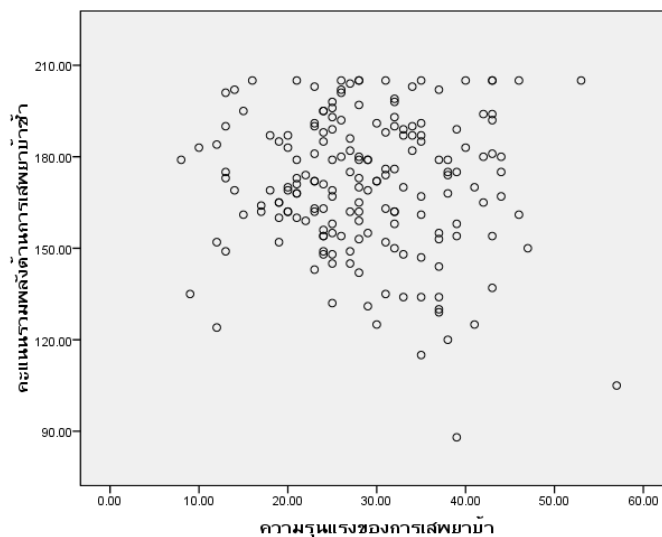
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเสพยาบ้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 3 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่บำบัดรักษากับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



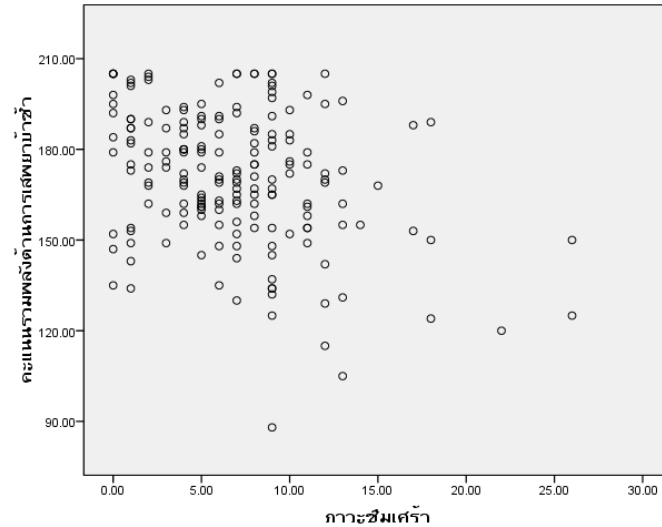
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่บำบัดรักษากับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 4 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพยาบ้ากับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=180)



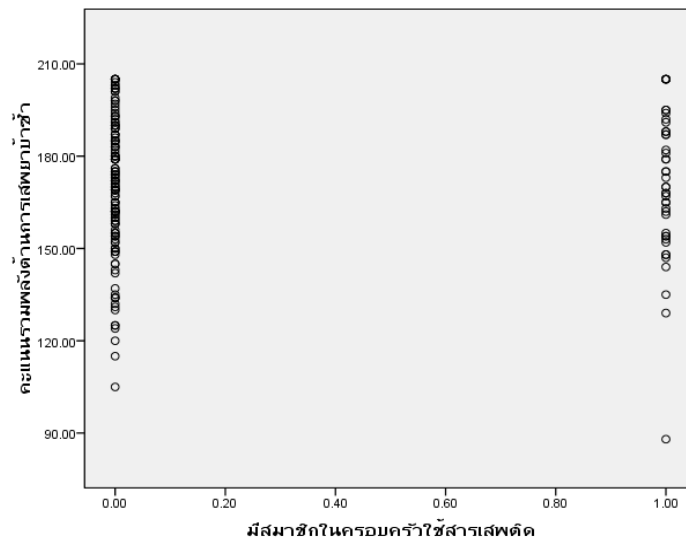
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพยาบ้ากับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 5 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



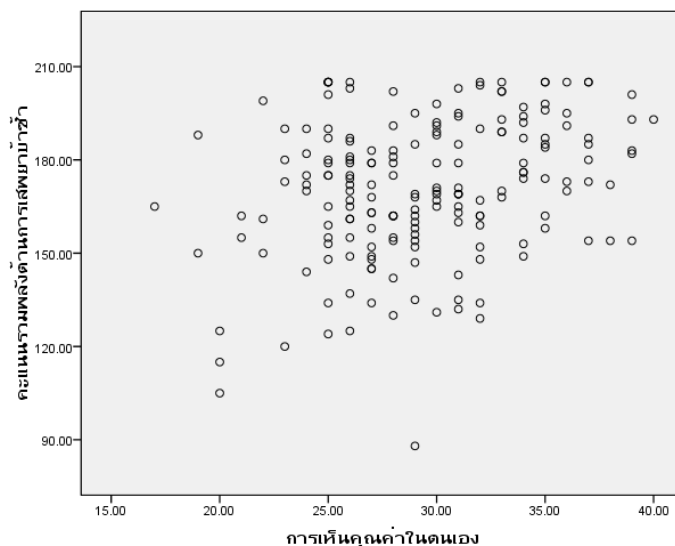
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ากับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 6 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



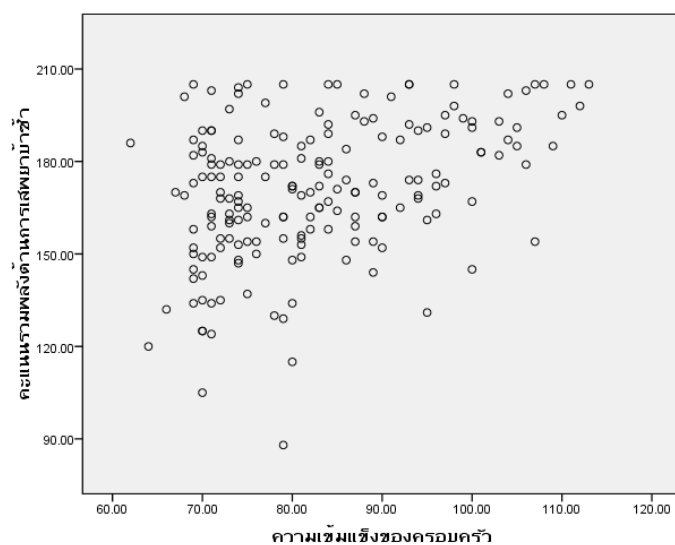
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 7 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



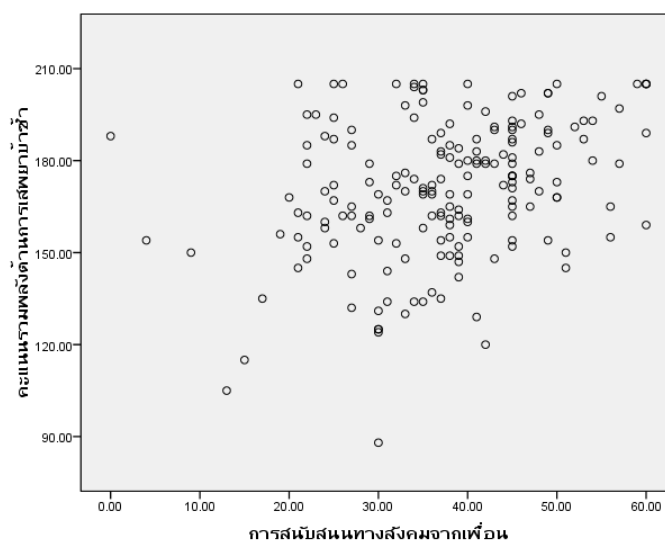
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 8 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



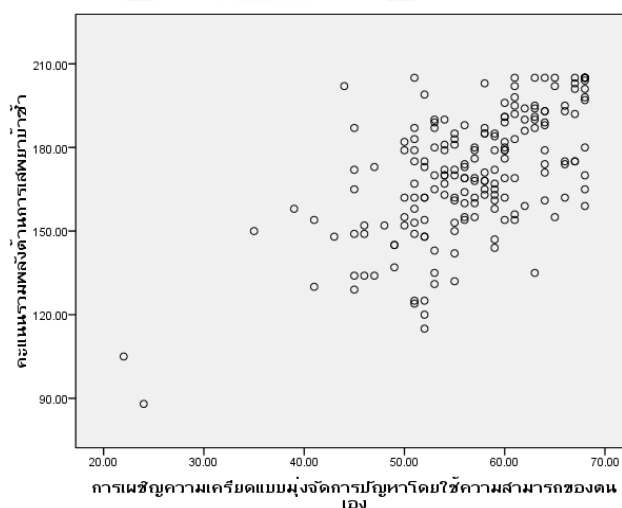
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 9 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



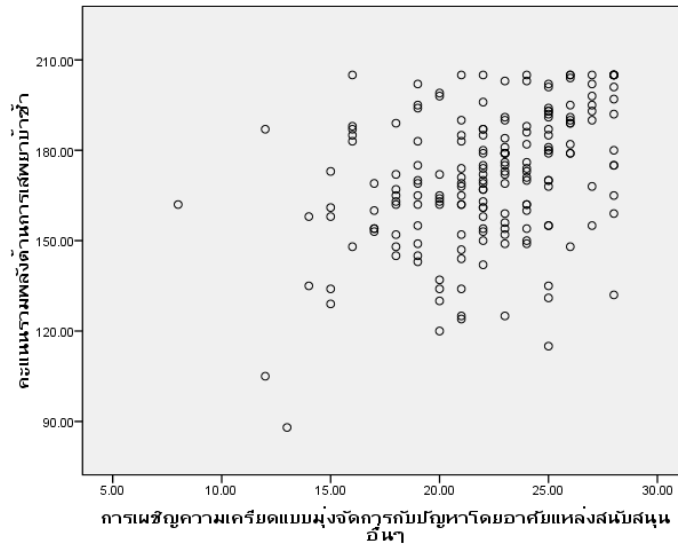
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 10 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



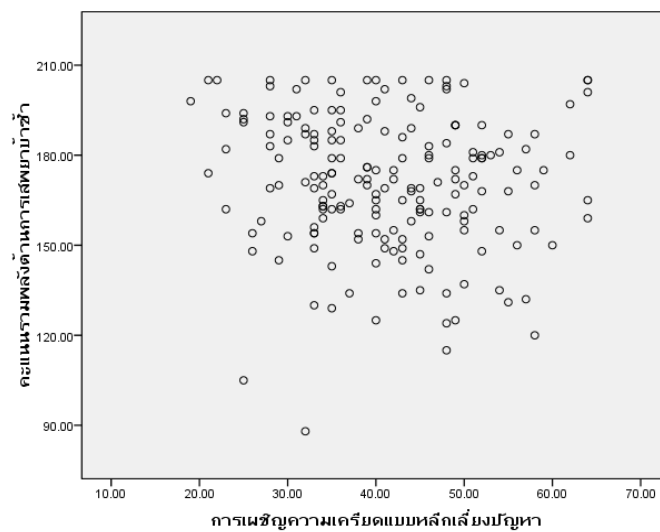
จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 11 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

แผนภาพที่ 12 แผนภาพแสดงการกระจาย (Scatter Plot) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n=185)



จากลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา กับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุรธาดา สิงหาวาโน เกิดเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2549 จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปริญญาเศรษฐศาสตรบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2555 จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปริญญาศิลปศาสตร-บัณฑิต สาขาวิชาภาษาไทย เมื่อปี พ.ศ. 2555 จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาไทยคดีศึกษา เมื่อปี พ.ศ. 2557 จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เมื่อปี พ.ศ. 2555 จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาล- ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต (ภาคในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี การศึกษา 2557 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง ครูผู้ช่วย กลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาไทย โรงเรียนนวมินทราชูทิศ กรุงเทพมหานคร สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 กรุงเทพมหานคร