

อภิธานการ



มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย

สำนักหอสมุด



สุทธิชัย ศิรินวล

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน..... 5 ม.ค. 2557...
เลขทะเบียน..... 1667 0015
เลขเรียกเข้าชื่อ..... ป HV

5609
ก 993 ม
2557

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
กรกฎาคม 2557
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์เรื่อง "มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย"

ของ นายสุทธิชัย ศิรินวล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธาณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. อภินันท์ อร่ามรัตน์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา สุพรรณกุล)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มนต์วี กรรพุมมาลย์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพล นธการกิจกุล)

อนุมัติ

.....

ศาสตราจารย์ ดร. รัตนะ บัวสนธ์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ประกาศคุณูปการ

การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับเกียรติและความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า พุ่มเทก่าลังกาย กำลังใจ และกำลังความคิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขด้วยความเอาใจใส่ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร. อภินันท์ อร่ามรัตน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนตรี กรรพุมมาลย์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ตัวแทนผู้ผ่านการบำบัด ตัวแทนสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา – มารดา ผู้ให้กำเนิด พุ่มพิก เลี้ยงดู ตลอดจนให้การอบรมสั่งสอนที่เกิดจากความรัก ความเอื้ออาทรที่สูงยิ่ง จนเป็นแรงผลักดันในการสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้ ตลอดจนบุคคลรอบข้างที่ได้กล่าวนามถึง ที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคมอยู่บ้าง ผู้วิจัยขอยกความดีนี้ให้แก่ผู้มีพระคุณทั้งหลายที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี แต่หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อบกพร่องสิ่งหนึ่งประการใด ผู้วิจัยกราบขออภัย และขอน้อมรับไว้พิจารณานำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในโอกาสต่อไป

สุทธิชัย ศิรินวล

ชื่อเรื่อง	มาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย
ผู้วิจัย	สุทธิชัย ศิรินวล
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
กรรมการที่ปรึกษา	ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556
คำสำคัญ	มาตรการ การเสพติด ยาบ้า ผู้ผ่านการบำบัด

บทคัดย่อ

การวิจัยผลานวิธีครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด พื้นที่ศึกษาได้แก่ จังหวัดสุโขทัย แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดยาบ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 221 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Binary Logistic Regression 2) สร้างมาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C และ 3) ยืนยันมาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดโดยการจัดเวทีประชาคม (Civil Society)

ผลการวิจัยพบว่าการป้องกันการเสพติดยาบ้าของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 7 มาตรการ จำแนกตามระดับความสัมพันธ์ได้ดังนี้ 1) ระดับปัจเจกบุคคล (ผู้ผ่านการบำบัด) ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ การพัฒนาบุคลิกภาพ(Developing Personality) การสร้างแรงบันดาลใจ(Inspiration) และการเสริมสร้างการจัดการตนเอง (Self-Management) 2) ระดับครอบครัว ประกอบด้วย 1 มาตรการ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) โดยการเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด (Open mind) ให้โอกาสแก่ผู้ผ่านการบำบัด (Give Opportunity) และให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) 3) ระดับชุมชน ประกอบด้วย 1 มาตรการได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในการยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม และ 4) ระดับสังคม ประกอบด้วย 2 มาตรการได้แก่ การบังคับใช้มาตรการทางสังคม และสร้างเครือข่ายสังคมด้านการทำงานแบบบูรณาการ

Title PREVENTIVE MEASURES FOR AMPHETAMINE RELAPSE
AMONG DRUG ADDICTS AFTER TREATMENT
IN SUKHOTHAI PROVINCE

Author Suthichai Sirinual

Advisor Assistant Professor Pattama Suphunnakul, Ph.D.

Co-Advisor Associate Professor Narongsak Nusorn, Ph.D.
Pramote Wongsawad, Ph.D.

Academic Paper Thesis Dr.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2013

Keywords measures, relapse, amphetamine, drug addicts after
treatment

ABSTRACT

This mixed method research aims to set up the preventive measures for amphetamine relapse among drug addicts after treatment in Sukhothai Province. The research was divided into 3 phases: 1) to study the factors affecting amphetamine relapse. The 221 participants were randomized for samples of drug addicts after treatment. Data were collected by using a questionnaire and analyzed by Binary Logistic Regression 2) to set up the preventive measures for amphetamine relapse among drug addicts after treatment with A-I-C, and 3) to confirm the preventive measures for amphetamine relapse by the civil society forum.

The results showed that seven preventive measures for amphetamine relapse among drug addicts after treatment included: 1) individual level (drug addicts after treatment) consisted of three measures (developing personality, inspire and self-management), 2) family level consisted of one measure (family involvement), 3) community level consisted of one measure (community participation), and 4) social level consisted of two measures (social enforcement, and integrated social network).

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	9
	วัตถุประสงค์การวิจัย	9
	สมมติฐานการวิจัย	9
	ขอบเขตของการวิจัย	10
	นิยามศัพท์	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
	ความรู้เรื่องยาเสพติด	12
	นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	23
	กลยุทธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประเทศไทย	28
	รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด	36
	แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	45
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
	กรอบแนวคิดการวิจัย	72
3	วิธีดำเนินการวิจัย	73
	ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด	
	จังหวัดสุโขทัย	73
	ระยะที่ 2 สร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด	87
	ระยะที่ 3 ยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด	92

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	96
ระยะที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย.....	97
ระยะที่ 2 การสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย.....	130
ระยะที่ 3 ยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย.....	150
5 บทสรุป.....	156
สรุปผลการวิจัย	156
อภิปรายผล.....	162
ข้อเสนอแนะ.....	173
บรรณานุกรม	175
ภาคผนวก.....	185
ประวัติผู้วิจัย.....	209

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักแยกรายอำเภอ.....	85
2	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล.....	114
3	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับความตั้งใจที่มีต่อ พฤติกรรมที่ไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ.....	116
4	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพ ยาบ้าซ้ำ รายชื่อ.....	116
5	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถ แห่งตนทั่วไปและความสามารถแห่งตนที่จะไม่เสพยาบ้าซ้ำ.....	117
6	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน รายชื่อ.....	118
7	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความสามารถในการ เผชิญปัญหาในภาพรวม.....	120
8	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความสามารถในการ เผชิญปัญหารายชื่อ.....	120
9	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่อ การเลิกเสพยาบ้า.....	121
10	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับทัศนคติด้านรายชื่อ.....	122
11	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตาม ระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์ในภาพรวม.....	123
12	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์รายชื่อ.....	123
13	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตาม ระดับการเห็นคุณค่าตนเองในภาพรวม.....	124
14	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการเห็นคุณค่าตนเองรายชื่อ.....	125

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับแรงงใจในภาพรวม	125
16	ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับแรงงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ รายชื่อ	126
17	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดด้วยวิธี Enter	127
18	สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการวิจัยเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ.....	129
19	ผลการจัดหมวดหมู่ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ จำแนกตามระดับความสัมพันธ์	130
20	ผลการจัดหมวดหมู่ปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ จำแนกตามระดับความสัมพันธ์	133
21	ร้อยละ ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อมาตรการป้องกันการเสพ ยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยจำแนกตามมาตรการ.....	152

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	รายละเอียดกลยุทธ์แยกสลาย ทำลายโครงสร้างปัญหา.....	29
2	ยุทธศาสตร์ 5 ร้ว ป้องกัน.....	30
3	สายการบังคับบัญชา (Chain of command).....	42
4	ความสัมพันธ์เชิงระบบของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด.....	44
5	รูปแบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล.....	63
6	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อต่อพฤติกรรม การประเมินผลลัพธ์ ทศนคติ และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง ตามรูปแบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล	64
7	รูปแบบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	65
8	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	72
9	กิจกรรมการวิจัย.....	74
10	กรอบแนวคิดการวิจัย (เชิงปริมาณ)	75
11	มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับ ความสัมพันธ์ที่ 1 (ผู้ผ่านการบำบัด).....	139
12	มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับ ความสัมพันธ์ที่ 2 (ครอบครัว)	142
13	มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับ ความสัมพันธ์ที่ 3 (ชุมชน).....	145
14	มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับ ความสัมพันธ์ที่ 4 ระดับสังคม (ระดับจังหวัด).....	148
15	มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย 4 ระดับความสัมพันธ์.....	149
16	การสัมภาษณ์เชิงลึก	207
17	การประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence- Control)	208
18	การประชาคมยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย	208

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติด เป็นภัยคุกคามสำคัญที่แพร่ระบาดไปทั่วทุกภูมิภาคของโลกนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาด้านอาชญากรรม สังคม-เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้เสพอย่างร้ายแรง จากการศึกษาสถานการณ์ยาเสพติดในภูมิภาคแถบทวีปเอเชีย โดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia) พบว่าในช่วงทศวรรษที่ 1970 มีการระบาดของฝิ่นในกลุ่มวัยรุ่น จากหลากหลายสาเหตุ อาทิ เช่น ใ้เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คลายความเครียดและนันทนาการ วิธีการที่ใช้เสพคือ สูบและสูดดม ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 1980 ได้พัฒนามาเป็นยาเสพติดในรูปของเฮโรอีน ซึ่งเปลี่ยนแปลงวิธีการเสพใหม่เป็นการเสพด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นโลหิต ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมอย่างรุนแรงและมากกว่าที่เคยเป็นมา (Suwanwela C. and Poshyachinda V., 1986) เนื่องจากยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเฉพาะจากฤทธิ์ของยาเสพติดเท่านั้น แต่ยังเป็นสาเหตุของโรคติดต่อที่สำคัญ อาทิเช่น โรคไวรัสตับอักเสบบ โรคเอดส์ เป็นต้น ในช่วงกลางทศวรรษที่ 1980s ได้มีการตื่นตัวต่อปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในหลายประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia)

โดยข้อมูลจากการสำรวจคัดกรองผู้ป่วยในช่วงปี 1988-1989 พบว่า กรุงเทพมหานคร ประเทศเมียนมาร์ มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์จากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นโลหิตสูงที่สุด คือมีอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 80.0 รองลงมาได้แก่ประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 40.0 (Poshyachinda V., 1993) ในขณะเดียวกันทวีปแอฟริกา ก็เริ่มประสบปัญหาการระบาดของยาเสพติดเช่นเดียวกัน จากเดิมที่มีการเสพกัญชาในประชากรเพียงบางกลุ่มในแอฟริกาเหนือและแอฟริกาใต้ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1980s ก็ได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสู่การเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ เป็นวงกว้างในปี ค.ศ. 1986 และได้เริ่มมีการค้าขายยาเสพติดประเภทโคเคนและเฮโรอีนกันอย่างกว้างขวางในแถบภูมิภาคนี้อย่างไม่เคยมีมาก่อน (Asuni T. and Pela OA., 1986)

ในปี 2002 ปัญหายาเสพติดได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia) และเอเชียตะวันตกเฉียงใต้ (South-West Asia) มีการแพร่ระบาดของฝิ่นและเฮโรอีนในอัฟกานิสถาน เมียนมาร์ และลาว ซึ่งถือว่าเป็นสามประเทศที่มีการ

ยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ได้ประมาณการไว้ว่ามีประชากรประมาณ 18 ถึง 38 ล้านคน ที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดโดยเฉพาะเฮโรอีน โคเคน ยาบ้า (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011) และพบว่าผู้ใช้สารเสพติดประเภทฉีดเข้าเส้นโลหิตมากถึง 11-21 ล้านคนทั่วโลก (Mathers, et al., 2008)

ต่อมาในปี ค.ศ. 2009 พบว่าประชากรโลกได้รับผลกระทบจากยาเสพติดอย่างกว้างขวาง โดยเมื่อเทียบสัดส่วนของภัยคุกคามต่อสุขภาพแล้วพบว่าภัยคุกคามจากยาเสพติดที่กระทบต่อสุขภาพของประชากรโลก คิดเป็นสัดส่วนมากถึง ร้อยละ 5.4 ของภัยจากโรคที่คุกคามสุขภาพทั้งหมด (World Health Organization, 2009) นอกจากนี้ ปัญหายาเสพติดยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากยาเสพติดทำให้เกิดภาวะรายจ่ายด้านอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย ทั้งพิษภัยของยาเสพติดและค่าบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพที่มีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้เสพยาเสพติดเอง และค่าใช้จ่ายของครอบครัวตลอดจนภาระของสังคมที่ต้องดูแลเยียวยารักษาผู้ที่ติดสารเสพติด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลของผู้ป่วยยาเสพติด ขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีค่าเฉลี่ยอัตราครองเตียงอยู่ที่ 1.7 ต่อ 100,000 ประชากร โดยค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในแถบทวีปยุโรป (10.3 ต่อ 100,000 ประชากร) และต่ำสุด คือ ภูมิภาคแอฟริกา (0.2 ต่อ 100,000 ประชากร) (World Health Organization, 2010)

ในปี ค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลกได้จัดการสัมมนาความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิก ณ กรุงวาเลนเซีย ประเทศสเปน ในวันที่ 14-15 ธันวาคม 2010 เพื่อร่วมกันจัดทำรายงาน ATLAS ซึ่งเป็นความร่วมมือครั้งแรกในการรวบรวมข้อมูลทางด้านสถานการณ์และแหล่งทรัพยากรสำหรับการป้องกันและเยียวยาปัญหายาเสพติดของประเทศสมาชิก จำนวน 147 ประเทศ จากทุกประเทศทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 88.0 จากความร่วมมือดังกล่าวพบว่ามีประชากรตายด้วยยาเสพติดประมาณ 39 ต่อประชากร 100,000 คนทั่วโลก โดยพบอัตราการตายสูงสุด (75 ต่อประชากร 100,000) ในประเทศแถบภูมิภาคยุโรป ยาเสพติดนอกจากเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิตแล้ว ยังทำให้ผู้เสพยาที่มีชีวิตอยู่ถูกคุกคามทางสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าคนปกติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ได้ศึกษาภาระโรคและสุขภาพของประชากรโดยใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease) พบว่าปัญหายาเสพติดนอกจากจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงแล้ว ยังก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability

Adjusted Life Years: DALYs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแถบทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา (World Health Organization, 2010)

ประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหายาเสพติดมาเป็นเวลาช้านานเช่นเดียวกับนานาประเทศทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลในแต่ละยุคได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด ในปี พ.ศ. 2501 คณะปฏิวัติ ได้ออกประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2501 ให้เลิกการสูบฝิ่นทั่วราชอาณาจักรและมีการเผาทำลายฝิ่นและอุปกรณ์การสูบฝิ่นที่ท้องสนามหลวงในคืนวันที่ 30 มิถุนายน 2502 หลังจากนั้น ปี พ.ศ. 2504 รัฐบาลได้จัดตั้ง "คณะกรรมการปราบปรามยาเสพติด ให้โทษ" ใช้ชื่อย่อว่า ป.ป.ส. สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีโดยมีอธิบดีกรมตำรวจเป็นประธาน และมีผู้แทนจากทุกส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ (ฤทัยรัตน์ ไกรรอด, 2552)

ในปี พ.ศ. 2519 รัฐบาลไทยได้แถลงนโยบายที่จะป้องกันและปราบปรามการผลิตและการค้ายาเสพติดให้โทษ และแก้ไขบำบัดผู้ติดยาเสพติดให้ได้ผลโดยด่วน ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2520 ได้กำหนดนโยบายเร่งรัดและดำเนินการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทควบคู่กับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด และในปี พ.ศ. 2522 ก็ได้ประกาศนโยบายการปราบปรามยาเสพติดโดยใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาด ในช่วงปี พ.ศ. 2523 ได้กำหนดนโยบายกวาดล้างแหล่งผลิตและจำหน่ายยาเสพติดให้โทษโดยเด็ดขาด จับพหลัณ ส่วน ผู้ติดยาเสพติดจะให้การบำบัดรักษา และอบรมให้ตระหนักถึงภัยอันเกิดจากยาเสพติด หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2529 ได้มีนโยบายสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนโดยขยายบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้กลับตนเป็นพลเมืองดีและเป็นกำลังของชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 ได้กำหนดนโยบายที่จะป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาด และร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการทำลายแหล่งผลิตยาเสพติด ในขณะเดียวกันได้เน้นการรณรงค์ในกลุ่มเยาวชนให้ตระหนักถึงโทษของยาเสพติด ทั้งในและนอกสถานศึกษา ในปี พ.ศ. 2534 ได้เร่งรัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ได้ผลโดยเร็วที่สุด โดยใช้อำนาจที่มีอยู่ตามกฎหมายอย่างเต็มที่ในการปราบปรามการผลิต การค้า และการบริโภคยาเสพติด พร้อมทั้งปรับปรุงกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายให้บังเกิดผลอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังได้กำหนดนโยบายการให้ความร่วมมือกับสหประชาชาติและมิตรประเทศ ดำเนินการกวาดล้างการใช้ยากระดุนประสาทอย่างเข้มงวด และเร่งปราบปรามจับกุมผู้ผลิตและผู้ขายที่ผิดกฎหมายอย่างเด็ดขาด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553)

ปี พ.ศ. 2538 รัฐบาลได้มีนโยบายเร่งรัดปราบปรามการผลิตและการค้ายาเสพติดตลอดจนแหล่งอบายมุขอันเป็นสาเหตุของการก่ออาชญากรรมอย่างเด็ดขาด ส่งเสริมโครงการภาครัฐและภาคเอกชนที่มุ่งบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้คนเหล่านั้นกลับมาเป็นกำลังของชาติต่อไป รัฐบาลชุดต่อมาในปี พ.ศ. 2539 ได้กำหนดนโยบายให้มีการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมทุกประเภทอย่างจริงจัง รวมทั้ง รณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงภัยอันตรายและโทษของยาเสพติด หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2540 ได้กำหนดนโยบายให้เพิ่มประสิทธิภาพระบบงานป้องกันและปราบปรามอาชญากรรม และกระบวนการยุติธรรมให้สามารถอำนวยความยุติธรรมและดูแลรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรม การค้ายาเสพติด และการลดจำนวนแรงงานต่างชาติที่ผิดกฎหมาย (ฤทัยรัตน์ ไกรรอด, 2552)

ต่อมาในปี 2545 รัฐบาลได้มอบหมายนโยบายการแก้ไขปัญหาเสพติดเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 โดยจัดกลุ่มการแก้ไขปัญหาเสพติดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปใช้ยาเสพติด (Potential Demand) มอบหมายให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบ 2) ด้านการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยา (Demand) มอบหมายให้ รองนายกรัฐมนตรีเป็นผู้รับผิดชอบ และ 3) ด้านการแก้ไขปัญหาดัวยา/ผู้ค้ายาเสพติด (Supply) มอบ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นผู้รับผิดชอบ จากนั้นได้มอบนโยบายการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเมื่อวันที่ 14 มกราคม 2546 ให้ดำเนินการปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาดควบคู่กับการดำเนินการด้านการป้องกันและด้านบำบัดรักษา นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศตส.) และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดระดับต่าง ๆ รองรับตามโครงสร้างการดำเนินการได้แก่ ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดตามแนวชายแดน กองทัพภาค 1-4 (ศตส.ทภ.1-4) ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศตส.กทม.) ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดกองบังคับการตำรวจ ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัด (ศตส.จ.) และศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดอำเภอ (ศตส.อ./กิ่ง อ.) สำหรับกระทรวงสาธารณสุขในช่วงเวลาดังกล่าว ก็ได้สนองนโยบายของรัฐบาล โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยส่วนกลางได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (ศตส.สร.) ส่วนภูมิภาคได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดระดับจังหวัด ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดระดับอำเภอ/กิ่งอำเภอ ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ

เพื่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดแนวทางการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดโดยมียุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนเจตคติและการปฏิบัติของสังคมต่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด บูรณาการแผนการบำบัดฟื้นฟู พัฒนาระบบข้อมูลด้านการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นเอกภาพ และพัฒนาคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูให้มีมาตรฐาน และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ในปี 2552 รัฐบาลได้มีนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยจัดทำยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการในเรื่องยาเสพติดภายใต้ชื่อ "ยุทธศาสตร์ 5 ร้วป้องกัน" โดย ร้ว หมายถึง การสร้างภูมิคุ้มกัน สร้างกิจกรรม สร้างกระบวนการทำงานทั้งภาครัฐและประชาชนให้ได้ดำเนินการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) ร้วชายแดนซึ่งมีกองบัญชาการกองทัพไทยเป็นเจ้าภาพหลัก ทำหน้าที่สกัดกั้นการนำเข้ายาเสพติดตามแนวชายแดน จัดตั้งอาสาสมัครประชาชนในหมู่บ้านชายแดนเพื่อเฝ้าระวังและสกัดกั้นยาเสพติดในเชิงรุกโดยใช้มาตรการทางการข่าว 2) ร้วชุมชน โดยรัฐบาลสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้านต่าง ๆ 3) ร้วสังคม ที่มุ่งเน้นการจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการ 4) ร้วโรงเรียน โดยมีกระทรวงศึกษาธิการเป็นเจ้าภาพหลัก ทำหน้าที่สำรวจและจัดทำข้อมูลค้นหาผู้เสพ/ผู้ติดยา/ผู้ค้า และเยาวชนกลุ่มเสี่ยง และ 5) ร้วครอบครัว ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเจ้าภาพหลัก เน้นการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

จากการดำเนินงานตามนโยบายของไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการเกือบทุกวิถีทางเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงคุกคามประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มว่าจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะ "ยาบ้า" ดังจะเห็นได้จากในปี 2546 รัฐบาลไทยได้ประกาศทำสงครามกับยาเสพติด อย่างจริงจังและเด็ดขาด ทำให้สังคมมองว่าสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยดูจะบรรเทาเบาบางลงไป แต่จากการสำรวจสถานการณ์ ยาเสพติดในชุมชนระดับครัวเรือนหลังรัฐบาลประกาศทำสงครามกับยาเสพติดครบรอบ 1 ปี ซึ่งเป็นการสำรวจภาคสนามหาข้อมูลเชิงสถิติศาสตร์ เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในระดับครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่าสถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังคงมีอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ และพบว่า "ยาบ้า" เป็นปัญหาหลักในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน ที่มีมากถึง ร้อยละ 47.9 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มคนว่างงาน ร้อยละ 43.5 กลุ่มนักเรียน ร้อยละ 23.1 และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 23.1 ตามลำดับ (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้เสพยาเสพติดของประเทศไทยปี

2546, 2550 และ 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 460,000 คน, 570,000 คน และ 605,000 คน ตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้เริ่มดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดภายใต้ชื่อ "ยุทธศาสตร์ 5 ร้วป้องกัน" ผลการดำเนินงานระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2552 ถึง 30 กันยายน 2552 พบว่ามีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูกระบวนการรวม 105,000 คน จากที่ตั้งเป้าหมายไว้ 120,000 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ของเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในจำนวนนี้ พบยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดได้แก่ "ยาบ้า" คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมา ได้แก่ กัญชา ยาไอซ์ ยาเลิฟ และสารระเหย (สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับผลการดำเนินงานในระยะที่ 2 ในช่วงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2553 นั้น พบว่ายาเสพติดที่นำเข้ามาในช่วงนี้ ได้แก่ ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน ฝิ่น ยาไอซ์และยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของซูโดอีเฟดรีน โดย "ยาบ้า" เป็นยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดในประเทศ ทั้งนี้จากการจับกุมคดียาเสพติดที่ยึดยาบ้าของกลางระดับ ตั้งแต่ 100,000 เม็ดขึ้นไป ในช่วงปฏิบัติการระยะที่ 2 นี้ จับกุมได้ถึง 27 คดี ยึดยาบ้าได้ถึง 10,771,433 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 87 ของปริมาณของกลางที่ยึดได้ทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2554) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปี 2553 จำนวน 45,369 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน จำนวนมากถึง 2,626 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.79 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา และในจำนวนนี้ยังพบว่ายาเสพติดที่ใช้เป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ ยาบ้า ซึ่งเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอดีต (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

จะเห็นได้ว่าปัญหายาเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง "ยาบ้า" ได้คุกคามสุขภาพ และก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง และในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการดำเนินงานอย่างบูรณาการใน 3 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการปราบปราม ด้านการป้องกัน และด้านการบำบัดรักษา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553) โดยในการดำเนินการในแต่ละด้านจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดให้มีระบบการบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดไว้ 3 ระบบ คือ 1) ระบบสมัครใจ (Voluntary System) 2) ระบบต้องโทษ (Correctional System) และ 3) ระบบบังคับ (Compulsory System) ซึ่งการดำเนินการด้านการบำบัดรักษาดังกล่าว รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายอย่างสูงทั้งค่าใช้จ่ายเรื่องอาหารและยารักษาโรค ค่าเครื่อง

อุปโภคเพื่อการดำรงชีพ ต้นทุนการฝึกอาชีพ ค่าใช้จ่ายในกิจกรรมนันทนาการ เช่นหนังสือพิมพ์ โทรศัพท์ การกีฬา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในด้านอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่จะกลับคืนสู่ชุมชน เช่นการให้สินเชื่อหรือเงินกู้เพื่อประกอบอาชีพหรือเพื่อการดำรงชีพในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เป็นต้น (สุภาวดี แก้วประดับ, 2549) และหากผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลานาน/เสพยาติดต่อกันจนกระทั่งมีอาการทางจิตเกิดขึ้น จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายิ่งเพิ่มมากขึ้น เพราะการบำบัดรักษาผู้ที่เสพยาเสพติดและมีอาการทางจิต จะมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าผู้ที่เสพยาแต่ยังไม่มีอาการ เนื่องจากสมองจะถูกพิษสารเสพติดทำลายอย่างถาวร (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) ทำให้เป็นภาระแก่รัฐที่ต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของภารกิจ เช่นการบังคับใช้กฎหมาย การเพิ่มงบประมาณด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟู ด้านสังคมสงเคราะห์และการส่งเสริมอาชีพ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011)

ปัญหายาบ้า นั้น เป็นภัยคุกคาม และส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งต่อปัจเจกบุคคล และสังคมส่วนรวมในมิติต่าง ๆ โดยในระดับ ครอบครัว ชุมชนและสังคมนั้น จะทำให้ครอบครัวผู้ติดยาบ้าได้รับความเดือดร้อนจากผู้ติดยาบ้าในทุกด้าน นำไปสู่ความยุ่งยาก ขัดแย้ง แยกแยก และสิ้นเปลืองในการแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดความหวาดระแวงจากประชาชน และสังคมในวงกว้าง เนื่องจากเกรงว่าบุตรหลานของตนจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาบ้าหรือถูกประทุษร้ายจากผู้เสพยาที่มีอาการผิดปกติทางจิต ส่วนในระดับปัจเจกบุคคลนั้น จะมีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะบุคคลที่มีการเสพยาบ้าซ้ำในปริมาณที่มากทั้งในแง่ของปริมาณยาบ้าที่เสพยา และจำนวนครั้งของการเสพยา โดยหากบุคคลมีการเสพยาบ้าอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน จะส่งผลกระทบต่อระบบจิต ประสาทส่วนกลาง และทำลายสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชน ทำให้ผู้เสพยามีความสับสน กังวลใจและนอนไม่หลับ รวมถึงพฤติกรรมความรุนแรงต่างๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2553) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เริ่มเสพยาบ้า หากมีการเสพยาบ่อยครั้ง จะส่งผลให้เกิดผลกระทบและเกิดอันตรายต่อสมอง ทั้งนี้เนื่องจากยาบ้ามีผลโดยตรงต่อสมอง โดยเมื่อเสพยาบ้าเข้าไปจะกระตุ้นให้สมองส่วนในซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความพึงพอใจหลังสารเคมีชนิดหนึ่งที่เรียกว่า โดปามีน (Dopamine) ออกมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้เสพยารู้สึกเป็นสุข และเมื่อเสพยาบ่อยครั้งขึ้น จะทำให้สมองส่วนในนี้ปรับตัวโดยการลดการหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ลง ทำให้เมื่อขาดยา จึงเสมือนว่าร่างกายขาดโดปามีน ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า หงุดหงิด ไม่เป็นสุข จึงต้องแสวงหายาเสพติดซ้ำ และเมื่อใช้บ่อยครั้ง ยาบ้าจะทำให้สมองส่วนนอกซึ่งเป็นสมองส่วนควบคุมสติปัญญาและการคิดแบบมี

เหตุผลถูกทำลาย ทำให้ผู้เสพสูญเสียการคิดวิเคราะห์และการใช้เหตุผล ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ก้าวร้าว หงุดหงิด ควบคุมตัวเองไม่ให้เสพยาไม่ได้ ทำให้เกิดการเสพติดและนำไปสู่การเสพยาแรงในที่สุด ส่งผลให้เกิดมีอาการทางจิต ซึมเศร้าหรืออาจเป็นผู้ป่วยโรคจิตเต็มขั้นในที่สุด (ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555; ศูนย์การเรียนรู้สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, 2555; เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์, 2555)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหายาเสพติดมาเป็นเวลานาน และรัฐบาลในแต่ละยุคสมัยก็ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2555) แต่ผลการดำเนินงานกลับพบว่าปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดปี 2549 เปรียบเทียบ ปี 2553 ที่พบว่าการจับกุมคดียาเสพติดเพิ่มจาก 38,334 คดี เป็น 171,198 คดี ได้ผู้ต้องหาเพิ่มขึ้นจาก 92,162 คน เพิ่มเป็น 186,332 คน และมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจาก 50,180 คน เพิ่มขึ้นเป็น 115,347 คน ตามลำดับ ยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดได้แก่ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 78.3 ของยาเสพติดทั้งหมด และยังพบว่าผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2548 มีผู้ป่วยยาบ้าที่ผ่านการบำบัดแล้วมีการเสพยาซ้ำร้อยละ 13.2 โดยแยกเป็นรายภาคได้ดังนี้คือ ภาคเหนือมีอัตราการเสพยาซ้ำร้อยละ 15.8 ภาคใต้ ร้อยละ 14.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 12.3 และภาคกลาง ร้อยละ 10.9 (บังอร สุปรีดา และคณะ, 2549; นิรุจน์ อุทธา และคณะ, 2548) และเพิ่มเป็นร้อยละ 21.5 ในปี 2555 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า การเสพยาบ้าซ้ำ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่หลากหลาย ดังเช่นผลการศึกษานักวิจัยหลายท่านพบว่าปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่นของผู้ผ่านการบำบัด (บังอร สุปรีดา และคณะ, 2549) สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ (นิรุจน์ อุทธา และคณะ, 2548; Sarah J. Stephens, 2009) ทักษะการเลิกยาเสพติด การเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง (วันเพ็ญ อำนางจิตติกร, 2553) นิสัย อารมณ์ บุคลิกภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความกล้าเผชิญปัญหา การยอมรับปัญหา (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550) มีความสัมพันธ์กับปริมาณของการเสพยาบ้าซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้สารเสพติดของบุคคลใกล้ชิด (บังอร สุปรีดา และคณะ, 2549) รูปแบบการบำบัด (นิรุจน์ อุทธา และคณะ, 2548) การสนับสนุนทางสังคม (วันเพ็ญ อำนางจิตติกร,

2553) บุคคลที่ศรัทธา และยึดเหนี่ยวจิตใจ (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2550) การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว มีความสัมพันธ์ หรือส่งผลต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยกำหนดให้จังหวัดสุโขทัย เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเสพยาบ้าซ้ำสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยเพิ่มจากร้อยละ 19.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 21.3 ในปี 2553 และร้อยละ 22.5 ในปี 2554 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเสพยาบ้าซ้ำดังกล่าวสูงกว่าเกณฑ์กำหนดของรัฐบาลที่ตั้งเป้าหมายไว้ไม่ให้มีอัตราการเสพยาบ้าซ้ำเกินร้อยละ 20 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประกอบเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย
2. มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย มีลักษณะเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด
3. เพื่อยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ลักษณะการพักอาศัย สัมพันธภาพภายในครอบครัว และรูปแบบการบำบัด ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด
2. ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการเสพยาบ้า ด้านแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ด้านความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา

ด้านสุขภาพทางอารมณ์ และด้านการเห็นคุณค่าตนเอง ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ และเพื่อสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ที่ได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง ภายหลังการบำบัดรักษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตามเกณฑ์การติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข และมีผลการติดตามปรากฏผลเป็นเสพยาบ้าซ้ำ และไม่เสพยาบ้า พื้นที่ศึกษาวิจัยได้แก่ จังหวัดสุโขทัย

นิยามศัพท์

ยาบ้า (Amphetamine) ในการศึกษานี้ หมายถึง ยาเสพติดที่มีส่วนผสมของสารเคมี ประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท มีลักษณะเป็นยาเม็ดกลมแบนขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6-8 มิลลิเมตร ความหนาประมาณ 3 มิลลิเมตร น้ำหนักเม็ดยาประมาณ 80-100 มิลลิกรัม มีสีต่างๆ กัน เช่น สีส้ม สีน้ำตาล สีม่วง สีชมพู สีเทา สีเหลืองและสีเขียว มีสัญลักษณ์ที่ปรากฏบนเม็ดยา เช่น พ M PG WY สัญลักษณ์รูปดาว รูปพระจันทร์เสี้ยว 99 หรือ อาจเป็นลักษณะของเส้นแบ่งครึ่งเม็ด ซึ่งสัญลักษณ์เหล่านี้อาจปรากฏบนเม็ดยาด้านหนึ่งหรือทั้งสองด้าน หรืออาจเป็นเม็ดเรียบทั้งสองด้านก็ได้

ผู้ผ่านการบำบัด ในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้เสพยาบ้าที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากหน่วยบริการภาครัฐ จนครบกำหนดระยะเวลาการบำบัดรักษา เมื่อกลับคืนสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามหลังการบำบัดแบบรายบุคคล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในช่วงเวลาดังแต่ ตุลาคม 2554 ถึง กันยายน 2555 และมีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ และไม่เสพยาบ้าซ้ำ

การเสพยาบ้าซ้ำ ในการศึกษานี้ หมายถึง การกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ในขณะที่กลับมาใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังกระบวนการบำบัดรักษา โดยผู้วิจัยจะยืนยันผลของการเสพยาบ้าซ้ำจากแบบรายงานผลการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (บสต.5) ซึ่งเป็นแบบรายงานที่ใช้สำหรับการติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดรายบุคคลโดยทีมติดตามในระดับพื้นที่

การยอมรับของชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในชุมชนที่แสดงออกถึงการยอมรับต่อตัวผู้ผ่านการบำบัดที่กลับมาอยู่ในชุมชน วัดโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเผชิญปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความพยายามอย่างไม่หยุดยั้งในการที่จะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ผ่านการบำบัด โดยการแสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นคลี่คลายลง วัดโดยแบบสอบถามชนิดมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และการสัมภาษณ์เชิงลึก

แรงจูงใจ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง พลังผลักดันทางลบให้ผู้ผ่านการบำบัดกำหนดทิศทางและเป้าหมายของตนเองที่จะกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ และพลังผลักดันทางบวกให้ผู้ผ่านการบำบัดกำหนดทิศทางและเป้าหมายของตนเองที่จะไม่หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ วัดโดยแบบสอบถามชนิดมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และการสัมภาษณ์เชิงลึก

การบำบัดรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพ และสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยบริการของหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่ายคุมประพฤติ เท่านั้น

การเห็นคุณค่าตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การมองตนเองหรือประเมินตนเองตามความรู้สึก ของผู้ผ่านการบำบัดว่าตนมีคุณค่าหรือไม่ วัดโดยแบบสอบถามชนิดมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และการสัมภาษณ์เชิงลึก

มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง แผนการ หรือวิธีการที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการป้องกันไม่ให้ผู้ผ่านการบำบัดหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ครอบคลุมความสัมพันธ์ทั้ง 4 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และดับชุมชน และระดับสังคม (จังหวัด)

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย (Preventive Measures for Amphetamine Relapse among Drug Addicts after Treatment in Sukhothai Province) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นฐานคิดในการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เรื่องยาเสพติด
2. นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประเทศไทย
3. กลยุทธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
4. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา / ผู้ติดยาเสพติด ประเทศไทย
5. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)
 - 5.2 แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)
 - 5.3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)
 - 5.4 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้เรื่องยาเสพติด

1. ความหมายของยาเสพติด

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของยาเสพติดไว้หลายความหมายดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความหมายของยาเสพติดว่า หมายถึง สารหรือยาที่เข้าสู่ร่างกาย จะโดยการรับประทาน ฉีด สูบ หรือดม ติดต่อกัน ซ้ำระยะเวลาหนึ่งแล้วทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ได้รับในลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพต่อไปอีกเรื่อย ๆ
- 2) มีความโน้มเอียงที่จะเพิ่มปริมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ
- 3) เมื่อถึงเวลาที่ต้องการเสพแล้วไม่ได้เสพ จะเกิดอาการอดหรืออยาก

ยาทุกราบ คลุ้ม-คลั่ง ขาดสติ โมโห จุนเจียว เป็นต้น และ 4) ผู้ที่ใช้อยาหรือสารนั้นเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้เสพทั้งร่างกายและจิตใจ

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ ได้ให้คำนิยามของ ยาเสพติดให้โทษว่า หมายถึง ยาหรือสารเคมีใดก็ตาม เมื่อบุคคลเสพหรือรับเข้าร่างกายโดยการฉีด สูบ กิน หรือดม หรือวิธีอื่นติดต่อกันเป็นเวลานานหรือช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วจะก่อให้เกิดเป็นพิษ เรื้อรัง ซึ่งจะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมขึ้นแก่บุคคล ผู้เสพ และสังคมด้วย ทั้งจะต้องทำให้ผู้เสพ แสดงออกซึ่งลักษณะต่าง ๆ กัน คือ มีความต้องการที่จะเสพยาชนิดนั้น ๆ ต่อเนื่อง มีความต้องการ เพิ่มปริมาณของยามากขึ้น มีภาวะการติดยาและอยากยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ (สำนักงาน กฤษฎีกา, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ, 2525)

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 20 พ.ศ. 2528 มาตรา 4 ให้ความหมายยาเสพติดให้โทษ ว่าหมายถึง สารเคมี หรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่ม ขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจให้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมี ที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่ได้หมายความว่าความรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้ โทษผสมอยู่

จากการให้ความหมายของยาเสพติดที่กล่าวมา สรุปได้ว่า "ยาเสพติด" หมายถึง ยา หรือสารเคมี หรือวัตถุใด ๆ ที่เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีใด ๆ อันได้แก่ การรับประทาน การฉีด การสูบ หรือการดมติดต่อกันช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ได้รับโดยก่อให้เกิดความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพต่อไปอีกเรื่อย ๆ และมีความโน้มเอียงที่จะ เพิ่มปริมาณของสิ่งเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ เมื่อถึงเวลาที่ต้องการเสพแล้วไม่ได้เสพ จะเกิด อาการ อดหรืออยากยาเช่น คลุ้ม-คลั่ง ขาดสติ โมโห จุนเจียว เป็นต้น และเมื่อใช้อยาหรือสารนั้นเป็น นานจะก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้เสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. การเสพยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท อาจแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1 การเสพที่ยอมรับได้ (Substance Acceptance) เป็นการเสพที่สังคมยอมรับและถูกกฎหมาย เช่น การดื่มสุรา หรือการใช้ยาหรือสารที่มีฤทธิ์เสพติดเพื่อประโยชน์กับผู้ป่วยในการบำบัดรักษา เช่น แพทย์สั่งยานอนหลับ/ยากล่อมประสาทหรือยาเสพติดบางชนิด ให้ผู้ป่วยเพื่อควบคุมอารมณ์หรือจิตใจ และเพื่อการรักษาอาการในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นต้น

2.2 การเสพติด (Substance Dependence or Addiction) เป็นการติดยาหรือสารทั้งที่เป็นยาหรือสารที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย โดยมีลักษณะสำคัญคือ ผู้เสพมีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะต้องเสาะแสวงหาหาหรือสารเหล่านั้นมาเสพตลอดเวลา แม้ว่าจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม

2.3 การเสพผิด (Substance/Drug Abuse) เป็นการใช้อย่างผิด อาจจะเป็นการเสพยาหรือสารที่ผิดกฎหมาย เช่น การสูบกัญชาเป็นครั้งคราว หรือการใช้ยาหรือสารที่ถูกกฎหมายในลักษณะที่เป็นอันตรายแก่ผู้ใช้ เช่น การใชยานอนหลับในปริมาณมาก ๆ หรือใช้บ่อย ๆ หรือการดื่มสุราจนมึนเมาแล้วไปขับรถจนเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

3. ความหมายของการใช้อย่างผิด (Drug Abuse)

จุดมุ่งหมายของการใช้ยาของมนุษย์นั้นมักจะใช้ยาเพื่อการรักษาโรคเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการใช้ยาเพื่อรักษาโรคนี้เรียกว่า Therapeutic Drug Use หรือ Medical Drug Use นอกจากนี้แล้ว การใช้ยาของมนุษย์ นอกจากใช้เพื่อการรักษาโรคแล้วมนุษย์เรายังมักแสวงหาหาหรือสารเคมีต่าง ๆ เพื่อมาสนองความต้องการบางอย่าง เช่น การใช้สารกระตุ้นประสาทเพื่อให้ร่างกายมีการตื่นตัวอยู่เสมอ (Stimulants) การใช้เพื่อความสนุกสนาน (Recreational Drug) ได้แก่ การดื่มสุราในการเลี้ยงสังสรรค์ (Social Drug Use) หรือการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททำให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (Euphoric) หรือใช้เพื่อหลบหนีจากความกดดันของสังคม การใช้ยาในพิธีกรรมต่าง ๆ (Religious purpose) เป็นต้น

การใช้ยาที่ไม่มีจุดมุ่งหมายทางการแพทย์ และทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ใช้ยา จะถือว่าการใช้นั้นเป็นการใช้อย่างผิด (Drug Abuse) เช่น การใช้ยาระงับประสาทในขนาดที่เกินกำหนดหรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การใช้ยาแก้ปวดบางชนิดเพื่อให้เกิดอารมณ์เคลิบเคลิ้ม ก็ถือว่าการใช้นั้นเป็นการใช้อย่างผิด นอกจากนี้ปัจจัยที่นำมาพิจารณาว่าการใช้นั้นผิดหรือไม่ ก็คือการยอมรับจากสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวผู้ใช้อยู่ด้วย เช่น การดื่มกาแฟซึ่งมีคาเฟอีนที่ทำให้ติด แต่มีการยอมรับจากทั่วโลกก็ถือว่าไม่ผิด หรือการดื่มสุราในงานเลี้ยงสังสรรค์ของผู้ใหญ่ในสังคมก็ไม่ถือว่าผิด แต่ถ้าการใช้ยานั้นทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายของผู้ใช้และก่อให้เกิดผลกระทบที่เสียหายต่อร่างกายของผู้เสพและต่อผู้อื่น

ในสังคมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินก็ถือว่าเป็นการใช้จ่ายในทางที่ผิด เช่น คนที่ดื่มสุราเป็นประจำและดื่มในปริมาณมากเพื่อแก้ปัญหา หรือความคับข้องใจในชีวิตจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เสพ ถือว่าบุคคลนั้นมีปัญหาจากการดื่ม (Drinking Problem) หรือคนที่ใช้จ่ายกระตุ้นประสาท จนทำให้เกิดการทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า กลุ่มยาที่นำมาใช้ในทางที่ผิด (Drug of Abuse) นั้นไม่ได้หมายถึงยาที่ใช้รักษาโรคอย่างเดียวนะ แต่รวมถึงสารเคมีตัวอื่นด้วย และมักจะเป็นผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ได้แก่ กลุ่มสารกระตุ้นประสาท (Stimulants) สารกดประสาท (Depressants) และกลุ่มที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท (Hallucinogens) กลุ่มยาเหล่านี้มักทำให้ผู้ใช้จ่ายพึงพอใจจากผลของการใช้ ซึ่งถ้าใช้ไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการพึ่งพิงยา (Drug Dependence) ทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจหรือทั้งสองอย่าง และการติดยา (Drug Addiction) ได้ และเมื่อมีการใช้ในทางที่ผิดไปสักระยะหนึ่ง ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงจากผลของยาดังนี้

1. จะต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากร่างกายผู้เสพเกิดอาการทนยา (Tolerance) โดยเมื่อได้รับยาในขนาดเดียวกัน แต่ผู้เสพกลับรู้สึกว่าการออกฤทธิ์ของยากลับน้อยลง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อให้มีการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับการเสพครั้งแรก
2. เกิดความต้องการยาหรืออาการพึ่งยา ทั้งทางจิตใจ (Psychic Dependence) และทางร่างกาย (Physical Dependence) ซึ่งอาการพึ่งยาทางจิตใจ (Psychic Dependence) เป็นความรู้สึกที่เป็นแรงผลักดันทางจิตใจที่จะได้รับยาไปเรื่อย ๆ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจากการเสพยา หรือเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ไม่ดีต่าง ๆ ที่เกิดจากการที่ไม่ได้เสพยา โดยที่ผู้ใช้จ่ายอาจจะรู้โทษของมันที่มีต่อร่างกาย แต่ก็อดไม่ได้ที่จะใช้ยาเหล่านั้น เช่น การติดบุหรี่ เป็นต้น ส่วนอาการพึ่งยาทางร่างกาย (Physical Dependence) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ใช้จากการใช้ยาอยู่เป็นประจำ เป็นระยะเวลานาน ทำให้จำเป็นต้องได้รับยาติดต่อกันเรื่อย ๆ เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะปกติ
3. เกิดอาการถอนยา (Withdrawal Syndrome) เมื่อขาดยา ซึ่งมีอาการหลายอย่างประกอบกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นลักษณะเฉพาะของยาแต่ละตัว เช่น อาการถอนยาของมอร์ฟีนจะพบว่ามีอาการวิตกกังวล กระวนกระวาย ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยาย หายใจเร็ว อย่างไรก็ตามยาที่นำมาใช้ในทางที่ผิดบางตัวก็ไม่ได้ทำให้เกิดอาการการพึ่งยาทางร่างกายแต่อาจติดทางจิตได้

4. ประเภทของยาหรือสารที่นำมาใช้ในทางที่ผิด

ยาหรือสารที่มีการนำมาใช้ในทางที่ผิด สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทที่ไม่มีประโยชน์สำหรับใช้ในทางการแพทย์ เช่น แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีน (Amphetamine/Methamphetamine) เฮโรอีน (Heroin) แอลเอสดี (LSD) เมสคาลีน (Mescaline) เป็นต้น

2. ประเภทที่มีประโยชน์สำหรับใช้ในทางการแพทย์ เช่น ฝิ่นยา (Opium) โคเคอินหรือโคเคน (Cocaine) โคเดอิน (Codeine) เคตามีน (Ketamine) มอร์ฟีน (Morphine) เมทาโดน (Methadone) ยาแก้ปวดประสาท/ยานอนหลับ เป็นต้น

5. การควบคุมวัตถุเสพติด

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาเสพติดเพื่อความทุกข์ของประชาชนและเพื่อความมั่นคง และได้มีการออกกฎหมายควบคุมวัตถุเสพติดที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการเสพติด หลายฉบับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
3. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533

ทั้งนี้ ได้มีการแบ่งประเภทของยาเสพติดออกเป็นแต่ละประเภทของยาเสพติด/วัตถุเสพติด ตามคำนิยามของแต่ละหน่วยงานและประเภทของกฎหมายที่เกี่ยวข้องไว้หลายประเภท ดังนี้

6. การแบ่งประเภทของยาเสพติด / วัตถุเสพติด

6.1 ยาเสพติดให้โทษ

ยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุนิติใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลาและสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง นอกจากนี้ ยาเสพติดยังรวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษผสมอยู่โดยยาเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ

ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีน

LSD, MDMA

ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคน ผีน โคเคอีน

ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับไว้ เช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอีน

ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)

ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม และเห็ดขี้ควาย

6.2 วัตถุออกฤทธิ์

วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตามความหมายใน พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 เรียกวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทว่า "วัตถุออกฤทธิ์" ซึ่งมีความหมายว่า วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติ หรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์ ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ คือ

ประเภทที่ 1 วัตถุออกฤทธิ์ที่มีอันตรายร้ายแรง มีประโยชน์ในด้านการแพทย์ บ้างแต่ไม่หรือไม่มีเลย เช่น Tetrahydrocannabinol (THC), Psilocybine เป็นต้น

ประเภทที่ 2 วัตถุออกฤทธิ์ที่มีอันตรายมาก มีประโยชน์น้อยในทางการแพทย์ เช่น Ketamine, Buprenorphine, Methylphenidate เป็นต้น

ประเภทที่ 3 วัตถุออกฤทธิ์ที่มีอันตรายมาก มีประโยชน์มากในทางการแพทย์ เช่น Amobarbital, Buprenorphine, Meprobamate เป็นต้น

ประเภทที่ 4 วัตถุออกฤทธิ์ที่มีอันตรายน้อยแต่ยังมีบ้าง มีประโยชน์ในทางการแพทย์มาก เช่น Alprazolam, Diazepam เป็นต้น

6.3 สารระเหย

สารระเหย หมายความว่าตามพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ว่าสารเคมีหรือผลิตภัณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศว่าเป็นสารระเหย โดยสารเคมีและผลิตภัณฑ์ที่กำหนดให้เป็นสารระเหย ตามพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ดังนี้ คือ

6.3.1 ให้สารเคมีดังต่อไปนี้ รวมทั้งสารเคมีที่มีชื่อเรียกเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างอย่างเดียวกันเป็นสารระเหย ได้แก่ อาลิฟาติกไฮโดรคาร์บอน (Aliphatic Hydrocarbon) และอาโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Aromatic Hydrocarbon) คีโตน (Ketone) เอสเตอร์ (Ester) และอีเทอร์ (Ether)

6.3.2 ให้ผลิตภัณฑ์ที่มีชื่อต่อไปนี้ หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นซึ่งมีสารเคมีตามข้อ 2 ชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดผสมอยู่เป็นสารระเหย ได้แก่ ทินเนอร์ (Thinners) แลคเกอร์ (Lacquers) กาวอินทรีย์สังเคราะห์ (Synthetic Organic Adhesive) ที่มียางนีโอพรีน (Neoprene Based) หรือสารกลุ่ม (Vinyl Resin Based) เป็นส่วนประกอบ กาวอินทรีย์ธรรมชาติ (Nature Organic Adhesive) ที่มียางสนหรือชันสน (Resin) ยางธรรมชาติ (Natural Rubber หรือ Isoprene) หรือสารเซลลูโลส (Cellulose) เป็นตัวประสาน และ ลูกโป่งวิทยาศาสตร์ หรือลูกโป่งพลาสติค (Blowing Balloon)

ส่วนองค์การอนามัยโลก ได้แบ่งประเภทของยาและสารเสพติดออกเป็น 10 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้คือ 1) สุรา (Alcohol) 2) กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids) 3) กัญชา (Cannabinoids) 4) ยาแก้ปวดประสาทและยานอนหลับ (Sedatives and Hypnotics) 5) โคเคน (Cocaine) 6) กลุ่มกระตุ้นประสาท (Stimulants Caffeine) 7) กลุ่มหลอนประสาท (Hallucinogens) 8) ยาสูบ (Tobacco) 9) สารระเหย (Volatile Solvents) และ 10) กลุ่มที่ใช้ยาหลายตัวและวัตถุออกฤทธิ์อื่น ๆ (Multiple drug use and use of other psychoactive substances) ซึ่งยาและสารเสพติด ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น มีคุณสมบัติที่แตกต่างกันไปดังรายละเอียดต่อไปนี้

7. ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของวัตถุเสพติด

วัตถุเสพติดแต่ละประเภท มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ทั้งการออกฤทธิ์ ผลต่อร่างกาย ผลต่อจิตใจ ตลอดจนประโยชน์ของวัตถุเสพติดบางประเภทซึ่งสามารถนำมาใช้ในการแพทย์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของวัตถุเสพติดแต่ละประเภทแยก ได้ดังนี้

ยาบ้า เป็นสารสังเคราะห์ที่มีแอมเฟตามีน (Amphetamine) หรือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นส่วนประกอบ มีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น ยาบ้า ยาม้า ยาขยัน ยาแก้ง่วง ยาได้ปานิยมเสพโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหาร หรือเครื่องดื่ม หรือเสพโดยนำยาบ้ามาบดแล้วนำไปไล่น้ำมันแล้วสูดดมเป็นไอระเหยเข้าสู่ร่างกาย ออกฤทธิ์ กระตุ้นประสาท (Stimulant) ลักษณะทั่วไปโดยส่วนใหญ่เป็นเม็ดกลมแบน มีสีต่าง ๆ เช่น สีขาว สีน้ำตาล สีส้ม สีเหลือง สีม่วง ฯลฯ มีสัญลักษณ์บนเม็ดยาเป็นรูปหรือตัวอักษร เช่น W, WY หากเป็นผลึกใสเรียกว่า "ICE" คือแอมเฟตามีน จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ผู้เสพยามีอาการเบื่ออาหาร ตื่นเต้น พุดมาก ไม่รู้สึกร่วง ขุนเขี้ยว เกิดอาการทางจิตประสาทหลอน เพ้อคลั่ง หวาดระแวง วิดกกังวล

กัญชา (Marijuana) เป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่ง มีชื่อเรียกอื่น เช่น เนื้อ ไทยสติก (Thai-stick) ส่วนที่นำมาใช้เสพคือ ใบและยอดช่อดอกตัวเมีย นำมาตากแห้งหรืออบให้แห้งแล้วนำมาทำเป็นแท่ง (Stick) หรืออัดเป็นก้อน นิยมเสพโดยการสูบ (Smoking) หรือรับประทาน (Oral) ออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ กระตุ้นประสาท กดประสาท และหลอนประสาท โดยสารที่ออกฤทธิ์ คือ Tetrahydrocannabinol – THC เมื่อเสพแล้วในระยะแรกของการเสพจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ผู้เสพจะมีอาการร่าเริง ช่างพูด หัวเราะง่าย ระยะต่อมาจะมีอาการคล้ายคนเมาเหล้า เนื่องจากออกฤทธิ์กดประสาททำให้มีอาการง่วงนอน ชีพประสาทหลอน เพ้อคลั่ง หวาดระแวง จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ฝิ่น (Opium) ได้มาจากยางของผลฝิ่นที่ถูกกรีด จะมีสีขาว เมื่อถูกอากาศจะมีสีคล้ำลง กลายเป็นยางเหนียวสีน้ำตาลไหม้หรือดำ มีกลิ่นเหม็นเขียวและระทมเรียกว่า “ฝิ่นดิบ” ส่วนฝิ่นที่มีการนำมาใช้เสพ เรียกว่า “ฝิ่นสุก” ได้มาจากการนำฝิ่นดิบไปต้มหรือเคี่ยวจนสุก หากเป็นฝิ่นที่คลุกยาสูบ ยาเส้น ใบพลู ใบจาก หรือกัญชาใช้ม้วนสูบด้วยกล้องจะเรียกอีกชื่อว่า “หมู” การสูบบุหรี่ นิยมเสพโดยการสูบ (Smoking) หรือรับประทาน (Oral) ออกฤทธิ์กดประสาท ผู้เสพจะมีอาการจิตใจเลื่องลอย ง่วงซึม อารมณ์ดี ความคิดและการตัดสินใจเชื่องช้า หากเสพเป็นเวลานาน สุขภาพจะทรุดโทรม ชูบผอม อ่อนเพลีย ชีพเศร้า ความจำเสื่อม จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ในทางการแพทย์ได้นำฝิ่นมาใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมผลิตยาแก้ไอ

เฮโรอีน (Heroin), Diacetylmorphine มีชื่อเรียกอื่น ๆ ได้แก่ ผงขาว แคป และ ไอร์อะเหย ลักษณะทั่วไปของเฮโรอีน เป็นผงละเอียดสีขาว มีรสขม ไม่มีกลิ่น หรือลักษณะเป็นเกล็ด ไม่มีกลิ่น มีสีต่าง ๆ เช่น สีน้ำตาล หรือสีเหลืองอ่อน นิยมเสพโดยการสูบ (Smoking) การสูด (Sniff) และการฉีด (Injection) ออกฤทธิ์กดประสาท มีช่วงระยะเวลาออกฤทธิ์ 3-6 ชั่วโมง ผู้เสพจะมีอาการ มึนงง เชื่องซึม เคลิบเคลิ้ม คลื่นไส้ อาเจียน ร่างกายทรุดโทรม ประสาทเสื่อม จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

สารระเหย เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปทั่วไป เช่น ทินเนอร์ แล็กเกอร์ กาวยาง น้ำยาทาเล็บ สีสเปรย์และลูกโป่งวิทยาศาสตร์ เสพโดยวิธีการสูดดม (Inhalation) ออกฤทธิ์กดประสาท ระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 1-2 ชั่วโมง แล้วแต่ปริมาณการเสพ ผู้เสพจะมีอาการ ตื่นเต้น รู้สึกเป็นสุข ร่าเริง อาการคล้ายคนเมาสุรา พูดไม่ชัด ความคิดสับสน ง่วงนอน เหม่อซึม และเมื่ออยู่ใกล้จะได้กลิ่นสารระเหยตามเสื้อผ้าและลมหายใจ จัดเป็นยาเสพติดประเภทสารระเหย ตามพระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533

เคตามีน (Ketamine) จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518 ในทางการแพทย์ใช้เป็นยาสลบ (anesthetic) มีชื่อเรียกอื่น ๆ ได้แก่ ยาเค, Special K, Super K, Vitamin K, New Ecstasy, Super acid, jet, green, cat Valium มีลักษณะเป็นยาฉีดน้ำใส บรรจุในขวดแก้วขนาด 10 ซีซี. เสพด้วยวิธีการสูด (Sniff) สูบ (Smoking) หรือละลายน้ำดื่ม เวลาใช้เสพจะนำน้ำยาเคตามีนมาอบให้แห้งเหลือแต่ตะกอนสีขาวของยา ออกฤทธิ์หลอนประสาท มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ 18-24 ชั่วโมง ผู้เสพมีอาการเพ้อคลั่ง สูญเสียความทรงจำ ชีพจรเร็ว การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สัมพันธ์กัน เคลิบเคลิ้ม ประสาทหลอน

ยาอี (Methylenedioxymphetamine: MDA, Methylenedioxymethamphetamine: MDMA) มีลักษณะเป็นเม็ดกลมแบน ด้านหนึ่งนูน หรือเรียบ หรือมีเส้นแบ่งครึ่งมีรูปภาพ เช่น รูปดอกไม้ ฝักเห็ด การ์ตูน หรืออักษร เช่น Adam Love เป็นต้น มีสีต่าง ๆ เช่น สีขาว สีส้ม สีเหลือง สีชมพู เป็นต้น นิยมเสพโดยวิธีการกิน (Oral) หรือการฉีด (Injection) ออกฤทธิ์หลอนประสาท ทำให้ผู้เสพรู้สึกสนุกสนาน อารมณ์เป็นสุข ประสาทหลอน ความคิดสับสน หวาดวิตก หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ ผู้เสพจะรู้สึกซึมเศร้าหลังจากยาหมดฤทธิ์ หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคจิตได้ ยาอีจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

โคเคน (Cocaine) เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มีลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาว มีรสขม ไม่มีกลิ่น มักนิยมเสพโดยวิธีการสูด (Sniff) การสูบ (Smoking) หรือฉีด (Injection) มีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น Coke, Snow, Nose Candy, Big C, Lady, White, Flake, Rock, Crake, Speed Ball เป็นต้น ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท โดยมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 1-2 ชั่วโมง ผู้เสพจะมีอาการเคลิบเคลิ้มและตื่นเต้น มีความมั่นใจสูง และหากใช้ในขนาดปริมาณสูง จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ในทางการแพทย์ใช้เป็นยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic)

ไนตรัสออกไซด์ (Nitrous oxide) มีลักษณะเป็นแก๊สไม่มีสี มีรสหวาน มีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าแก๊สหัวเราะ ประโยชน์ในทางการแพทย์จะใช้เป็นแก๊สดมสลบก่อนการผ่าตัด หรือถอนฟัน จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 บัญชี ก. (รายการยาที่มีความจำเป็นสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับชั้น) นอกจากนี้ยังใช้ผสมอาหาร หรือแต่งหน้าอาหาร ไนตรัสออกไซด์ออกฤทธิ์กดประสาท โดยมีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ 2-3 นาทีหลังการสูดดม เสพโดยใช้ปากดูด แก๊สจากลูกโป่งที่อัดแก๊สไนตรัสออกไซด์ ผู้เสพจะมีอาการเบลอ เคลิบเคลิ้ม ตัวลอย มีความสุข

แอล เอส ดี (LSD: Lysergic Acid Diethylamide) มีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น แอซิด (Acid) กระดาษเมา (Magic Paper, Magic stamp) ไมโครด็อท (Microdot) เป็นต้น ส่วนใหญ่พบอยู่ในรูปชนิดแผ่น มีลวดลายหรือรูปภาพลักษณะคล้ายแสดมปี ไม่มีกลิ่น นิยมแบ่งเป็นชิ้นเล็ก ๆ สำหรับการเสพแต่ละครั้ง วิธีเสพใช้อมไว้ในปาก ออกฤทธิ์หลอนประสาท (Hallucinogen) ทำให้เกิดอาการหลอนประสาทอย่างรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ กล่าวทำในสิ่งต่าง ๆ เมื่อเสพติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ 8-12 ชั่วโมง จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

กระท่อม (Kratom) เป็นพืชเมืองร้อนขนาดใหญ่ ส่วนที่นำมาใช้ในการเสพ คือ ใบ มีชื่อเรียกอื่น ๆ ได้แก่ อีแดง กระท่อม ท่อม ท่ม เป็นต้น มีวิธีการเสพโดยการสูบ (Smoking) เคี้ยว (Chewing) หรือชงเป็นชา (Tea) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท โดยสารที่ออกฤทธิ์ ได้แก่ mitragynine ผู้เสพจะรู้สึกเป็นสุขในระยะแรกของการเสพ แข็งแรงและกระตือรือร้น ระยะต่อมาจะรู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ผิวน้ำค้ำ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แต่ในทางการแพทย์ ใบกระท่อมใช้เป็นยาสมุนไพรปรุงเป็นยา เรียกว่า ประสะกระท่อม รักษาโรคบิด แก้ปวดมวนท้อง ท้องเสีย ท้องร่วง ทำให้นอนหลับ และระงับประสาท

ยาแก้ไอผสมโคเดอีน มีลักษณะเป็นยาปรุงน้ำเชื่อม บรรจุในขวดขนาด 60 หรือ 100 ซีซี. ในทางการแพทย์ใช้รักษาอาการไอ มีฤทธิ์กดประสาท ทำให้เกิดอาการง่วงซึม มึนเมา หากเสพปริมาณมากจะทำให้เคลิบเคลิ้ม นิยมเสพโดยการดื่มผสมกับเครื่องดื่ม จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 3 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

ยากล่อมประสาท / ยานอนหลับ

อัลปราโซแลม (Alprazolam) มีลักษณะเป็นยาเม็ดรูปไข่ สีขาว ชมพูอ่อน หรือสีม่วง มีขนาดความแรงของยาหลายขนาด ตั้งแต่ 0.25 มก., 0.5 มก. และ 1 มก. ต่อเม็ด มีชื่อเรียกอื่น ๆ ได้แก่ ยาเสียวตัว ชาแน็ก โซแลม เป็นต้น เสพด้วยวิธีการรับประทาน มีฤทธิ์กดประสาท ทำให้ผู้เสพมีอาการมึนเมา เดี๋ยวเซ คล้ายคนเมาสุรา จัดเป็นยาเสพติดประเภทวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ในทางการแพทย์ใช้เป็นยากล่อมประสาท ซึ่งใช้ในการรักษาอาการวิตกกังวล

ไดอะซีแพม (Diazepam) มีชื่อเรียกอย่างอื่น ได้แก่ แวเลียม เป็นยาเม็ดเล็ก กลม มีทั้งชนิดเคลือบน้ำตาลและไม่เคลือบ สีขาว เหลือง ชมพู ส้ม หรือแดง และชนิดแคปซูล มีขนาดความแรงชนิดเม็ดละ 2, 5 และ 10 มก. ในทางการแพทย์ใช้เป็นยากล่อมประสาท รักษาอาการวิตก

กังวล ออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้มีอาการมึนเมา เดินเซ คล้ายคนเมาสุรา จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 4 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

มิดาโซแลม (Midazolam) มีลักษณะเป็นยาเม็ดเล็ก รูปไข่ มีสีฟ้า ขนาดความแรงเม็ดละ 15 มก. ในทางการแพทย์ เป็นยานอนหลับ ใช้รักษาอาการวิตกกังวล จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้มีอาการมึนเมา เดินเซ คล้ายคนเมาสุรา มีช่วงระยะเวลาการออกฤทธิ์ 10-20 นาที เสพโดยวิธีการรับประทานหรือฉีด ชื่ออื่น ๆ ที่เรียก ได้แก่ ยามอม ยาสลบ ดอร์มิกุม เป็นต้น

ไนเมตาซีแพม (Nimetazepam) เป็นยาเม็ดสีส้มอ่อน ด้านหนึ่งมีสัญลักษณ์รูปดอกไม้และตัวเลข 028 อีกด้านมีตัวเลข 5 เสพโดยวิธีการรับประทาน ออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้ผู้เสพมีอาการมึนเมา ระยะเวลาการออกฤทธิ์ 10-15 นาที จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น Erimin, Happy 5, Fruit of happiness, hypnon, malmin ในทางการแพทย์เป็นยานอนหลับ ใช้ประโยชน์ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ

เด็กโตรเมโทแฟน (Dextromethophan) มีลักษณะเป็นเม็ดกลมเคลือบน้ำตาล สีแดง เขียว หรือเหลือง ขนาดความแรงเม็ดละ 15 มก. ในทางการแพทย์ใช้เป็นยารักษาอาการไอ จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทยาอันตราย ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เสพโดยวิธีรับประทาน ออกฤทธิ์กดประสาท เมื่อเสพในปริมาณมากจะทำให้มึนเมา และเคลิบเคลิ้ม มีชื่อเรียกอื่น ๆ ได้แก่ Dex, DXM, Red Devil, Vitamin D เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจและให้ความสำคัญกับยาเสพติดประเภท "ยาบ้า" ซึ่งเป็นยาเสพติดที่มีส่วนผสมของสารเคมีประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันพบว่า เป็นยาเสพติดที่เป็นปัญหาหลัก และส่งผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ทั้งด้านสุขภาพของประชากร ด้านเศรษฐกิจ และสังคม และเกี่ยวข้องกับความมั่นคงของชาติ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจสถานการณ์ยาเสพติดในชุมชนระดับครัวเรือนหลังรัฐบาลประกาศทำสงครามกับยาเสพติดเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าสถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังคงมีอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ และพบว่า "ยาบ้า" เป็นปัญหาหลัก โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน ที่มีมากถึง ร้อยละ 47.9 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้เสพยาเสพติดของประเทศไทย

ปี 2546, 2550 และ 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 460,000 คน 570,000 คน และ 605,000 คน ตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประเทศไทย

ประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหายาเสพติดมาเป็นเวลาช้านาน และรัฐบาลในแต่ละยุคได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด นับตั้งแต่อดีตจนกระทั่งในปัจจุบัน ได้มีการจัดกลุ่มแก้ไขปัญหายาเสพติดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปใช้ยาเสพติด (Potential Demand) 2) ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด (Demand) และ 3) ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด (Supply)

ในส่วนของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (Demand) นั้น ประเทศไทยได้กำหนดให้มีระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) โดยศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ 82/2546 ลงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 เรื่องแนวทางการจัดทำระบบข้อมูลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต มอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักในระดับชาติ และได้มีการพัฒนามาโดยตลอด โดยในปี 2550 ได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่ 25/2550 ลงวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2550 เรื่องการปรับปรุงแบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด บสต. 1-5 ในโปรแกรมระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งที่ 340/2553 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด นอกจากนี้ยังได้กำหนดยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาผู้ป่วย/ผู้เสพยาเสพติดโดยมีรายละเอียดระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว ดังนี้

ระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยได้กำหนดนโยบายให้มีการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติด การคัดกรอง การบำบัดรักษาและการติดตามผลการบำบัดรักษา โดยในการค้นหารายชื่อผู้ใช้ยาเสพติดหรือการรายงานตัวผู้ใช้ยาเสพติดนั้น ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) ได้กำหนดแนวทางดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการโดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ได้แก่ กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจชุมชน เจ้าหน้าที่อำเภอ พระ แกนนำในชุมชน เป็นต้น

2. ดำเนินการค้นหาผู้ใช้ (ผู้ติด ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดรุนแรง) และผู้ค้า ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

3. จัดทำบัญชีรายชื่อจากการสำรวจโดยใช้แบบรายงานเบื้องต้นการใช้ยาเสพติดในหมู่บ้าน / ชุมชน บสต.1 สำหรับผู้ใช้ (ผู้ติด ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดรุนแรง) และแบบรายงานการค้ายาเสพติดในหมู่บ้าน / ชุมชน บสต.6

4. คณะกรรมการฯ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลรายชื่อบุคคลต่าง ๆ เช่นสังเกตพฤติกรรม บุคลิกภาพ พูดคุย/สัมภาษณ์ เพื่อพิจารณาตรวจริยธรรมทางการแพทย์

5. จัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลต่าง ๆ ที่ได้รับการยืนยันแล้วด้วยแบบ บสต.1 ส่งให้ ศูนย์ต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดอำเภอ / กิ่งอำเภอ (ศตส.อ./กิ่ง อ.)

สำหรับกิจกรรมการค้นหา การจำแนกคัดกรอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเมื่อกลับสู่ชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

การจำแนกคัดกรอง

ในการจำแนกคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และผู้ติดยาเสพติดรุนแรงนั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คณะกรรมการดำเนินการจัดส่งผู้ที่มีรายชื่อกำหนดเป็นผู้ใช้ยาเสพติดให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดของศูนย์ต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด กทม. ศูนย์ต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด น.1-9 ศูนย์ต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัด ศูนย์ต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดอำเภอ/กิ่งอำเภอ เพื่อที่จะได้จำแนกคัดกรอง โดยผู้ที่ทำการจำแนกคัดกรองเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ ในการจำแนกคัดกรองใช้วิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติดโดยตรง โดยใช้เกณฑ์การจำแนกคัดกรองตามคู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังการรักษาสำหรับผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข และเมื่อคัดกรองได้ผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดแล้ว ส่งตัวผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา บสต.2 (ปกปิด)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

เมื่อคณะกรรมการทำการจำแนกคัดกรองผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดแล้ว ส่งเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานที่ทำการบำบัดที่เหมาะสม เช่นศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลในพื้นที่ หรือบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน ในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพหรือสถานที่ที่กำหนด และสถานที่ทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติด



1669-0015

ยาเสพติด ทุกแห่งต้องทำบันทึกและรายงานผู้ป่วยยาเสพติดด้วยแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด บสต.3 (ปกปิด)

ในการบำบัดรักษานั้นหากผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด จะถูกส่งเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามผลการจำแนกในแบบ บสต.2 แต่หากผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องเข้าสู่ระบบบังคับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด ตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 หรือต้องเข้าสู่ระบบต้องโทษหรือกฎหมายอื่น

รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้พยายามแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด โดยมีความพยายามที่จะนำตัวผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้กลับมามีคุณภาพชีวิตดังเดิม โดยแต่เดิมนั้น ได้กำหนดให้มีระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดไว้ 2 ระบบ ได้แก่

ระบบที่ 1 การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (Voluntary System) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดซึ่งต้องการเลิกเสพยาสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งในการดำเนินการที่ผ่านมา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบขั้นตอน

ระบบที่ 2 การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ (Correctional System) เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดไว้ในทัณฑสถานบำบัดของกรมราชทัณฑ์ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ซึ่งในการดำเนินการบำบัดรักษาในระบบที่ 2 นี้ ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาประสบปัญหาสถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และเนื่องจากการควบคุมตัวของผู้ที่ถูกดำเนินคดีด้านยาเสพติด เป็นการควบคุมตัวร่วมกับผู้กระทำผิดคดีอื่น ๆ ทำให้ผู้ติดยาเรียนรู้พฤติกรรมอาชญากรด้านอื่น ๆ ตลอดจนผู้ที่ถูกควบคุมตัวด้วยคดีอื่น ๆ ก็มีโอกาสรู้วิธีการเสพยาเสพติดได้ นอกจากนี้เมื่อผู้ติดยาเสพติดพ้นโทษออกมาก็จะมีประวัติอาชญากรติดตัวซึ่งสังคมไม่ยอมรับ ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาด้วยระบบนี้ ในการดำรงชีพในสังคมในภายหลัง

ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหานี้ของทั้ง 2 ระบบดังกล่าวในอดีตที่ผ่านมา จึงมีแนวคิดให้มีระบบการบังคับบำบัดขึ้น ด้วยการตราเป็นพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2534 แต่ไม่มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายด้วยเหตุหลายประการ ซึ่งต่อมากระทรวงยุติธรรมจึงได้มีการขอแก้ไขพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เพื่อให้มีความสมบูรณ์ในการบังคับใช้และให้สอดคล้องกับ



หลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และจากนโยบายของรัฐบาลที่เห็นว่าปัญหาเสพติดในประเทศไทย เป็นปัญหาวิกฤตที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม การเมือง ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และคุณภาพประชากร โดยเฉพาะปัญหาจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่มีจำนวนสูงขึ้น และแพร่ระบาดไปยังกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ จึงกำหนดนโยบายสำคัญเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยใช้หลัก "การป้องกันนำหน้าการปราบปราม ผู้เสพต้องได้รับการรักษา และผู้ค้าต้องได้รับการลงโทษอย่างเด็ดขาด" ซึ่งหลักการดังกล่าว รัฐบาลได้กำหนดให้ผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากร และต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างทั่วถึง ประกอบกับได้มีแนวคิดให้ขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพและผู้จำหน่ายเล็กน้อย รวมทั้งเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดดังกล่าว ตลอดจนขยายสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด และสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการทหาร สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งเป็นการระดมทรัพยากรเพื่อแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกัน จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ขึ้นใหม่โดยมีผลยกเลิกพระราชบัญญัติเดิมดังกล่าว ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่ม 119 ตอนที่ 96 ลงวันที่ 30 กันยายน 2545 และมีผลบังคับใช้วันที่ 1 ตุลาคม 2545 ซึ่งข้อดีของระบบบังคับบำบัด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 คือ

1. เป็นการจัดตั้งวงจรผู้เสพออกจากผู้ค้าด้วยการบำบัด
2. เป็นการบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นที่ยอมรับตามหลักวิชาการ ว่าผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทั้งร่างกาย และจิตใจ ให้เข้มแข็งจนสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้เป็นเวลาและไม่หวนกลับไปเสพซ้ำ
3. ระบบบังคับบำบัดอาจเป็นแนวผลักดันให้ผู้เสติดที่มีอาชีพมั่นคงอยู่แล้ว สมัครใจเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องการถูกจับกุมตัวส่งเข้าศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งต้องรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน
4. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มีโอกาสพัฒนาตนเองให้กลับตนเป็นพลเมืองดี ได้รับการฝึกฝนทักษะและฝึกฝนอาชีพจนสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ไม่ต้องมีประวัติทางคดีสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ

การบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 นี้ กรมคุมประพฤติเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ แต่เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องหน่วยงานรองรับการดำเนินการบำบัดรักษาของกรมคุมประพฤติ ที่มีหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียวที่ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูตามกฎหมายดังกล่าว คือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ที่อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ดังนั้นการดำเนินการตามกฎหมายการบังคับบำบัดนี้จึงเป็นการดำเนินการในลักษณะพหุภาคีโดยมีหน่วยงานที่มีศักยภาพอยู่แล้วเข้ามาทำงานร่วมกัน อาทิเช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงานและกรุงเทพมหานคร เป็นต้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดจำนวนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด โดยใช้กลไกของกฎหมาย

การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเมื่อส่งกลับสู่ชุมชน

ผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการคัดกรองจำแนกจากคณะกรรมการฯ จะได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานที่บำบัดรักษาอย่างเหมาะสม ตามดุลยพินิจของคณะกรรมการ และเมื่อผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามกำหนด และกลับเข้าสู่ชุมชนแล้ว สถานที่ที่ทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดดังกล่าว มีหน้าที่จัดทำข้อมูลตามแบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.4 เพื่อให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของ ศตส.กทม. ศตส.น.1-9 ศตส.จ. และ ศตส.อ./กิง อ. ใช้ในการดำเนินการติดตามช่วยเหลือผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดเป็นรายบุคคลเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย ประชาคมองค์กรชุมชนเข้มแข็ง และองค์กรอาสาสมัครในพื้นที่ ในการเตรียมชุมชนเพื่อรองรับให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ และจัดทำรายงานตามแบบการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามแบบรายงาน บสต.5 แต่หากผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบกำหนดหรือไม่สำเร็จ รวมทั้งผู้ที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสำเร็จ แต่ไม่สามารถติดตามได้ครบตามกำหนด เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนแล้ว ให้คณะกรรมการดำเนินการติดตามตามระบบการค้นหาผู้ใช้สารเสพติด โดยในกรณีที่ผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้คณะกรรมการท้องถิ่นดำเนินการเพื่อให้ผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดรายนั้นเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอีกครั้ง แต่หากเป็นกรณีผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดถูกบังคับบำบัด ให้อาสาสมัครคุมประพฤติติดตามเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอีกครั้ง

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่านโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในปัจจุบันนั้น รัฐบาลได้จัดกลุ่มการแก้ไขปัญหายาเสพติดออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปใช้ยาเสพติด (Potential Demand) ซึ่งเป็นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนไม่ให้เข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติด 2) ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด (Demand) โดยกำหนดให้ผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อคืนคนดีสู่สังคม ตลอดจนเฝ้าติดตามช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และ 3) ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ค้ายาเสพติด (Supply) โดยการบังคับใช้กฎหมายและเพิ่มมาตรการการปราบปรามอย่างเข้มงวด

กลยุทธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประเทศไทย

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด ด้วยการกำหนดและประกาศใช้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังรายละเอียดแต่ละกลยุทธ์ ดังนี้

1. กลยุทธ์ “แยกสลาย ทำลายโครงสร้างปัญหา”

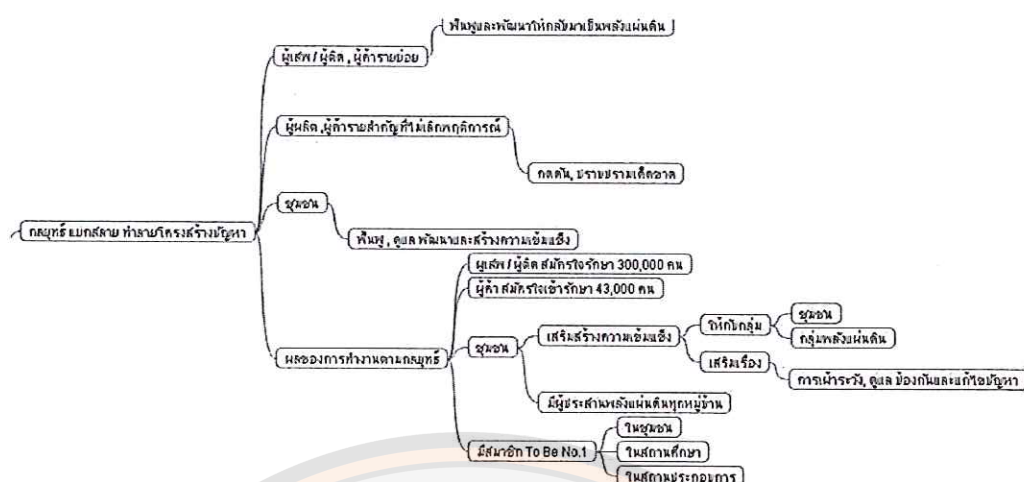
ในปี พ.ศ.2546 รัฐบาลไทยภายใต้การนำของ พตท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้ประกาศสงครามเพื่อเอาชนะยาเสพติด โดยใช้กลยุทธ์ “แยกสลาย ทำลายโครงสร้างปัญหา” โดยให้ความสำคัญกับ

ผู้เสพ / ผู้ติด / ผู้ค้ารายย่อย มีมาตรการให้ดำเนินการบำบัดรักษาฟื้นฟู และพัฒนาให้กลับมาเป็นคนดีของสังคมต่อไป

ผู้ผลิต / ผู้ค้ารายสำคัญที่ไม่เลิกพฤติกรรม มีมาตรการให้มีการกีดกัน และปราบปรามอย่างเด็ดขาด

ชุมชน มีมาตรการให้ดำเนินการฟื้นฟู ดูแล พัฒนาและสร้างความเข้มแข็ง

ผลของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ ได้ส่งผลให้ มีผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา 300,000 คน ผู้ค้ายาเสพติดสมัครใจเข้ารับการรักษารักษา 43,000 คน ในด้านชุมชน ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มพลังแผ่นดินในเรื่องของการเฝ้าระวัง ดูแล ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ทำให้มีผู้ประสานพลังแผ่นดินทุกหมู่บ้าน ดังภาพ 1 ดังต่อไปนี้



ภาพ 1 รายละเอียดกลยุทธ์แยกสลาย ทำลายโครงสร้างปัญหา

2. กลยุทธ์ “3 ลด 3 เพิ่ม 3 เน้น”

ในปี 2551 รัฐบาลภายใต้การบริหารงานของนายสมัคร สุนทรเวช นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายต่อสภา กำหนดให้ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไขในปีแรกในการเร่งรัดแก้ไขปัญหาเสพติดและปราบปรามผู้มีอิทธิพล โดยยังคงยึดหลักการ “ผู้เสพ คือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา ส่วนผู้ค้าคือผู้ที่ต้องได้รับโทษตามกฎหมายกระบวนกฤษฎีธรรม และเห็นชอบให้มีปฏิบัติการ “รวมพลังประชาไทย พันภัยยาเสพติด” ในห้วงระยะเวลา 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2551 ภายใต้กลยุทธ์ “3 ลด 3 เพิ่ม 3 เน้น” รายละเอียดดังนี้

3 ลด หมายถึง การลดปัจจัยปัญหาเสพติดทั้งผู้ค้า ผู้เสพ กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง 3 เพิ่ม คือเพิ่มมาตรการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ให้เข้มแข็ง เพิ่มบทบาทภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพิ่มบทบาทช่องทางสาธารณะร่วมเฝ้าระวังยาเสพติด 3 เน้น คือ เน้นกรุงเทพมหานครและปริมณฑลบางพื้นที่ เน้นพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเน้นพื้นที่นำเข้าและพื้นที่ต่อเนื่องซ้ำซาก

3. ยุทธศาสตร์ 5 รื้อป้องกัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

ในปี 2552 รัฐบาลไทยภายใต้การบริหารงานของ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้มีการประกาศนโยบายการแก้ไขปัญหาเสพติด ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 รื้อป้องกันขึ้น และได้ออกหนังสือคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 249/2552 เรื่อง ปฏิบัติการประเทศไทย เข้มแข็ง ชะยาเสพติดยั่งยืน โดย “รื้อ” หมายถึง การสร้างภูมิคุ้มกัน สร้างกิจกรรม สร้างกระบวนการทำงานทั้งภาครัฐและประชาชนให้ได้ดำเนินการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียด ดังนี้

รั้วที่ 1 รั้วชายแดน: การสกัดกั้นการนำเข้ายาเสพติดตามแนวชายแดน ซึ่งมี กองบัญชาการกองทัพไทยเป็นเจ้าภาพหลัก ทำหน้าที่สกัดกั้นการนำเข้ายาเสพติดตามแนว ชายแดน จัดตั้งอาสาสมัครประชาชนในหมู่บ้านชายแดนเพื่อเฝ้าระวังและสกัดกั้นยาเสพติดในเชิง รุกโดยใช้มาตรการทางการข่าว

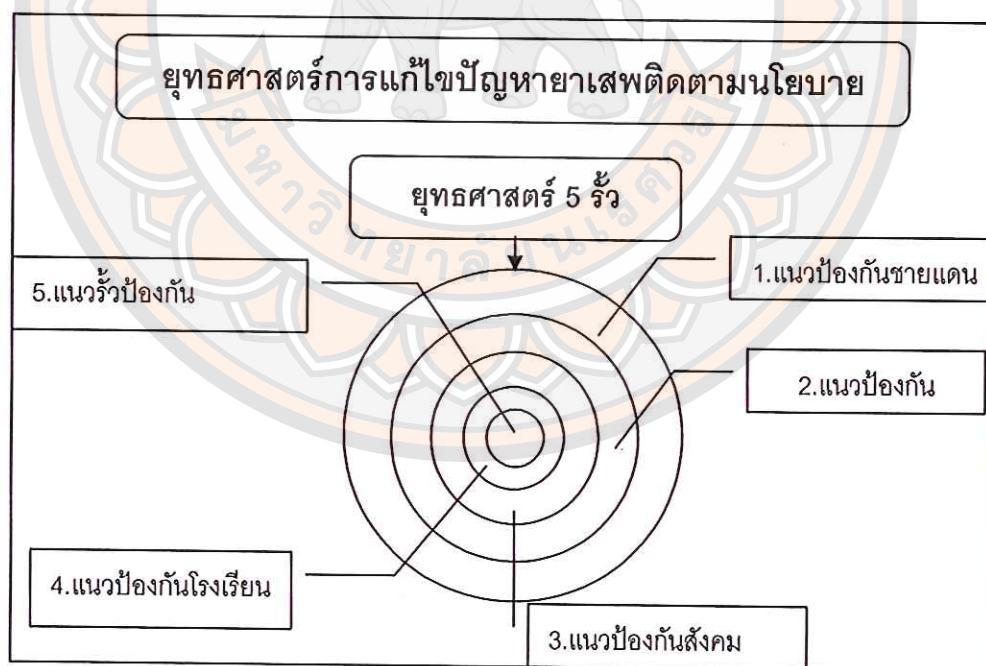
รั้วที่ 2 รั้วชุมชน: การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาสังคมป้องกันยา เสพติด โดยรัฐบาลสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสังคมด้านต่าง ๆ

รั้วที่ 3 รั้วสังคม: การจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการ ที่มุ่งเน้นการจัดระเบียบสังคม แบบบูรณาการ

รั้วที่ 4 รั้วโรงเรียน: โรงเรียนป้องกันยาเสพติด โดยมีกระทรวงศึกษาธิการเป็น เจ้าภาพหลัก ทำหน้าที่สำรวจและจัดทำข้อมูลค้นหาผู้เสพ/ผู้ติด/ผู้ค้า และเยาวชนกลุ่มเสี่ยง

รั้วที่ 5 รั้วครอบครัว: โครงการ ครอบครัวสีขาว ครอบครัวเข้มแข็ง ซึ่งกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเจ้าภาพหลัก เน้นการส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน

รายละเอียดดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 ยุทธศาสตร์ 5 รั้วป้องกัน

ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553

4. กลยุทธ์การดำเนินงาน 7 แผน 4 ปรับ 3 หลัก 6 แรง

ในปี 2554 รัฐบาลไทย ภายใต้การบริหารงานของ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีได้ลงนามในคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 154/2554 กำหนดยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด และจัดตั้งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรอำนวยการระดับชาติ โดยมีกลยุทธ์การดำเนินงานคือ 7 แผน 4 ปรับ 3 หลัก 6 แรง เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยึดเป็นหลักในการขับเคลื่อนงานยาเสพติด มีรายละเอียดดังนี้

7 แผน ประกอบด้วย

1. แผนสร้างพลังสังคมและพลังชุมชนเอาชนะยาเสพติด ทำให้หมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ ประมาณ 60,000 แห่ง มีการรวมตัวเป็นพลังแผ่นดิน และใช้พลังนี้ดำเนินการป้องกันเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน

2. แผนการแก้ไขปัญหาลดผู้เสพผู้ติด (Demand) ลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย ประมาณการว่า จำนวนผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยในขณะนี้ ประมาณ 1.2 ล้านคน รัฐบาลจะดำเนินการลดผู้เสพเหล่านี้ทั้งหมดใน 4 ปี โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปีแรกจะดำเนินการให้ได้ถึง 400,000 คนทั่วประเทศ

3. แผนสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันยาเสพติด (Potential Demand) มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้กับประชาชนเยาวชนทั่วไป เยาวชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อปัญหายาเสพติดให้กับประชาชนทั้งประเทศ ซึ่งจะเป็นการตัดการเพิ่มขึ้นของผู้เสพรายใหม่

4. แผนปราบปรามยาเสพติดและบังคับใช้กฎหมาย ลดผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้ลำเลียงยาเสพติดในทุกระดับ เพื่อดัดวงจรที่จะนำยาเสพติดมาขายนัดลดผู้เสพ โดยบังคับใช้กฎหมายตามหลักนิติธรรมอย่างเคร่งครัด ใช้มาตรการทางด้านทรัพย์สิน การสืบสวนขยายผล เป็นแนวทางปฏิบัติหลัก

5. แผนความร่วมมือระหว่างประเทศ รัฐบาลจะแสวงความร่วมมือกับต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อร่วมกันปราบปรามการผลิตและค้ายาเสพติด รวมทั้งใช้นโยบายเชิงรุกในการพัฒนาพื้นที่ชายแดนตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เพื่อให้ชายแดนมีความเป็นอยู่อย่างสันติ

6. แผนสกัดกั้นยาเสพติดตามแนวชายแดน สกัดกั้นยาเสพติดตามแนวชายแดนทุกด้าน มิให้มีการลักลอบนำยาเสพติดสู่ประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทางภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อสร้างแนวสกัดกั้นที่มีประสิทธิภาพ

7. แผนบริหารจัดการแบบบูรณาการ ระดมสรรพกำลังทั้งประเทศเข้าแก้ไขปัญหา ยาเสพติด มีการจัดองค์กร กลไกการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดทุกระดับ และบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

4 ปรับ หมายถึง ปรับปรุงสิ่งที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ เพื่อให้การเอาชนะยาเสพติด มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ปรับปรุงข้อมูล การข่าวให้ถูกต้อง ทันสมัย
2. ปรับบทบาท พฤติกรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ
3. ปรับกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ
4. ปรับทัศนคติของสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา ยาเสพติด

3 หลัก เป็นการยึด 3 หลักในการแก้ปัญหา ประกอบด้วย

1. หลักเมตตาธรรมที่มีความรักในเพื่อนมนุษย์ อยากเห็นคนผิดกลับตัวเป็นคนดี คืนความรักให้ครอบครัว คืนสุขให้ชุมชน

2. ยึดหลักนิติธรรม ทางกฎหมายมาบังคับใช้อย่างจริงจังตามหลักนิติธรรม

3. หลักแก้ปัญหาโดยยึดพื้นที่เป็นตัวตั้ง หรือ Area Approach โดยยึดจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน เป็นตัวตั้งของการแก้ไขปัญหา ให้พื้นที่เป็นเจ้าของปัญหา

6 เร่ง ข้อปฏิบัติเร่งด่วน 6 เรื่องที่จะต้องเร่งดำเนินการ

1. เร่งดำเนินการในด้านข้อมูล ปัญหา ให้ทุกหน่วยหาข้อมูลปัญหา ยาเสพติดที่เป็นจริงในระดับพื้นที่ ในทุกจังหวัด โดยจะใช้วิธีการที่รอบคอบ ชัดเจน

2. เร่งลดจำนวนผู้เสพยาจากหมู่บ้าน/ชุมชน จัดทำแผนบำบัดรักษาลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่โดยเร็ว และอย่างมีคุณภาพ และจะดำเนินการให้ครบวงจร

3. เร่งแสวงหาความร่วมมือกับต่างประเทศและการสกัดกั้นยาเสพติด ขยายความร่วมมือกับประเทศที่มีผลกระทบต่อนโยบาย ยาเสพติดกับประเทศไทยมากที่สุด ขยายความร่วมมือในระดับปฏิบัติให้มากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการสกัดกั้นตามแนวชายแดน

4. เร่งปราบปรามผู้ค้า ลดความเดือดร้อนของประชาชนจากปัญหา ยาเสพติด ตามที่ข้อร้องเรียนของประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ ให้เป็นเรื่องเร่งด่วนลำดับแรก และจะมีการแจ้งผลการดำเนินงานให้ประชาชนรับทราบ รวมทั้ง จะเร่งขยายผลการดำเนินงานในด้านยึดทรัพย์ผู้ค้า ยาเสพติดตามหลักนิติธรรม ให้เพิ่มมากขึ้น

5. เร่งแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเสี่ยงทั้งในและนอกสถานศึกษา ให้ทุกจังหวัด เข้มงวด กวดขันพื้นที่เสี่ยง บังคับใช้กฎหมายที่สร้างความเดือดร้อนรำคาญให้กับชุมชนและสังคม เร่งสร้างระบบป้องกัน และเฝ้าระวังยาเสพติดในสถานศึกษาในทุกจังหวัด เพื่อสร้างความสบายใจให้กับผู้ปกครอง

6. เร่งสร้างหมู่บ้าน/ชุมชนให้มีความเข้มแข็ง โดยน้อมนำพระราชดำริสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2554 เรื่องโครงการกองทุนแม่ของแผ่นดิน จะทำให้หมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดินทั้งหมดที่มีอยู่มีความเข้มแข็ง จะขยายจำนวนหมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดินให้เพิ่มขึ้น ประมาณ 50% ของหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งประเทศในระยะ 4 ปี และจะสมทบกองทุนแม่ของแผ่นดินเพิ่มขึ้น ตามปรัชญาของโครงการ ซึ่งถือเป็นความมุ่งมั่นของรัฐบาลอย่างแท้จริง

5. กลยุทธ์ 4 ต้อง 2 ไม่

กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) จัดทำยุทธศาสตร์ในการปราบปรามยาเสพติดในสถานศึกษา โดยจัดทำแผนปฏิบัติการพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด ภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์ คือ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันยาเสพติด เสริมสร้างเครือข่ายพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ในสถานศึกษา และเสริมสร้างจิตอาสาและพัฒนาคุณภาพ โดยมีกลยุทธ์ 4 ต้อง 2 ไม่ รายละเอียดดังนี้

4 ต้อง หมายถึง สถานศึกษาต้องปฏิบัติดังนี้

1. สถานศึกษาต้องมีกลยุทธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่สอดคล้องกับสภาพปัญหายาเสพติดและบริบทพื้นที่
2. สถานศึกษาต้องมีแผนงานยาเสพติดในสถานศึกษาที่ชัดเจน
3. สถานศึกษาต้องพัฒนาระบบงานรองรับยุทธศาสตร์ 4 ระบบ คือ ป้องกัน เฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือ และบริหารจัดการ

4. สถานศึกษาต้องมีเครือข่ายการทำงานระหว่างนักเรียน ครู ผู้ปกครอง และชุมชน

2 ไม่ หมายถึง สถานศึกษาต้องปฏิบัติดังนี้

1. สถานศึกษาไม่ปกปิดข้อมูล กลุ่มเสพ กลุ่มติด กลุ่มค้ายา
2. สถานศึกษาไม่ผลักดันปัญหาไม่ให้นักเรียนออกจากสถานศึกษา แต่ต้องนำไปบำบัดรักษาแล้วให้กลับมาเรียนใหม่ได้

6. ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2558 (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, 2556)

ประชาคมอาเซียนถือกำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนตุลาคม 2546 จากการที่ผู้นำอาเซียนได้ร่วมลงนามในปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน ที่เรียกว่า "ข้อตกลงบาหลี 2" ซึ่งเห็นชอบให้จัดตั้งประชาคมอาเซียน ภายในปี 2563 โดยจะประกอบด้วย 3 เสาหลัก (pillars) ได้แก่ ประชาคมความมั่นคงอาเซียน(ASEAN Security Community-ASC) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community-AEC)และประชาคมสังคม-วัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community-ASCC) หลังจากนั้นเมื่อเดือนธันวาคม 2558 ผู้นำอาเซียนเห็นชอบร่วมกันที่อาเซียนควรมีกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) เพื่อเป็นธรรมนูญของอาเซียนและทำให้อาเซียนมีสถานะเป็นนิติบุคคล และ วางกรอบกฎหมายตลอดจนโครงสร้างองค์กรให้กับอาเซียน ต่อมาในที่ประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 12 ณ เมืองเซบู ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี 2550 ผู้นำอาเซียนได้ตกลงร่นระยะเวลาจัดตั้งประชาคมอาเซียนให้เสร็จในปี 2558 และ กฎบัตรอาเซียนมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2551 จากความร่วมมือดังกล่าวกลุ่มประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนได้เห็นให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือด้านยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2556 ถึง ปี 2558 โดยมีกรอบความคิดความร่วมมือด้านยาเสพติดที่พัฒนาต่อยอดความร่วมมือที่เคยดำเนินการด้านยาเสพติดที่มีมาแต่เดิมอยู่แล้วให้สำเร็จผลโดยเร็วยิ่งขึ้น โดยอาศัยเงื่อนไขของการรวมตัวกันเป็นประชาคมอาเซียนเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ทั้งนี้ให้กำหนดกรอบความคิด ทางยุทธศาสตร์ คือใช้กรอบความคิดที่ทุกประเทศในอาเซียนได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ร่วมกันในการเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียน ภายในปี ค.ศ.2015 (พ.ศ.2558) เป็นกรอบความคิดหลัก ทั้งนี้เพราะกรอบความคิดนี้ถือเป็นฉันทามติร่วมกัน (commitment) อยู่แล้ว และได้แปลงมาเป็นแผนการปฏิบัติในมาตรการต่าง ๆ ให้แต่ละประเทศปฏิบัติ และเพื่อให้มีผลในการเร่งยกระดับการมีส่วนร่วมของประเทศต่าง ๆ ในประเทศอาเซียน ซึ่งจะมีผลต่อการลดระดับปัญหาเสพติดภายในประเทศในระยะ 3 ปี เพื่อรองรับความเป็นประชาคมอาเซียน จึงกำหนด 4 กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุยุทธศาสตร์ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ที่ 1 ขยายความร่วมมือเชิงรุกต่อมาตรการที่ส่งผลต่อการลดปัญหาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม ในระยะ 3 ปี โดยขยายความร่วมมือที่สำคัญในด้าน supply reduction เป็นหลัก ได้แก่ การขยายความร่วมมือในการข่าว การปราบปรามกลุ่มการค้ายาเสพติด การสกัดกั้นยาเสพติดทั้งตาม แนวชายแดนและท่าอากาศยานนานาชาติ การปราบปรามการผลิตยาเสพติด การลดพื้นที่ปลูกพืชเสพติด ฯลฯ กับประเทศต่าง ๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน

กลยุทธ์ที่ 2 เตรียมการ สร้างความพร้อม ต่อมาตรการที่จะมุ่งขยายความร่วมมือที่มากขึ้น โดยพิจารณามาตรการที่สำคัญและจำเป็นที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในกลุ่มประเทศอาเซียนเพิ่มมากขึ้น ด้วยการสร้างความพร้อมหรือแสวงหาข้อตกลงใจเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเสพติดที่จะมีการยกระดับมากขึ้น

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาความร่วมมือในหลายรูปแบบตามความเหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจและการแสวงหาประเด็นร่วม ทั้งใน รูปแบบของกลุ่มประเทศอาเซียน ความร่วมมือแบบพหุภาคี ไตรภาคีและทวิภาคี ตามความเหมาะสมของ สภาพปัญหาภารกิจ และ ข้อตกลงใจร่วมกัน

กลยุทธ์ที่ 4 เสริมบทบาทภาคีนอกกลุ่มประเทศอาเซียน หรือ อาเซียนบวก โดย ชักชวนแสวงหา ความร่วมมือกับประเทศนอกอาเซียน ที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเทศในอาเซียน

โดยมีเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ลดปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนให้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย ภายใต้กรอบการทำให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558)

2. สร้างความพร้อมเตรียมการและพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนให้มากที่สุด

3. เตรียมระบบเตรียมการและกลไกต่าง ๆ ของหน่วยงานด้านยาเสพติด ให้มีความพร้อมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558)

ทั้งนี้ได้กำหนดให้มีจุดเน้นที่สำคัญที่จะต้องดำเนินการให้บรรลุผลให้มากที่สุด 3 จุดเน้น ด้วยกัน ดังนี้

จุดเน้นที่ 1 เน้นการเร่งและขยายการปฏิบัติตามกรอบของการทำให้อาเซียนปลอดยาเสพติดในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) เป็นจุดเน้นหลัก เพื่อทำให้อาเซียนลดปัญหาเสพติดก่อนที่จะเข้าสู่ประชาคม อาเซียน 2015 โดยให้มีการขยายความร่วมมือของกลุ่มประเทศในอาเซียนในรูปแบบที่เหมาะสมในด้านการร่วมกันสกัดกั้น ปรามปรามการผลิต การค้า การลำเลียงยาเสพติดเพื่อลดภาวะ supply ยาเสพติดจากประเทศ ผู้ผลิต ประเทศทางผ่าน ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาเสพติดในภูมิภาคก่อนเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2558

จุดเน้นที่ 2 เน้นการแสวงหาการเพิ่มมาตรการการดำเนินงานที่จะส่งผลต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียน

จุดเน้นที่ 3 เน้นการเตรียมความพร้อมของกลไกที่เกี่ยวข้องตามมาตราการต่าง ๆ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2558 ทั้งในด้านการจัดระบบ องค์กร บุคลากร เครื่องมือที่จำเป็นต่าง ๆ เป็นต้น

รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด

ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดนั้น ได้มีการคิดค้นและพัฒนากลวิธีการต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพยา และสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งรูปแบบของการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดนั้น แบ่งออกตามระบบการบังคับใช้กฎหมายของประเทศไทยดังรายละเอียด ดังนี้

1. การบำบัดรักษาระบบสมัครใจ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการเลิกสามารถเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยที่ผู้ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา จะได้รับการยกเว้น ไม่ต้องถูกดำเนินคดี โดยถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคม

2. การบำบัดรักษาระบบต้องโทษ คือ การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งจะต้องรับการบำบัดในสถานพยาบาลภายใต้ขอบเขต เช่น กรมราชทัณฑ์ กรมคุมประพฤติและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เป็นต้น

3. การบำบัดรักษาระบบบังคับ คือ การใช้กฎหมายบังคับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 โดย ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นผู้บำบัดรักษา

ในการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสำหรับการบำบัดรักษาตามระบบการบังคับใช้กฎหมายของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบนั้น สามารถส่งตัวผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพจากหลากหลายโปรแกรมการบำบัดรักษาฟื้นฟู ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาองค์ประกอบหลาย ๆ ด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในที่นี้จะกล่าวถึงรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักรับผิดชอบดำเนินการดังต่อไปนี้

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ จิต สังคม บำบัด (Matrix Program)

Matrix Program เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เน้นการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะเวลาต่าง ๆ ของการบำบัดรักษาผ่านทางกิจกรรม “กลุ่มบำบัด” เป็นวิธีการหลักที่ใช้ตลอดโปรแกรมการบำบัดรักษานาน 1 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 Intensive Phase หรือ Intensive Outpatient Program (Matrix IOP) เป็นช่วงแรกของการบำบัดรักษาที่ถือว่าสำคัญและวิกฤติที่สุด ที่จะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ได้ ใช้ระยะเวลา 4 เดือน

ระยะที่ 2 After Care Program หรือ Supportive Phase เป็นระยะประคับประคอง ใช้ระยะเวลา 8 เดือนต่อจากระยะที่ 1 กิจกรรมสำคัญมี 2 อย่าง คือ

1. กลุ่มประคับประคองทางสังคม (Social Support Group)
2. กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 Step Meeting)

ระยะที่ 1: Matrix IOP – 16 สัปดาห์แรก ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 อย่าง คือ

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual / Conjoint Sessions) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากเป็นช่วงของการปรับตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Matrix ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการบำบัดรักษาชัดเจน จำเป็นที่ผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติตามการบำบัดรักษาจึงจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 Individual Session เป็นการให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น มีความหมายเช่นเดียวกับ individual counseling

1.2 Conjoint Session เป็นการให้คำปรึกษาสำหรับญาติ โดยมีผู้ป่วยร่วมฟังอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้ เพื่อร่วมกัน แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการหยุดเสพยา

2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกเสพยาระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skill Group) เป็นการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของยาเสพติดต่อสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ทั้ง ๆ ที่มีความพยายามอย่างมากและหลายครั้งที่ผ่านมาและสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับช่วยในการเลิกเสพยา เนื้อหาที่จำเป็นมี 8 หัวข้อ สอนครั้งละ 1 ชม. สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามลำดับ ดังนี้

- 1) หยุดวงจรการใช้ยา 2) ตัวกระตุ้นภายนอก 3) ตัวกระตุ้นภายใน 4) แนะนำกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 Step Meeting) 5) ปฏิริยาเคมีของร่างกายในการเลิกยา 6) ปัญหา 5 ประการที่พบบ่อยในการเลิกยาในระยะแรก ๆ 7) ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม 8) ข้อควรจำง่าย ๆ

3. กลุ่มป้องกันการหวนกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention Group) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยด้านการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Skills) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกและวิธีการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยเนื้อหา 32 ข้อ ดังนี้ 1) สุรา: สิ่งเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย 2) ความเบื่อ 3) การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปใช้ยาซ้ำ 4) สิ่งยึดเหนี่ยว: ตารางการเลิกยา 5) งานและการเลิกยา 6) ความรู้สึกผิดและความละอายใจ 7) ทำตัวไม่ให้ง่วง 8) แรงจูงใจในการเลิกยา 9) การพูดความจริง 10) การเลิกยาเสพติดทุกชนิด 11) เพศสัมพันธ์และการเลิกยา 12) การป้องกันการกลับไปใช้ยา 13) ความไว้วางใจ 14) จงเป็นคนฉลาดและไม่ประมาท 15) ความหายของจิตวิญญาณ 16) การดูแลธุรกิจ/การเงิน 17) การหาเหตุผลของการกลับไปใช้ยา ครั้งที่ 1 18) การดูแลตนเอง 19) ภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้กลับไปใช้ยาอีก 20) ความเจ็บป่วย 21) การรับรู้ถึงภาวะตึงเครียด 22) การหาเหตุผลของการกลับไปใช้ยา ครั้งที่ 2 23) การลดภาวะตึงเครียด 24) การจัดการกับความโกรธ 25) การยอมรับ 26) การสร้างเพื่อนใหม่ 27) การฟื้นฟูสัมพันธภาพ 28) การสวดภาวนา เพื่อขอความสงบสุข พฤติกรรมย่ำแย่/การป้องกันการหวนกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศแบบสุ่มเสี่ยง 29) การจัดการกับความรู้สึกภาวะซึมเศร้า 30) โปรแกรม 12 ขั้นตอน 31) มองไปข้างหน้า: จัดการแก้ไขปัญหาล่วงหน้า 32) หยุดเสพยาทีละวัน (วันต่อวัน)

การจัดตารางการสอนให้ครอบคลุม 2 หัวข้อใน 1 สัปดาห์ใช้เวลา 16 สัปดาห์ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องสาเหตุของปัญหาเสพติดเป็นอย่างดีและเป็นผู้ที่ช่างสังเกตการแสดงออกทางผู้ป่วยทั้งวาจาและภาษากายอื่น ๆ มีการโต้ตอบที่เหมาะสม และมีความเข้มแข็งอดทนต่อผู้ป่วย จึงจะสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอันเป็นผลนำไปสู่ความสัมฤทธิ์ผลในการบำบัดรักษา

4. กลุ่มให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Education Group) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการใช้สารเสพติด การเปลี่ยนแปลงของสมองภายหลังการเสพยา (โรคสมองติดยา) ลักษณะความคิดและอารมณ์ของผู้ที่อยู่ในภาวะ "ติดยา" บทบาทหน้าที่ของผู้ปกครองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว

ในกลุ่มผู้ปกครองและผู้ป่วยต้องเข้ารับการรู้ร่วมกับสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชม. โดยมีเนื้อหา 12 หัวข้อดังนี้ 1) ตัวกระตุ้นและความอยากยา 2)ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสมองและร่างกาย 3) พบปะกับสมาชิกที่จบโปรแกรม 4) ฤทธิ์ของยาเสพติดต่อสมองและร่างกาย 5) เส้นทางสู่การเลิกยา 6) มันไม่ใช่ปัญหาของฉัน 7) การหวนกลับไปเสพซ้ำ 8) ผลของยาเสพติดชนิดต่าง ๆ ต่อร่างกาย 9) บทบาทของผู้ป่วยระยะเลิกยาเสพติด/ครอบครัว 10) โรคพิษสุรา 11) ชั่วโมงแห่งการเปิดใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 12) ฤทธิ์ของกัญชาต่อสมองและร่างกาย

ระยะที่ 2 After Care มีกิจกรรมหลัก 2 อย่างคือ

1. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) เป็นกลุ่มที่จะช่วยผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในระยะกลาง ๆ ของการเลิกยาเสพติด (หยุดเสพได้ประมาณ 3-4 เดือน) เรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมโดยไม่ใช้ยาเสพติดโดยการสนับสนุนด้านกำลังใจจากเพื่อน ๆ กลุ่มเลิกยาเสพติดด้วยกัน วิธีการเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีผู้รับการบำบัดเป็นผู้ช่วยกลุ่มพูดคุยกันครั้งละประมาณ 1 ชม. เนื้อหามี 36 เรื่อง ดังนี้

1. ผู้ติดยา นิรนาม (NA หรือ AA)
2. อายุกับการเปลี่ยนแปลงความคิดและอารมณ์
3. ความโกรธ
4. คู่ครองผู้ติดยา
5. พันธะสัญญา
6. พฤติกรรมซ้ำ ๆ
7. การควบคุม
8. ความอยากยา
9. ความเศร้า
10. อารมณ์
11. ความกลัว
12. มิตรภาพ
13. ความสนุก
14. ความทุกข์
15. ความรู้สึกผิด
16. ความสุข
17. ความซื่อสัตย์
18. ความสนิทสนม
19. การแยกตัวเอง
20. การค้นหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา
21. การปิดบังความจริง
22. ความรู้สึกเป็นสุขมากเกินไป
23. ความอดทน

24. สุขภาพกาย
25. เลิกเสพยาระยะแรก
26. การปฏิเสธ
27. การผ่อนคลาย
28. กฎเกณฑ์
29. การกำหนดตารางชีวิต
30. ความเห็นแก่ตัว
31. เพศสัมพันธ์
32. จงเป็นคนฉลาด
33. ความคิด
34. ตัวกระตุ้น
35. ความเชื่อถือศรัทธา
36. งานกับชีวิต

2. กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน เป็นการประชุมพบปะกันระหว่างกลุ่มผู้รับการบำบัด ล้วน ๆ โดยไม่มีผู้บำบัดอยู่ด้วย พวกเขาจะพบปะกันเป็นประจำ ณ สถานที่ใดแห่งหนึ่งในชุมชน (ไม่ใช่สถานที่บำบัด) แนวคิดในรูปแบบนี้เกิดจากความจริงที่ว่า ผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั้งสุรา มักมี ปัญหาการเข้าสังคม และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดีนัก ดังนั้นเมื่อพวกเขาได้รับการบำบัดในช่วงแรก (ถอนพิษยา) และอยู่ระหว่างฟื้นฟูสภาพจิตใจนั้น หากปล่อยให้ดำเนินชีวิตตามลำพัง โอกาสที่จะหวนกลับไปเสพยาเสพติด หรือดื่มสุรา จะมีสูงมาก

ซึ่งข้อดีของการบำบัดรักษาในรูปแบบของ Matrix Model ได้แก่

1. เนื้อหาเป็นความรู้แนวคิดที่เชื่อมโยงระหว่าง กาย จิต สังคม ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางกาย การฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนเป็นการพัฒนาทักษะชีวิตและกระบวนการพัฒนาตนเองเพื่อกลับไปสู่การอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

2. เทคนิค และวิธีการให้ความรู้ในกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีส่วนร่วม (Interactive Learning) นอกจากนี้ การใช้วิธีการเชิงบวก (Positive Approach) ทั้งคำพูดและการกระทำ เป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดผู้ป่วยและครอบครัว

แต่ทั้งนี้ การบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยระบบ Matrix Model ก็มีจุดอ่อนเช่นกัน ซึ่งได้แก่

1. ความถี่และระยะเวลาของการบำบัดรักษานาน 1 ปี โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ 1 Intensive Phase 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีกิจกรรมต้องพบกับผู้ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 3 วัน และระยะเวลาที่ 2 Aftercare Phase 36 สัปดาห์ผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องพบผู้ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีผลกระทบต่อเวลาและค่าใช้จ่ายของครอบครัวและเกิดอาการเบื่อหน่าย ส่งผลให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จตามที่ควรจะเป็น

2. ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีทักษะการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในขบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี เป็นผู้ให้การบำบัด

และจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยระบบ Matrix Program ได้แก่

1. ผู้บำบัดสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ผู้บำบัดมีความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการบำบัดรักษาของ Matrix Program อย่างถูกต้องมีความรักงาน อดทน และพัฒนาตนเองตลอดเวลา
3. ความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วย
4. การมีส่วนร่วมและตั้งใจจริงของครอบครัว

2. รูปแบบการบำบัดโดยใช้ชุมชนบำบัด (Community Therapy)

ชุมชนบำบัด เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยเน้นการช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) ในหมู่ผู้ติดยา (Staff) ด้วยกัน ลักษณะการให้บริการมุ่งให้ผู้ป่วย หรือสมาชิกฝึกพัฒนาตนเองโดยมีการอยู่ร่วมกัน เสมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันที่สร้างขึ้นใหม่ ให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองได้โดยมีการเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันขึ้นอีก อีกทั้งให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดความอบอุ่น และอยู่ในสถานที่ปลอดภัยจากยาเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์และเข้มแข็ง รวมทั้งมีแนวทางในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การสมัครใจเข้าสู่สถานแรกรับ (Entry) ใช้เวลา 30 วัน เปรียบเหมือนปฐมนิเทศให้แก่ผู้เข้ารับการรักษา

ระยะที่ 2 การเข้ารับการบำบัดรักษา ใช้ระยะเวลา 9 เดือน มีวิธีการ ดังนี้

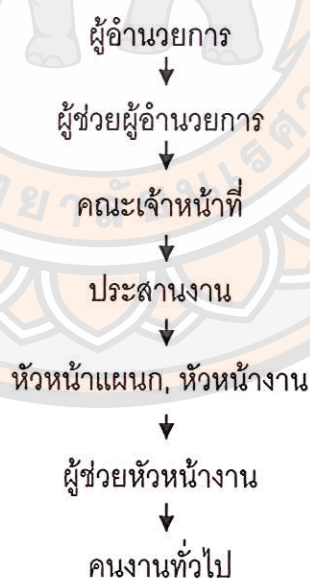
1. ผู้เข้ารับการบำบัดยินยอมอยู่ในสถานบำบัดและใช้ชีวิตในชุมชนตามวิธีการที่จำเป็นตามโปรแกรมของชุมชนบำบัด เพื่อให้สามารถบรรลุถึง "การค้นพบตนเอง" (Self Discovery)

2. ผู้เข้ารับการบำบัดต้องพักอยู่ในสถานที่ (Environment) ของการบำบัดรักษาซึ่งจะมีกิจกรรม กฎระเบียบ ข้อบังคับนำไปสู่การรู้จักตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น

2.1 ปรัชญาของชุมชนบำบัด ได้แก่ 1) ต้องการให้มนุษย์รู้จักเหตุผลไม่ใช้อารมณ์ในการตัดสินใจ เพื่อให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบ 2) สำรวจตนเองเพื่อหาความบกพร่องยอมรับข้อบกพร่องและหาทางแก้ไขช่วยเหลือด้วยตนเอง 3) ช่วยเหลือผู้อื่น เสียสละตัวเองเพื่อผู้อื่นให้ความรักความอบอุ่นแก่ผู้อื่น 4) มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าของความเป็นคน 5) ไม่รังเกียจงาน ไม่เกียจงานในหน้าที่ ยอมรับบทบาทตนเองในสังคม 6) สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติ

2.2 กิจกรรมหลักของสถานบำบัด (Tool of the House) ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ (Interview) 2) การเตรียมประชุมตอนเช้า (Pre-Morning Meeting) 3) การประชุมใหญ่ตอนเช้า (Morning Meeting) 4) การสัมมนา (Seminars) 5) การประชุมแบบเผชิญหน้า (Encounter Groups) 6) การตัดเดือ (Hair Cut) 7) การเรียนรู้ประสบการณ์ (Learning Experience) 8) การประชุมทั้งสถานบำบัด (House Meeting) 9) การประชุมทั่วไป (General Meeting) 10) การประชุมกลุ่มแบบต่อเนื่อง (Extended Groups) 11) การประชุมแบบเผชิญหน้า (Encounter Groups) 12) การประชุมกลุ่มแบบยืดเยื้อ (Marathon)

2.3 ในสถานบำบัดจะกำหนดสายการบังคับบัญชา (Chain of command) ดังนี้



ภาพ 3 สายการบังคับบัญชา (Chain of command)

ซึ่งประโยชน์ของการมีสายการบังคับบัญชา คือ 1) มีการพึ่งพาอาศัยกัน 2) ยอมรับในอำนาจหน้าที่ 3) รู้จักคิด สนองตอบ ปรับปรุงตนเอง 4) เรียนรู้วิธีการประสบผลสำเร็จด้วยความอดทน 5) มีการพัฒนาตนเอง 6) รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 7) อยู่กับความจริงไม่เพ้อฝัน 8) ค้นพบความสามารถของตนเอง 9) สามารถเผชิญหน้ากับผู้อื่นได้อย่างไม่หวาดระแวง

ระยะที่ 3 ระยะกลับเข้าสู่สังคม (Re-Entry) ใช้เวลา 9 เดือนแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

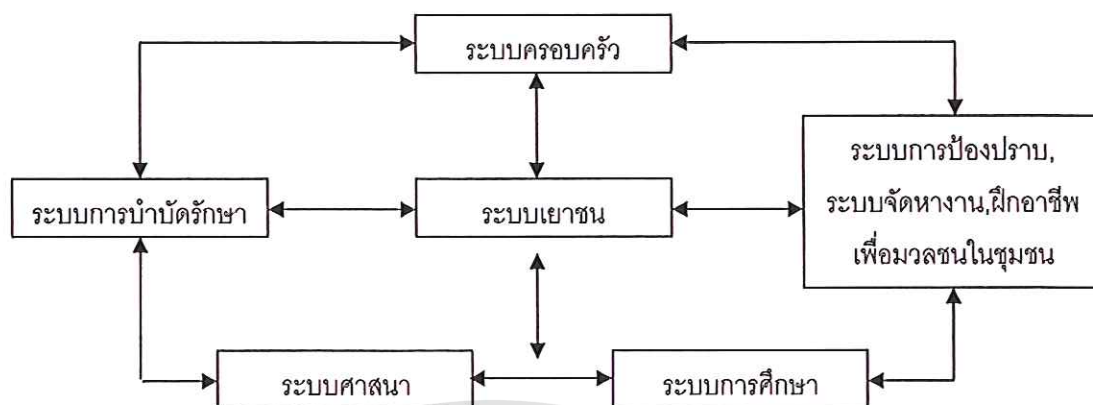
ขั้นตอนที่ 1 ใช้เวลา 3 เดือน เป็นระยะปฐมนิเทศ เตรียมตัวเผชิญโลกภายนอก

ขั้นตอนที่ 2 ใช้เวลา 3 เดือน เป็นระยะที่ออกไปทำงานข้างนอก แต่กลับมาพักค้างในการเตรียมสู่สังคม

ขั้นตอนที่ 3 ใช้เวลา 3 เดือน เป็นระยะที่กลับไปอยู่กับครอบครัวหรือที่พักตนเอง มีงานทำ จะกลับมาพบที่ปรึกษาและทำกลุ่มบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในระหว่างการบำบัดจะทำครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

3. ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดโดยการใช้ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดขึ้นภายใต้แนวคิดที่ว่าบุคคลดำรงอยู่ในสังคมภายใต้ระบบย่อยหลายระบบรวมกันซึ่งแต่ละระบบมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน และการเกิดอาการเจ็บป่วยใด ๆ รวมทั้งการติดสารเสพติดของบุคคลนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยที่เกิดกับตัวผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเอง และปัจจัยสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว นักวิชาการหลายท่านจึงได้มีการนำทฤษฎีระบบมาช่วยในการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดของเยาวชนโดยคำนึงถึงมุมมองทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมร่วมกัน หรือที่เรียกว่า Bio psycho social approach เป็นสิ่งสำคัญในการในการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ไม่ใช่การแก้ไขปัญหาด้วยระบบเดียว (Unitary system) เหมือนในอดีต (กรมการแพทย์, 2544; กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และเมื่อวิเคราะห์ตามทฤษฎีระบบของเยาวชนผู้เสพยาเสพติด พบว่ามีความสัมพันธ์กับระบบต่าง ๆ ดังภาพ 4



ภาพ 4 ความสัมพันธ์เชิงระบบของเยาวชนผู้เสียเสพติด

ที่มา: กรมการแพทย์, 2544; กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ดังนั้น จึงได้มีการนำบุคคลในหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบดังกล่าวมาร่วมกันประสานแนวคิดและปรัชญาในการแก้ไขปัญหาการเสพติดของเยาวชน โดยยึดหลักให้เยาวชนผู้เสียเสพติด ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีวัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อฟื้นฟูเยาวชนผู้เสียเสพติดในชุมชนโดยชุมชน เพื่อพัฒนาเยาวชนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Emotion Quotient) เพื่อให้เยาวชนและครอบครัวได้ทำหน้าที่ของครอบครัวได้เต็มศักยภาพ และเพื่อสร้างเครือข่ายของเยาวชนและครอบครัวในการแก้ไขปัญหาเสพติด (กรมการแพทย์, 2544; กระทรวงสาธารณสุข, 2546) โดยมีองค์ประกอบของหลักสูตร 5 กลุ่มวิชา ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1. กลุ่มวิชาความรู้โทษพิษภัยของยาเสพติดและการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรม โทษพิษภัยของยาเสพติด

กิจกรรม การบำบัดรักษา

2. กลุ่มวิชาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรม การตระหนักรู้ในตนเอง

กิจกรรม การจัดการกับอารมณ์ของตนเอง (Managing emotional)

กิจกรรม การจูงใจตนเองไปสู่เป้าหมาย (Motivation Oneself)

กิจกรรม การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy)

- กิจกรรม การอยู่ร่วมกันในสังคม (Social Skill)
3. กลุ่มวิชาการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - กิจกรรม บทบาทของตนเองต่อครอบครัว
 - กิจกรรม การแก้ไขปัญหา
 - กิจกรรม การควบคุมพฤติกรรม
 - กิจกรรม ความผูกพัน/ความห่วงใย
 - กิจกรรม การตอบสนองทางอารมณ์
 - กิจกรรม การสื่อสาร
 4. กลุ่มวิชาการเสริมสร้างความถนัดให้กับตนเอง
 - กิจกรรม ชมรมที่ชื่นชอบ
 - กิจกรรม สร้างเครือข่ายชมรม
 5. กลุ่มวิชาหน้าที่พลเมืองไทย
 - กิจกรรม อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
 - กิจกรรม อนุรักษ์ศิลปะ วัฒนธรรม และบุคคลสำคัญท้องถิ่นและประเทศ
 - กิจกรรม สิ่งเสริมศาสนา

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) 2) แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) 3) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) และ 4) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) รายละเอียดมีดังนี้

1. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดที่แบนดูรา(Bandura, 1977) พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคล ในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ได้สำเร็จตามความคาดหวัง ซึ่งในแนวคิดนี้ แบนดูราเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดๆ แล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคล ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ขึ้นอยู่กับ 3 มิติ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. มิติระดับ (level) ซึ่งได้แก่ระดับความยากง่ายของพฤติกรรม โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้พฤติกรรมใดเป็นสิ่งที่ง่ายและตนเองมีความสามารถที่จะกระทำได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ยาก และเกินกว่าความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติได้ จะส่งผลให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติและหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2. มิติความเข้มแข็ง (Strength) ได้แก่ความเข้มแข็งของบุคคล โดยบุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูงจะมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และรับรู้พฤติกรรมหรือสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตน ทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยความพยายามและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลไม่มีความเข้มแข็ง จะไม่มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยเช่นกัน

3. มิติการเชื่อมโยง (Generality) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิมในอดีตของบุคคล โดยที่บุคคลใดเมื่อได้ประสบกับเหตุการณ์ใหม่ที่มีความคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลนั้นจะเชื่อมโยงประสบการณ์และทักษะเดิมที่มีอยู่กับประสบการณ์ใหม่นั้น ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

การพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองโดยการให้ได้รับข้อมูลจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จบ่อยครั้งจะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันที่เคยประสบมาก่อนส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง แม้ว่าในบางครั้งสถานการณ์นั้นจะพบกับความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่า ความล้มเหลวนั้นเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่พอ หรือใช้วิธีการทำงานไม่เหมาะสมมากกว่าที่จะรับรู้ว่าจะตนไม่มีความสามารถ และบุคคลจะพยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่ล้มเหลวให้ประสบความสำเร็จ โดยใช้ความพยายามและฝึกทักษะเพื่อที่จะควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ ตรงข้ามกับบุคคลที่เคยประสบความล้มเหลวบ่อยครั้ง เพราะ

บุคคลนั้นจะประเมินว่าตนเองไม่มีความสามารถและหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เพื่อที่บุคคลจะได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่วนหนึ่งนั้นได้รับอิทธิพลจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถจะประเมินได้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในทุกกิจกรรม บุคคลจะประเมินค่าความสามารถของตน โดยการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง บุคคลจะใช้บรรทัดฐานของบุคคลอื่นในสังคมหรือบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือลงมือกระทำด้วยความมานะพยายามแล้วประสบกับความสำเร็จมาเป็นมาตรฐานในการตัดสินจุดยืนของตนเอง การส่งเสริมบุคคลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท ดังนี้ (Bandura, 1997)

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) ได้แก่ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยไม่ต้องผ่านสื่อใด ๆ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอลักษณะของตัวแบบไว้ ดังนี้

2.1.1 ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันกับตนเอง

2.1.2 ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต หรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.3 มีการปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับปัญหา

ในการส่งเสริมบุคคลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงนี้ มักมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์ให้เป็นอย่างที่ต้องการได้ เนื่องจากสิ่งที่ต้องเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตที่จะอำนวยให้

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) ได้แก่ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ วีดิทัศน์ สไลด์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง และสื่อภาพ ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์นี้ มีผลดี คือ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมได้ สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ และยังสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ นอกจากนี้ยังนำไปใช้

กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากในสถานที่ต่าง ๆ ได้ และสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย

ในการพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองโดยการให้ได้รับข้อมูลจากแหล่งสนับสนุนประเภทการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นนี้ แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวไว้ว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1) กระบวนการสนใจ (Attention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลให้ความสนใจว่าบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมอะไรจากตัวแบบ ซึ่งปัจจัยของตัวแบบที่ดีที่จะมีผลต่อกระบวนการสนใจ คือ ตัวแบบต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต มีความเหมาะสม มีลักษณะที่เด่นชัด พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีประโยชน์ต่อผู้สังเกต ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ ส่วนลักษณะของบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการสนใจ คือ ความสามารถในการรับรู้ ประสบการณ์เดิม ทักษะด้านความคิด ซึ่งส่งผลให้บุคคลสนใจและตีความในสิ่งที่รับรู้มาต่างกัน

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บจำ เก็บข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และแปลงข้อมูลที่สังเกตจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ เก็บไว้ในความจำถาวร ในลักษณะของหลักการและแนวความคิด จัดให้เป็นระบบโครงสร้างทางปัญญาให้ง่ายต่อการจดจำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในอนาคต

3) กระบวนการปฏิบัติ (Production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลนำข้อมูลที่ได้จากการจดจำไว้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามตัวแบบที่ได้สังเกต

4) กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมที่บุคคลสังเกตจากตัวแบบ การที่ผู้สังเกตเห็นตัวแบบได้รับผลที่พึงพอใจและเป็นผลดีต่อตนเองจากการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ผู้สังเกตคาดหวังว่าจะได้รับผลดังเช่นตัวแบบ โดยสิ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจมีทั้งภายนอกและภายใน สิ่งจูงใจภายนอก ได้แก่ สิ่งของ รางวัล ความรู้สึกพอใจ ยกย่องชมเชย เป็นที่ยอมรับของสังคม และสิ่งจูงใจภายใน ได้แก่ สิ่งของ หรือการประเมินตนเอง

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการชักจูงด้วยคำพูดเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งเป็นการให้กำลังใจและเพิ่มความเชื่อมั่นของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกว่ายากที่จะตัดสินใจในความสามารถของตน แต่หากมีบุคคลที่

ได้รับการเชื่อถือให้คำชี้แนะ กล่าวชมเชยหรือพูดให้กำลังใจ จะได้ผลดีกว่าที่จะปล่อยให้บุคคลมีความสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง

4. สภาวะร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) สภาวะร่างกายและอารมณ์ของบุคคลมีผลดีต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ตรงกันข้ามกับในสภาวะที่ร่างกายมีความเจ็บป่วย เจ็บปวด อាកารหายใจเหนื่อยหอบ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง สภาวะอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เมื่อบุคคลมีสภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ซึ่งตรงข้ามกับสภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงและทำให้บุคคลมักหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรานั้น สามารถพัฒนาได้จากการส่งเสริมให้บุคคลได้รับรู้ถึงสมรรถนะของตนเอง ด้วยการส่งเสริมให้บุคคลเหล่านั้นได้รับรู้ข้อมูลจากแหล่งสนับสนุนแหล่งใดแหล่งหนึ่งใน 4 แหล่ง หรือหลายแหล่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผสมผสานกัน

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดแบนดูรา จะเป็นการประเมินความเชื่อมั่นหรือการรับรู้หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งและดำเนินพฤติกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยแตกต่างกันไปหลายรูปแบบ มีทั้งการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (General self-efficacy) และการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เฉพาะเจาะจงในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ดังนี้

1. การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (General self-efficacy) จะมุ่งเน้นที่ความเชื่อมั่นในระดับความสามารถทั่ว ๆ ไปของบุคคล ในการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติ พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งเป็นการวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบไม่เฉพาะเจาะจงกับ พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ดังนั้นจึงมีการพัฒนาและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งแบบวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปที่ได้รับความนิยมเพื่อนำไปปรับใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (The General Self-efficacy Scale) ของชีเรอร์ แมดดัค เมอร์คาร์แดนท์ เพรนต์ิส-ดันน์ จาคอบส์ และโรเจอร์ (Scherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs and Rogers, 1982) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ

แบนดูรา(Bandura) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert type) 4 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งจะวัดคุณลักษณะของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ประการ คือ การริเริ่มทำกิจกรรม ความพยายาม และความอดทนต่ออุปสรรคในการทำกิจกรรม และได้นำไปใช้ทดสอบกับนักศึกษาวิชาจิตวิทยา จำนวน 376 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์องค์ประกอบ และตัดข้อคำถามที่ไม่เข้าเกณฑ์ความเชื่อมั่นออกจนเหลือข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งสองส่วนจะประเมินระดับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งเป็นการประเมินการทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไปและไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2. การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เฉพาะเจาะจงในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เป็นการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ในการวิจัยเรื่องต่าง ๆ ในระยะต่อมา จึงได้มีผู้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เฉพาะเจาะจงในการกระทำพฤติกรรม ดังนี้

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน พัฒนาโดยโฮราน คิม เจนเดอร์ โฟรแมน และพาเทล (Horan, Kim, Gendler, Froman and Patel, 1998) ซึ่งใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายในผู้หญิงที่อยู่ในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 201 ราย เป็นข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พัฒนาและทดสอบโดย เรสนิค และ เจนคินส์ (Resnick and Jenkins, 2000) ซึ่งใช้ประเมินระดับความมั่นใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรค โดยมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จากระดับ 0 ไม่มีความมั่นใจจนถึงระดับ 10 มั่นใจมากที่สุด ทดสอบความเชื่อมั่นและความตรงของเครื่องมือในผู้สูงอายุ จำนวน 187 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย (The Self-Efficacy for Exercise Scale [SEE]) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย (Outcome Expectations for Exercise Scale [OEE]) พัฒนาและทดสอบโดย เรสนิก หลุยเซ โวเกล และจุนาลีปา (Resnick, Luisi, Vogel and Junaleepa, 2004) ใช้ประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทดสอบความเชื่อมั่นและความตรงของเครื่องมือในผู้สูงอายุ จำนวน 166 ราย โดยที่แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 และแบบประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดย จัตรชัย ใหม่เขียว (2544) ซึ่งได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของประภาพร จินันทุยา (2544) เพื่อใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบจัดลำดับคุณภาพ 3 ลำดับ โดยวัดระดับความมั่นใจ ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย และไม่มั่นใจ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97

แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่ง สุลี แซ่ชื่อ (2546) ได้พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายว่าอยู่ในระดับใด แบบสัมภาษณ์นี้ มีข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของคำตอบมี 3 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจเล็กน้อย และไม่มั่นใจ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผลการวิจัยของนักวิจัยหลายท่าน ที่ชี้ชัดว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ในขณะที่ผลการวิจัยของนักวิจัยบางท่านและบางพื้นที่ กลับไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในจังหวัดสุโขทัยหรือไม่ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำในการประเมิน

2. แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของบุคคลเป็นคุณลักษณะหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดี ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม เพราะเมื่อบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะมีความมั่นใจในการแสดงออก และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ก็มักขาดความมั่นใจในการแสดงออก และมักมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม โดยที่ตามหลักปรัชญาของการแนะแนวนั้น ถือว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า ทั้งคุณค่าต่อตนเองต่อครอบครัว และต่อสังคมทั้งสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่และสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น สมาชิกทุกคนในสังคมจึงควรมีสิทธิ์ที่จะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีสิทธิโดยเท่าเทียมกันที่จะพัฒนาตนให้มีความสามารถสูงสุด ตามศักยภาพที่แต่ละบุคคลมีอยู่ นอกจากนี้มนุษย์ทุกคนที่ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมหนึ่ง ๆ ควรมีศักดิ์ศรีที่จะสามารถจะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่งของสังคม และสมาชิกของสังคมทุกคน ควรได้รับการยอมรับโดยทัดเทียมกันในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่ง of สังคมเช่นกัน ทั้งนี้มนุษย์แต่ละคนที่ดำรงอยู่ในสังคมมักจะมี ความแตกต่างกัน และทุกคนมีส่วนดีและส่วนด้อยต่างกัน ดังนั้นสมาชิกทุกคนจึงควรยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งควรเข้าใจเหตุผลของการแสดงพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล โดยต้องเข้าใจสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งนี้สืบเนื่องจากพฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์มีสาเหตุหรือมีที่มาที่ไปเสมอ (ช่อลัดดา ขวัญเมือง, 2542, หน้า 47) และสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แต่ละบุคคลในสังคมมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน คือ การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล

โดยปกติธรรมดาแล้ว บุคคลมักมีการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน และความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนี้ จะทำให้เกิดคุณลักษณะและบุคลิกภาพที่แตกต่างกันระหว่างบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำกับบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งโกลเดนและเลส กล่าวว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักจะคิด รู้สึก และแสดงพฤติกรรมซึ่งแตกต่างจากบุคคล ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปกป้องสิทธิของตน ไม่ว่าในเรื่องการพูด ทำทาง การปฏิบัติ ตลอดจนขาดการดูแลสุขภาพร่างกาย มีการรับประทานอาหาร การใช้ยาในทางที่ผิด ตลอดจนการมีความสัมพันธ์ส่วนตัวล้มเหลว ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองและบุคคลข้างเคียง บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะถูกตนเอง จำนวนหนึ่งมักจะเกลียดตนเอง หรือประเมิตนเองในทางเสียหาย ในทางตรงข้ามกับบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมองตนเองในแง่บวก มองว่าตนเองมีความสามารถ มีสมรรถนะและมีคุณค่า (พรธณวิภา วรณเกียรติ, 2544, หน้า 84) นอกจากนี้นักจิตวิทยาเชื่อว่าบุคลิกภาพและการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถจะพัฒนาให้เกิดขึ้นได้โดยกลไกทางจิตวิทยา

ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

มาสโลว์ (Maslow, 1970, p. 55) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความต้องการความรัก และการเป็นเจ้าของ ซึ่งความต้องการนี้ประกอบด้วยความนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง และหากได้รับการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองไปอีก ก็จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1984, p. 30) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึงการประเมินคุณค่าของตนเอง มีทั้งทางด้านบวกและลบ เป็นการตัดสินคุณค่าแห่งตน ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าความสามารถ มีความสำคัญประสบความสำเร็จและมีคุณค่า โดยสังเกตได้จากคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออก โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979, p. 30) ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติในทางบวกหรือทางลบต่อตนเองของบุคคล แบรินเดน (Branden, 1981, p. 11) ให้ความเห็นว่าเป็นความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนเองจากการตัดสินกับมาตรฐานที่ตั้งไว้ โดยคุณค่าแห่งตนจะลดลงหากบุคคลล้มเหลวในการเปรียบเทียบกับมาตรฐาน ส่วนคอนฟิลด์ (Cornfield, 1998, p. 25) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินตนเองภายใน อันเป็นลักษณะซึ่งกำหนดว่าบุคคลเห็นคุณค่าของตน และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากน้อยเพียงใด พิจารณาว่าตนเองสามารถเข้ากันได้กับโลกของตนเองอย่างเหมาะสมเพียงใด และคิดว่าตนเองสามารถทำอะไรได้หรือทำอะไรไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสำเร็จในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล (คันสนีย์ อีทวอร์น, 2531, หน้า 18) ได้กล่าวถึงความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการยอมรับในความสามารถ การได้รับการยกย่องนับถือ ตระหนักถึงคุณค่าของตนเพื่อที่จะอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง (ภานิดา ภูโตนา, 2539, หน้า 150 - 152) ได้สรุปความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำอะไรรให้ประสบความสำเร็จ ความมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของตนเองและคนอื่น มีความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งสามารถสื่อออกมาให้เห็นในรูปของคำพูดและการกระทำ

จากความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองที่กล่าวไว้ข้างต้น สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการที่บุคคลได้ทำการประเมินคุณค่าการกระทำและความสามารถของตนกับมาตรฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นทัศนคติต่อตนเอง มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นการตัดสินคุณค่าตนเอง และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในอันที่จะแสดงความสามารถในการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ได้

องค์ประกอบการเห็นคุณค่าในตนเอง

มาสโลว์ (Maslow, 1970, p. 39) แบ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองจากการยอมรับของตนเอง คือ ความต้องการมีความเข้มแข็งความสำเร็จ ความสามารถเพียงพอในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความเชื่อมั่น และมีอิสระ
2. การเห็นคุณค่าในตนเองจากการยอมรับของคนอื่น คือ ความต้องการมีชื่อเสียงเกียรติยศ ตำแหน่ง ความรุ่งเรือง มีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการยอมรับ ความสนใจ มีความสำคัญ หรือเป็นที่ชื่นชมของคนอื่น

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984, p. 63) ยังได้แบ่งองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นองค์ประกอบที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล และองค์ประกอบที่เป็นส่วนประกอบภายนอกมีรายละเอียด ดังนี้

1. องค์ประกอบที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะรูปร่างหน้าตา การมีสุขภาพแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว มีอิทธิพลต่อความพอใจในตนมาก ทั้งนี้เพราะรูปร่างที่ปรากฏจะเป็นตัวทำให้เกิดความประทับใจในตนเอง

1.2 สมรรถภาพ ความสามารถ และผลงาน ทั้งนี้ การเห็นคุณค่าในตนเองขึ้นกับความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ ทั้งในด้านการเรียนและสังคม การได้รับผลสำเร็จตามที่ตนต้องการจะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในทางบวก แต่ถ้าผลงานล้มเหลวก็จะเกิดความรู้สึกต่อตนในทางลบ หากเป็นเด็กในวัยเรียนสติปัญญาและสัมฤทธิ์ผลในการเรียนจะมีส่วนในการทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีต่อตนเองได้ แต่เด็กบางคนที่มีผลสัมฤทธิ์ในการเรียนต่ำถ้ามีความสามารถในด้านอื่นทดแทน เช่น ด้านการกีฬา ด้านศิลปะ ก็จะมีรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับคนที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงได้เช่นกัน

1.3 ภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ภาวะอารมณ์เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกพอใจความเป็นสุข หรือความวิตกกังวล หรือภาวะอื่น ๆ ที่อยู่ในตัวบุคคล ความรู้สึกของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง คนที่มีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี เช่น คิดว่าตนเป็นคนมีความสามารถ ชื่นชมตนเอง พอใจในตนเอง จะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าคนที่มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ เช่น คิดว่าตนด้อยความสามารถไม่มีค่า

1.4 ปัญหาต่าง ๆ และโรคภัยไข้เจ็บ คนที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่ดี จะมีความสัมพันธ์ในด้านลบกับระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังเช่น งานวิจัยของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979, p. 162) ที่พบว่าวัยรุ่นชายที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มเป็น

โรคประสาทได้ง่าย ไม่ค่อยมีเส้นหิในสังคม ปรับตัวยาก และถูกคาดหวังว่าจะประสบผลสำเร็จได้ยาก

1.5 ค่านิยมส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละคนขึ้นกับค่านิยมและการประเมินตนกับสิ่งต่าง ๆ ที่เขาให้ความสำคัญแตกต่างกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้ค่านิยมของสังคมเป็นตัวตัดสินคุณค่าของตน ถ้าค่านิยมของเขาสอดคล้องกับสังคมจะทำให้มี การเห็นคุณค่าเพิ่มขึ้น แต่ถ้าค่านิยมส่วนตัวไม่สอดคล้องกับสังคมบุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

1.6 ความปรารถนา การเห็นคุณค่าในตนเองขึ้นกับการประเมินความสามารถ ผลงานของตนกับเกณฑ์มาตรฐานของตน ถ้าบุคคลมีความสามารถหรือผลงานตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง แต่ถ้าบุคคลนั้นมีความปรารถนาสูงเกินไปก็จะเกิดการเห็นคุณค่าต่อตนเองต่ำ เนื่องจากความล้มเหลวของตน

1.7 เพศ โดยส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญกับเพศชาย การประสบความสำเร็จของเพศชาย มักจะถูกมองว่าเกิดจากความสามารถ แต่ถ้าเป็นผู้หญิงกลับถูกมองว่าเป็นเพราะความพยายามหรือความโชคดี ดังนั้นส่วนใหญ่จึงพบว่า เพศชายมีความพอใจในตนเองสูงกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามทัศนคติต่อผู้หญิงและระดับการเห็นคุณค่าในตนเองมีความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมด้วย

2. องค์ประกอบที่เป็นส่วนประกอบภายนอก

2.1 ความสัมพันธ์กับครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกต่อตนเองของเด็กมาก ครอบครัวที่อบอุ่น มีความเข้าใจกัน ให้ความรักและการดูแล เอาใจใส่อย่างดีจะทำให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเองสูง นอกจากบรรยากาศในครอบครัวแล้วบุคลิกภาพของพ่อแม่ ค่านิยมก็จะมีอิทธิพลต่อลูกเช่นกัน พ่อแม่ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความยืดหยุ่น มั่นใจในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกจะทำให้เด็กเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองสูงเช่นกัน

2.2 โรงเรียนและการศึกษา บรรยากาศในโรงเรียนและครูจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนการเห็นคุณค่าในตนเองต่อจากที่บ้าน บรรยากาศในโรงเรียนที่เปิดโอกาสให้เด็กมีกิจกรรมต่าง ๆ แสดงออกถึงทักษะต่าง ๆ และความสามารถ การฝึกให้เด็กแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จะเป็นการส่งเสริมให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง ส่วนบุคลิกภาพของครู เช่น ลักษณะทางกายภาพ อารมณ์ ความสนใจ ความรักความอบอุ่นที่มีต่อเด็ก ทัศนคติต่อผู้เรียน เหล่านี้ล้วนแต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กทั้งสิ้น

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันและการเปรียบเทียบ
 ตนกับบุคคลอื่น เช่น ตำแหน่งการงาน บทบาททางสังคม วงศ์ตระกูล สถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
 จะทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติทางสังคมของคนรอบข้างแตกต่างกัน ในคนที่มีสถานภาพทางสังคม
 สูงมักจะได้รับการปฏิบัติหรือการตอบสนองจากคนในสังคมที่ดีกว่า ซึ่งตรงข้ามกับคนที่มี
 สถานะภาพทางสังคมต่ำ แต่จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า สถานภาพทางสังคมมี
 ความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองที่ไม่เด่นชัดนัก เพราะมีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มี
 สถานภาพทางสังคมต่ำ ประกอบไปด้วยบุคคลทั้งที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและบุคคลที่มีการ
 เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

2.4 เพื่อน กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองเช่นกัน การเป็นที่
 ยอมรับในกลุ่มเพื่อน หรือเป็นที่ไว้วางใจของเพื่อน มักจะทำให้เห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าคนที่ไม่ได้
 รับการยอมรับจากเพื่อน ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อน บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ชอบตำหนิตติเตียน
 และเยาะเย้ยบุคคลอื่นอยู่เสมอ มักมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979,
 p. 98) พบว่าคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักจะเป็นคนเจียมขี้อาย ขอบเก็บตัว และไม่เป็นที่
 ไว้วางใจของเพื่อน

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำ

บุคคลสามารถแสดงการเห็นคุณค่าในตนเองจากลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูด
 กิริยาและการกระทำซึ่งอาจจะแสดงออกอย่างรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith,
 1984, p. 5) ได้จำแนกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ดังนี้คือ

1. บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง
 มีความสอดคล้องกลมกลืนในความเป็น "ตน" รับรู้คุณค่าของตนเองตามความเป็นจริง มีความ
 เชื่อถือในตนเอง แสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างเหมาะสม มีความกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในตนเองว่า
 มีความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ กล้าคิด กล้าแสดงออก มีความคิดสร้างสรรค์
 มองโลกในแง่ดี สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ และในขณะเดียวกันก็ยอมรับความล้มเหลว
 ของตนเองได้ จึงมีชีวิตอยู่อย่างไม่วิตกกังวล มีความยืดหยุ่นในการดำรงชีวิต ทำให้ดำรงชีวิตได้
 อย่างมีความสุข (อรชุนา พุ่มสวัสดิ์, 2539, หน้า 15 – 16), เพรนเดน (Prenden, 1985, pp. 6 – 9),
 คูเปอร์สมิธ (Cooper smith, 1981, pp. 132 – 134), ฮามาเชค (Hamachek, 1992, p. 180),
 ชูตส์ (Schutz, 1967, p. 15)

2. บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีลักษณะตรงข้ามกับบุคคลที่มีการเห็น
 คุณค่าในตนเองสูง คือ จะอยู่ในภาวะไม่สอดคล้องกลมกลืนในความเป็น "ตน" มักไม่เห็น
 ความสำคัญของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองด้อยค่าซึ่งจะส่งผลให้บุคคล

เหล่านี้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบแสดงตัว แสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดการยอมรับในตนเอง มีความประหม่า หวั่นไหว เมื่อรู้ว่าตนเองอยู่ในสายตาผู้อื่นมักไม่ค่อยยอมรับ ความล้มเหลวของตน ทำให้มีความเครียดและความวิตกกังวลสูงจึงเป็นผู้ไม่มีความสุขในชีวิต คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981, pp. 132 – 134) ฮามาเชค (Hamachek, 1978, p. 180) สชูตส์ (Schutz, 1967, p. 15)

จากแนวคิดเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง สรุปได้ว่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักเป็นบุคคลที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปกป้องสิทธิ์ของตนเองได้ และขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้อื่น และมักจะดูถูกตนเองว่าไม่มีความสามารถที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ที่มักจะมองตนเองในแง่บวก มองว่าตนมีความสามารถ มีสมรรถนะในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตในสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูยาเสพติด ในจังหวัดสุโขทัย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำหรือไม่ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเองนี้เพื่อจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ในการประเมินผู้ผ่านการบำบัดในจังหวัดสุโขทัย เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำซึ่งจะนำไปสู่การหามาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำต่อไป

3. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2518 โดยโรเจอร์ (Roger R.W., 1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ.ศ.2526 (Dunn and Rogers, 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น

1. ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived probability)

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy)

และจากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในด้านต่าง ๆ คือ

1. ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
2. ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนการณ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนการณ

3. ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนการณ

ซึ่งทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด ต่อมาในปี พ.ศ.2526 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 นั่นคือ ความหวังในประสิทธิผลตนสาระของทฤษฎีแรงจูงใจนั้น เพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติ ตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีประสิทธิผลของตนเอง (Self efficacy; Bandura, 1986) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิผลของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้นักปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้นักบุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย องค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระตุ้นทางด้านบวกกับบุคคล ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 ตัวที่เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่

กำลังคุกคาม จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลด การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น การหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ได้ประเมินว่า สิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไอบะคายเคือง ลำคอ ถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมาก และมีอาการอื่น ๆ รวมถึงมะเร็งในปอดบุคคลต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการดังกล่าว และจะมีอาการรุนแรงขึ้นถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่ การขบคิดแก้ไขปัญหของบุคคล ขบวนการแก้ไขปัญหเป็นปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าทีการตอบสนอง สิ่งนี้เป็นเรื่องของการรับรู้ผลที่จะได้รับการตอบสนอง เพื่อที่จะจัดสิ่งที่มาคุกตนเองอยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้ หรือไม่ต่ออาการกระวนกระวายอันเกิดจากความต้องการสูบบุหรี่ เขาจะต้องใช้ความอดทนเพียงใดต่อขบวนการปรับตัวเพื่อได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของความต้องการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหของบุคคลแต่ละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จหรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าเขาเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกลึกซึ้งว่าตนเองจะทำได้สำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นจุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่นค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้องสร้างมาตรฐานค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี

ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง และความหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้อย่างสูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีดังนี้คือ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วย จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งสูงขึ้น แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อย การตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลง ตามไปด้วย โรเจอร์นำ 4 องค์ประกอบ ข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ - การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย ตัวองค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การประเมินการทนรับสถานการณ์ (coping appraisal)

ประกอบด้วยองค์ประกอบความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี้ จะได้รับอิทธิพลจาก แหล่งข้อมูลข่าวสาร ดังนี้คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพเป็นการประเมินปัจจัยที่เพิ่มหรือลด ความน่าจะเป็นในการทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นพฤติกรรมดังนี้ เช่น เริ่มต้นสูบบุหรี่ การเริ่มกินลูกอม หรือพฤติกรรมที่พบในปัจจุบัน เช่น ไม่ใส่เข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ตัวแปรที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้แก่รางวัลจากภายใน (intrinsic rewards) เช่น ความสุขทางกาย และรางวัลจากภายนอก (extrinsic rewards) เช่น ยอมรับจากสังคม ปัจจัยที่ลดโอกาสที่จะเกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมคือ การประเมินอันตราย การรับรู้อันตรายและการรับรู้ความน่ากลัวของอันตราย การกระตุ้นด้วยความกลัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัว แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นจริง โดยสรุปการประเมินความน่ากลัวเป็นผลบวกทางคณิตศาสตร์ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งจะเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการวิเคราะห์ความน่ากลัว บุคคลก็จะประเมินการทนต่อสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยบางส่วนของประสิทธิผลหรือการตอบสนองทางป้องกัน ซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้ถึงความน่ากลัว (การตอบสนองประสิทธิผล) บวกกับการวิเคราะห์ความสามารถเริ่มต้นและทำให้สมบูรณ์ได้ (ประสิทธิผลตนเอง) องค์ประกอบของประสิทธิผลตนเองนั้น เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่น่ากลัวเป็นไปได้

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวัง และค่านิยมอื่น ๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญ คือ ทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้ว จะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่า ในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกจากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูง จะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรค (ความไม่สบาย ราคาแพง) ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สึกลำบากในประสิทธิผลตนเองต่ำ ก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนองการทนรับสถานการณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค

การวัดผลประสิทธิผลการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูงขึ้นค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (response cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย การไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียง สิ่งที่ยากจนชีวิตประจำวันเป็นต้น การประเมินการทรมานสถานการณ์นั้น เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเอง ลบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสม จากแผนภาพ 2 จะพบว่าผลรวมของการประเมินความน่ากลัว และการทรมานสถานการณ์ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปร ที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะริเริ่ม ประคับประคองและชี้้นำให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนองการทรมานสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม (เช่น เริ่มออกกำลังกาย เริ่มแปรงฟันอย่างสะอาด) หรือเป็นการหยุดการกระทำ (เช่น หยุดการสูบบุหรี่ หยุดการกินของหวาน เป็นต้น) ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค อาจจะมีได้หลาย ๆ วิธีแต่จากสมมุติฐานในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (intension behavior) จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และวิธีวัดพฤติกรรมนั้น ใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำ หรือหลาย ๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อ - บุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง - บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น - การตอบสนองที่เหมาะสมนั้น เป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้น ให้ดีขึ้นได้ - บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้ - ผลดีที่ได้จากการการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก - ราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและจะได้ผลตาม คือ ทำให้เกิดการตอบสนอง ที่เหมาะสมหรือการตอบสนองที่ทนต่อสถานการณ์ ในทฤษฎีแรงจูงใจนี้ ได้ทำให้เกิดสมมุติฐานเพิ่มขึ้นภายในกระบวนการประเมินคือ เมื่อรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมินความน่ากลัวและการทรมานสถานการณ์ก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันขึ้น ซึ่งสมมุติฐานนี้คาดเดาว่า ถ้าประสิทธิผลของการตอบสนองและ / หรือประสิทธิผลในตนเองสูงแล้ว การเพิ่มความรุนแรง และ / หรืออันตรายจะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจ ในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิผล

การตอบสนองและ / หรือประสิทธิผลในตนเองนั้นต่ำ การเพิ่มความรุนแรงและ / หรือ ความเป็นอันตรายจะไม่มีทั้งผล หรือผลจากการสะท้อนกลับ (boomerang effect) (ผลจากการสะท้อนกลับได้แก่ คนสูบบุหรี่อยู่ แล้วตั้งใจจะเพิ่มการสูบบุหรี่ หรือคนดื่มเหล้าอยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการดื่มเหล้า เป็นต้น) แต่จะลดความตั้งใจที่จะยินยอมทำตามการแนะนำทางสุขภาพ ดังนั้น ทฤษฎีนี้จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ทำลายกระบวนการตัดสินใจ โดยใช้เหตุผล (rational decision making process) อย่างสมบูรณ์ มีเงื่อนไขอยู่ 2 เงื่อนไขที่บุคคลจะรู้สึกไม่สามารถจะปกป้องตนเองเมื่อ - การตอบสนองการทบทวนสถานการณ์ที่มีอยู่นั้นไม่มีผล (ประสิทธิผลการตอบสนองต่ำ) - ถ้าบุคคลเชื่อว่าเขาไม่สามารถสร้างการตอบสนอง การทบทวนสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ มีงานวิจัยที่ยืนยันปฏิสัมพันธ์ที่คาดเดาได้ ระหว่างอันตรายและประสิทธิผลของการตอบสนอง ถ้าการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์ที่แนะนำให้นั้นมีผลต่อการตอบสนองทางป้องกันสูง จะทำให้เพิ่มความเชื่อในอันตราย ซึ่งทำให้เพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม แต่ถ้าเชื่อว่าการตอบสนองนั้น ไม่มีประสิทธิภาพ จะเพิ่มความรู้สึกว่าการมีอันตรายนั้นลดลง ทำให้ลดความตั้งใจที่จะยอมรับการตอบสนอง ทำให้เกิดผลจากการสะท้อนกลับ

4. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อทำนายว่า การที่บุคคลจะประกอบพฤติกรรมใดนั้น สามารถทำนายจาก การวัดความเชื่อ (Beliefs) ทศนคติ (Attitudes) และความตั้งใจกระทำ (Intention) ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Ajzen and Fishbein (1975, 1977) โดยทั้งสองได้ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) และทัศนคติ (Attitude) ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการไม่สูบบุหรี่ ขณะที่หลายทฤษฎีมุ่งเน้นการทำนายพฤติกรรมด้วยกรอบความเกี่ยวข้องกันระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม แต่ Ajzen and Fishbein (1975, 1977) ได้เสนอกรอบความเกี่ยวข้องกันระหว่าง ความเชื่อ (Beliefs) ทัศนคติ (Attitude) ความตั้งใจ (Intention) พฤติกรรม (Behavior) แนวคิดทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์โดยปกติจะเป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อตนเองอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุถึงการตัดสินใจของตน พฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยขาดการพิจารณามาก่อน ยิ่งกว่านั้นยังเชื่อว่าได้มีการพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะมีตัวกำหนดที่สำคัญ 2 ประการ คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามสิ่งอ้างอิงในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยที่พฤติกรรมความตั้งใจ (Behavioral Intention) สามารถทำนายได้โดยสมการ

$$B \sim BI = W1 (A) + W2 (SN)$$

โดยที่ B หมายถึง พฤติกรรม (Behavior)

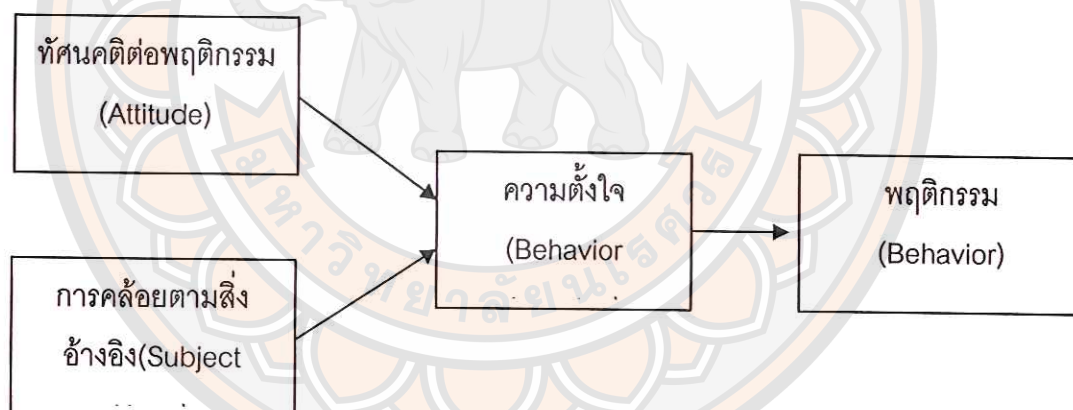
BI หมายถึง ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (Behavioral Intention)

A หมายถึง ทักษะคติต่อการกระทำในพฤติกรรม (Attitude Toward Performing the Behavior)

SN หมายถึง การคล้อยตามสิ่งอ้างอิง (Subjective Norm)

W1 และ W2 หมายถึง น้ำหนักความสำคัญของทักษะคติกับการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง ตามลำดับ

เป้าหมายของทฤษฎีนี้ คือ การทำนายและการเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen and Fishbein, 1980) ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีนี้คือ ความตั้งใจของมนุษย์ที่กระทำหรือไม่กระทำถูกกำหนดโดยเกณฑ์ของพฤติกรรม (Behavioral Criterion) ซึ่งทฤษฎีนี้เสนอว่าปัจจัยในการกำหนดความตั้งใจของมนุษย์คือ ทักษะคติ และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง ดังภาพ 5



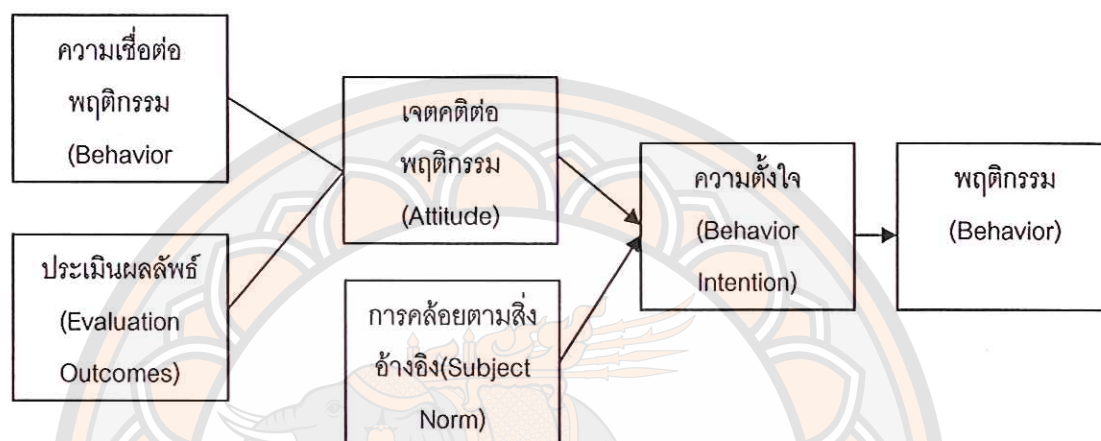
ภาพ 5 รูปแบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา: Ajzen and Fishbein, 1980

ทักษะคติต่อพฤติกรรม (Behavioral Attitudes)

ทักษะคติที่มีต่อพฤติกรรมมีผลมาจากความเชื่อของบุคคลว่า การกระทำในพฤติกรรมใด ๆ นั้นจะมีผลที่ได้รับแน่นอนและมีการประเมินผลลัพธ์ที่ออกมา (Fishbein, 1980) ตัวอย่างเช่น ความเชื่อของผู้ประกอบการว่าการทำธุรกิจบนระบบอินเทอร์เน็ตจะทำให้ธุรกิจมีความ

ได้เปรียบ ในการแข่งขันได้ และการประเมินผลลัพธ์ในการได้เปรียบการแข่งขัน และการเสียเปรียบ ในการแข่งขัน คือ สิ่งที่น่ามาทำนายหรือพยากรณ์ความตั้งใจในการทำธุรกิจของผู้ประกอบการ ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี คือว่า ความเชื่อในผลลัพธ์ของการทำธุรกิจบนอินเทอร์เน็ตหรือไม่ทำ นั้น อยู่บนพื้นฐานของทัศนคติของผู้ประกอบการเกี่ยวกับการทำธุรกิจบนอินเทอร์เน็ต สิ่งนี้เรียกว่า ความเชื่อต่อพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ดังภาพ 6



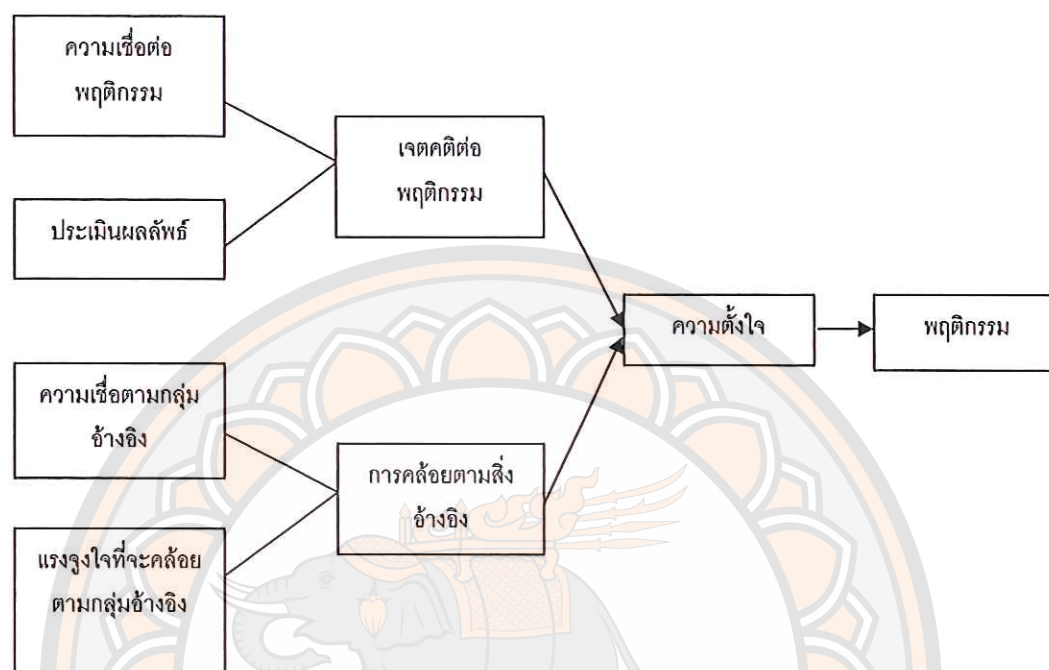
ภาพ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อต่อพฤติกรรม การประเมินผลลัพธ์ ทัศนคติ และการคล้อยตามสิ่งอ้างอิง ตามรูปแบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา: Ajzen and Fishbein, 1980

การคล้อยตามสิ่งอ้างอิง (Subjective Norm)

ในต้นแบบแรกของงานวิจัยของ Ajzen and Fishbein (1980) ความเชื่อต่อพฤติกรรม และการประเมินผลลัพธ์ของการกระทำ มีความเพียงพอในการทำนายความตั้งใจในการกระทำ พฤติกรรมนั้น อย่างไรก็ตาม ต้นแบบต่อมาสนับสนุนว่า กลุ่มของความเชื่อที่เกิดจากการคล้อยตาม สิ่งอ้างอิง หรืออิทธิพลของสิ่งอ้างอิง (Subjective Norm) ก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายความตั้งใจ ในการกระทำด้วย (Ajzen and Fishbein, 1977; Fishbein, 1980) กลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อ การกระทำพฤติกรรมมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ เช่น พฤติกรรม การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ผู้บังคับบัญชาอาจมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความรู้มากกว่าสามีหรือภรรยา เป็นต้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนี้สันนิษฐานว่าเกิด จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่เราให้ความสำคัญกับความคาดหวัง ของกลุ่มอ้างอิงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเข้มของความเชื่อตามกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs)

และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply with the Referent) ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002) ได้ดังภาพ 7



ภาพ 7 รูปแบบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ที่มา: Ajzen, 2002

ครอยเลย์ (Croyle, 2005) ได้ศึกษาทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ที่พัฒนาขึ้นโดย (Ajzen and Driver, 1991) เป็นทฤษฎีทางเจตคติที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วย ตนเอง [Volitional (willful) Control] บุคคลที่มีเจตนา (Intention) จะกระทำพฤติกรรม ที่เฉพาะเจาะจง (Specific behavior) การกระทำด้วยเหตุผลของบุคคลมาจาก 2 ปัจจัย (Fishbein and Ajzen, 1975) คือ

1. เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward behavior) เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรม และการประเมินคุณค่าของผลกรรมนั้น ตามทฤษฎีนี้ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก (Positive outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่เห็นด้วยต่อพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลกรรมทางลบที่ไม่พึงปรารถนา (Negative outcome) เขาก็จะมีเจตคติไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น

2. อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรมของบุคคล (Subjective norms) โดยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงนี้จะถูกกำหนดโดยความเชื่อที่ว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลหนึ่ง ๆ คิดว่าบุคคลนั้นควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมใด ๆ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญเหล่านั้น และเกิดพฤติกรรมเหล่านั้นตามมา

จากแนวคิดของทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีกระบวนการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ควบคู่กับอิทธิพลความคาดหวังของบุคคลสำคัญของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือไม่ และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมการปฏิบัติให้สำเร็จเป็นผลดีได้ด้วย สิ่งที่สำคัญที่จะเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ คือ บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติรวมทั้งสามารถควบคุมปัจจัยอื่น ๆ หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งสามารถประยุกต์ตามแนวทฤษฎี ได้ดังนี้

1. ค้นหาความเชื่อ ความศรัทธาและการประเมินค่าของผลการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น เมื่อควบคุมอารมณ์ หลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมเดิม ๆ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพติดจะทำให้สามารถควบคุมและลดโอกาสในการเสพติดซ้ำได้ หรือเมื่อหยุดเสพติดจะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองติดยาได้ เป็นต้น

2. ค้นหาบุคคลสำคัญและความคาดหวังของบุคคลสำคัญของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดเพื่อเป็นกำลังใจหรือเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเสพติดซ้ำ เช่น สามีเลิกเสพติดเพื่อภรรยาและบุตร เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนเอกสารวิชาการพบว่า มีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นงานวิจัยภายในประเทศและผลงานวิจัยในต่างประเทศ ดังนี้

ผลงานวิจัยภายในประเทศ

สุรวุฒน์ คูวิเศษแสง (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคต และการควบคุมตนเองกับการเสพติดซ้ำของเยาวชนที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี พบว่าสาเหตุที่กลับมาเสพติดซ้ำเพราะมีเพื่อนสนิทที่ติดยา ส่วนด้านการรับรู้คุณค่าตนเองนั้น กลุ่มตัวอย่างมีการรู้คุณค่าของตนเอง มีการมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว องค์กรและชุมชน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และการมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับการเสพติดซ้ำ

ธีระพล คล้ายสิงห์ (2546) ได้ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล สภาพครอบครัว สภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชนซึ่งประกอบไปด้วย การใช้เวลารว่าง การคบเพื่อน และ ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุที่กลับมาเสพยาบ้าซ้ำเป็นเพราะจิตใจไม่เข้มแข็ง พอ พบกับเพื่อนสนิทกลุ่มเดิมที่เสพยาบ้า และกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม

นิรุจน์ อุทธา, กัญญา ภูระหงษ์, วิมล ลักษณะภิชนชัย, บังอร สุปรีดา, เสาดาทรอ ไสดาดี และคณะ (2548) ได้ทำการสำรวจอัตราการเสพยาซ้ำและการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้า ของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเสพยาซ้ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาซ้ำ และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทดแทนของผู้ป่วยยาบ้าที่ ผ่านการบำบัดในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยยาบ้าที่ผ่านการบำบัดแล้ว 1 ปี มีการเสพยาซ้ำ ร้อยละ 13.2 โดยแยกเป็นรายภาคได้ดังนี้คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 15.8 ภาคใต้ ร้อยละ 14.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 12.3 และภาคกลาง ร้อยละ 10.9 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การเสพยาซ้ำ คือ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มเสพยา การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดของ ตนเองและบุคคลใกล้ชิด ประเภทผู้ป่วย จำนวนครั้งที่บำบัด และรูปแบบการบำบัด

อินชัย อุณหน้อย (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดหลัง บังคับบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ เพื่อศึกษาอัตราและปัจจัยในการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด หลังบังคับบำบัดที่ส่งตัวมาจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดเชียงราย และมารายงานตัวที่ โรงพยาบาลและสถานเฝ้าระวัง เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบ ผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิต-สังคมบำบัด (Matrix Program) และเพื่อเสนอแนะมาตรการและวิธีการ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัด ได้แก่ อาชีพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการติดตามดูแลหลังการบำบัดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ ได้เสนอแนะมาตรการและวิธีในการป้องกันและแก้ไขปัญหการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดหลัง การบำบัด ไว้ดังนี้ คือ 1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้ป่วยยาเสพติดหลังการ บำบัดอย่างจริงจัง 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด หลังการบำบัดให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ และมีการตรวจยาเสพติดในปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง 3) ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดและบุคคลในครอบครัวก่อนส่ง ผู้ป่วยยาเสพติดกลับสู่สังคม 4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการอบรมเสริมทักษะในการจัดการ ความเครียดให้แก่เยาวชนและประชาชน และ 5) รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรจริงจัง ในการปราบปรามไม่ให้มีผู้ผลิต/ผู้ขาย/ผู้เสพในหมู่บ้าน

โสภา งามกระแสนินทร์ (2548) ได้ศึกษาความแตกต่างของการควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้หยุดเสพยาบ้าและผู้ที่ยกกลับมาเสพยาบ้า พบว่ากลุ่มที่หยุดเสพยาบ้า มีการควบคุมตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มผู้กลับมาเสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ (2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่ติดแอมเฟตามีนหลังการรักษา 1 ปี โดยการเปรียบเทียบความเชื่อในผลการควบคุมอารมณ์ในการเลิกเสพยาบ้า ความตั้งใจในการหยุดใช้แอมเฟตามีน การเห็นคุณค่าในตนเอง และบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว ของผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นเวลา 1 ปี ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการเสพยาบ้าและกลุ่มที่ไม่เสพยาบ้า ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการหยุดใช้แอมเฟตามีน บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดที่ไม่เสพยาบ้า สูงกว่ากลุ่มผู้ผ่านการบำบัดที่เสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความเชื่อในผลการควบคุมอารมณ์ในการเลิกเสพยาบ้าของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

วิภา ดำนังอรกุล และคณะ (2549) ได้ศึกษาลักษณะประชากรและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติ พบว่า ยาบ้า ยังคงเป็นปัญหาหลักและมีโอกาสแพร่ระบาดได้ง่ายกว่าสารเสพติดชนิดอื่น และกลุ่มที่มีแนวโน้มจะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ได้แก่ กลุ่มว่างงานหรือมีงานชั่วคราว กลุ่มที่เคยใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน กลุ่มที่เคยถูกจับกุม และเคยมีพฤติกรรมการจำหน่ายยาบ้า

อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลเชิงลึก ของผู้ติดยาเสพติดที่มีการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับและระบบต้องโทษ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยร่วมและแตกต่างระหว่างผู้ติดยาเสพติดซ้ำกับผู้ที่สามารถเลิกยาเสพติดได้ และเพื่อเสนอแนะแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหการติดยาเสพติดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยร่วมกันระหว่างผู้ติดยาเสพติดซ้ำกับผู้ที่สามารถเลิกได้ นั่นคือสำหรับผู้ติดยาเสพติดได้ จุดเด่นด้านนิสัย อารมณ์ บุคลิกภาพ คือ การภูมิใจที่สามารถเลิกบุหรี่หรือยาเสพติดได้ รองลงมาคือ การทำงานหาเงินเลี้ยงดูพ่อแม่และครอบครัวได้ ส่วนผู้ติดยาเสพติดซ้ำ จุดเด่นด้านนิสัย อารมณ์ บุคลิกภาพ คือ ภูมิใจที่สามารถทำงานหาเงินเลี้ยงดูพ่อแม่และครอบครัวได้ รองลงมาคือการไม่มีความภูมิใจในตัวเอง ส่วนปัจจัยแตกต่างระหว่างผู้ติดยาเสพติดซ้ำกับผู้ที่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าตนเองในความสำเร็จที่ผ่านมา ความภูมิใจ และ

วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ติดยาเสพติดซ้ำมีความสำเร็จ ความภูมิใจน้อยกว่าผู้เลิกยาเสพติด และมีวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าระยะเวลาการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการกลับไปเสพซ้ำ ระยะเวลาบำบัดที่เหมาะสมที่จะไม่ทำให้กลับไปติดยาเสพติดซ้ำอีก อยู่ระหว่าง 1-2 ปี และไม่น้อยกว่า 1 ปี ขณะที่ระบบบังคับบำบัดกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำเพียง 4-6 เดือน เท่านั้น

ธงชัย ภูลวิริยะ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเสพติดของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3-4 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเสพติดมี 4 ตัวแปร คือ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนแนะนำจากครู อาจารย์ เพื่อน การได้รับข่าวสาร สื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับสารเสพติด และทักษะการปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ปริศนา รดสีดา (2552) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวต่อการเสพติดของ ผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ในระบบบังคับบำบัดด้วยการศึกษาวิจัยเชิงมานุษยวิทยาและเชิงวิเคราะห์ พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวส่งผลต่อการเสพติด โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารในครอบครัว การพูดคุยกัน การแสดงกิริยาท่าทางระหว่างผู้เสพติดกับสมาชิกในครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภายหลังการบำบัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำได้แก่ พฤติกรรมของผู้เสพภายหลังการบำบัด การเสพยาของเพื่อนสนิท และลักษณะของชุมชนโดยชุมชนที่ยังมี ผู้เสพยาบ้า และมีการซื้อขายยาบ้าในชุมชนจะมีความสัมพันธ์กับการเสพติดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันเพ็ญ อำนางกิติกร และคณะ (2553) จากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ สถาบันธัญญรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ทศนคติต่อการเลิกยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม และความตั้งใจเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และพบตัวแปรที่ส่งผลมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติด คือ ทศนคติต่อการเลิกยาเสพติด รองลงมาคือ การเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ

Brecht ML., et al. (2000) ศึกษาการทำนายการเสพยาของผู้ผ่านการบำบัดหลังเข้ารับ การบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในเมแทบอลิซึม ในช่วงเวลาปี 1995 ถึง 1997 ผลการศึกษาพบว่าผู้ผ่านการบำบัดร้อยละ 36.00 มีการเสพยาในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากผ่านการบำบัดครบตาม กำหนด และร้อยละ 15 มีการเสพยาภายใน 7 ถึง 9 เดือนหลังผ่านการบำบัดครบตามกำหนด

Yen CF. and Chang YP. (2005) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยา เมแทบอลิซึมซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นชายได้วันโดยตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ประวัติบุคคลในครอบครัว ลักษณะทางประชากร ความผิดปกติทางจิต ลักษณะการใช้เมแทบอลิซึม ทักษะการรับมือ การใช้ เมแทบอลิซึม และลักษณะส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ความกดดันทางสังคมเป็นปัจจัยนำ ให้เกิดพฤติกรรมการเสพยา นอกจากนี้การปรับตัว ความมั่นคงทางอารมณ์ และระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาเมแทบอลิซึมซ้ำของวัยรุ่น และยังพบว่า พื้นฐานการอบรมสั่ง สอนของครอบครัว มีส่วนช่วยลดการเสพยาเมแทบอลิซึมซ้ำ

Melissa Hamerbacher and Michael Lyvers (2005) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการเสพยาเสพติดซ้ำโดยได้ศึกษากับผู้ผ่านการบำบัดรักษาจากโปรแกรมการรักษาในออสเตรเลีย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาซ้ำได้แก่ บทบาทของครอบครัว สภาพทางอารมณ์ ลักษณะทางประชากร และชนิดของยาเสพติดที่เสพครั้งแรก

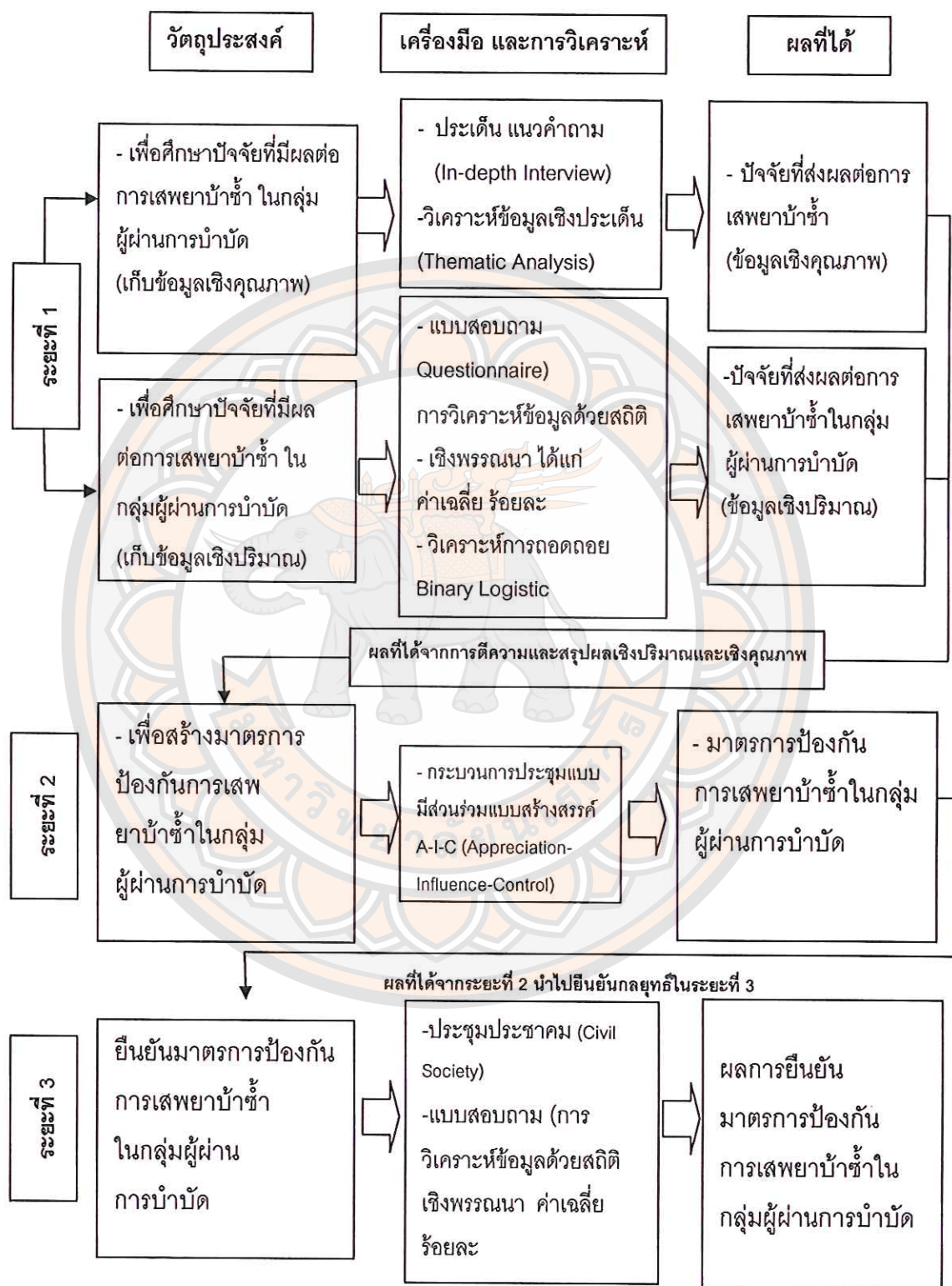
Russell, et al. (2008) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเมแทบอลิซึมในกลุ่มวัยรุ่นอายุ ไม่เกิน 18 ปีโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้เมแทบอลิซึม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัย เสี่ยงต่อการเสพยาเมแทบอลิซึมในกลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่ำได้แก่ ประวัติการใช้ยาเสพติด ประเภทผิด (OR = 29.3; 95% CI: 9.8–87.8) ประวัติการใช้ยาเสพติดของสมาชิกในครอบครัว (OR = 4.7; 95% CI: 2.8–7.9) ผู้ที่พบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (OR = 2.79; 95% CI: 2.25, 3.46) ผู้ที่มีประวัติการป่วยด้วยกลุ่มโรคทางจิตใจ (Psychiatric Disorders) และผู้ที่มีประวัติการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ส่วนในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ประวัติการเกี่ยวข้องกับ อาชญากรรมของสมาชิกในครอบครัว (OR = 2.0; 95% CI: 1.2–3.3) ประวัติการใช้ยาของสมาชิก ในครอบครัว (OR = 4.7; 95% CI: 2.8–7.9) ประวัติการติดสุราของสมาชิกในครอบครัว (OR = 3.2; 95% CI: 1.8–5.6) และประวัติการเข้ารับการรักษาอาการทางจิต (OR = 6.8; 95% CI: 3.6–12.9) และนอกจากนี้ยังพบว่า สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวยังส่งผลต่อการเสพยา เมแทบอลิซึม

Samira Golestan, et al. (2010) ได้ศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นนอกรั้วโรงเรียนโดยทำการศึกษาในกลุ่มที่เสพติด 226 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัย ด้านครอบครัว ชุมชน โรงเรียน เพื่อนและการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการ เสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Tuliao AP. and Liwag ME. (n.d.) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายการเสพติดเสพติดซ้ำใน กลุ่มเพศชายชาวฟิลิปปินส์ที่เสพติดแอมเฟตามีน โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ผลเสียของยาเสพติด การจูงใจ และแรงปรารถนา เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ ตำรา แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย(ดังแสดงในภาพที่ 7) โดยในระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยในระยะที่ 1 มาสร้างมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในระยะที่ 2 โดยเทคนิคการกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) และระยะที่ 3 ยืนยันมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่ม ผู้ผ่านการบำบัด โดยวิธีการประชาคม (Civil Society)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 8 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมวิธี (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด 2) เพื่อสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดและ 3) เพื่อยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด พื้นที่ศึกษา ได้แก่ จังหวัดสุโขทัย โดยผู้วิจัย ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

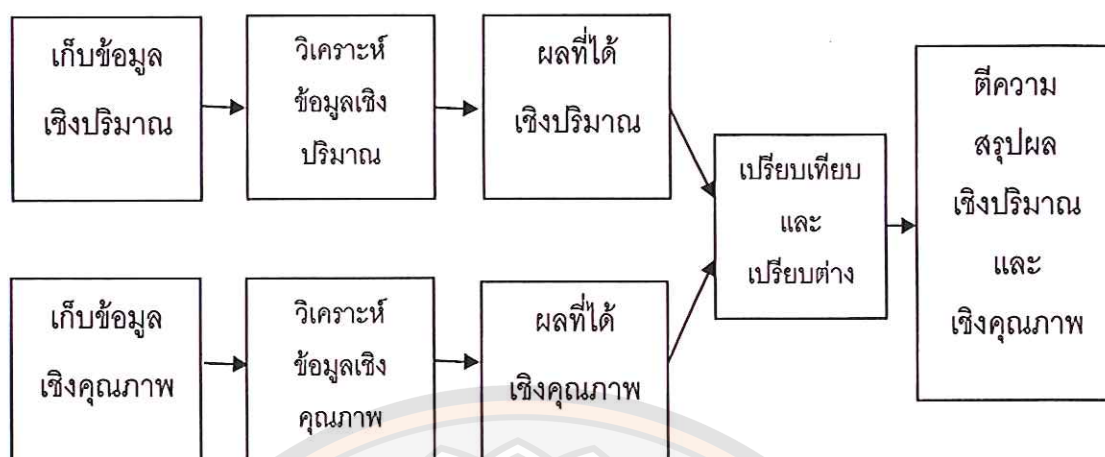
ระยะที่ 2 สร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยเทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)

ระยะที่ 3 ยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยวิธีการประชาคม (Civil Society Forum)

รายละเอียดแต่ละระยะการวิจัย อธิบาย ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธี ซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยที่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในการดำเนินงานวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำแบบคู่ขนาน (Parallel) โดยให้น้ำหนักความสำคัญเท่า ๆ กัน โดยใช้แบบแผนแบบลู่เข้า (Convergence Model) ทั้งนี้ เพื่อพิจารณาความตรง (Validity) และความสอดคล้องซึ่งกันและกัน (รัตนะ บัวสนธิ์, 2555, หน้า 83) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด รายละเอียดดังภาพ 9



ภาพ 9 กิจกรรมการวิจัย

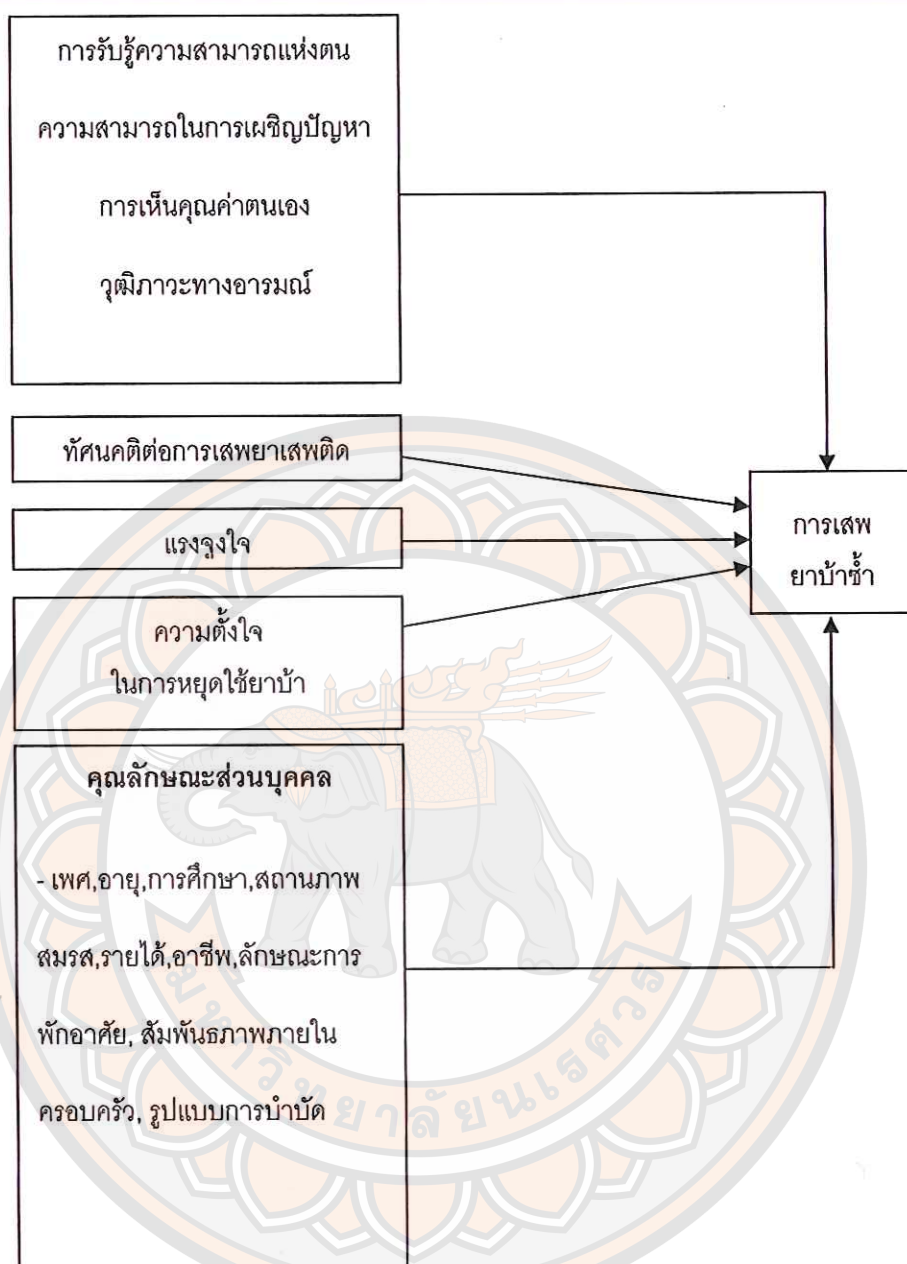
ที่มา: ดัดแปลงจาก Creswell and Clark, 2007, p. 63

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด และสร้างแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการวิจัยเชิงสำรวจหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดในจังหวัดสุโขทัย รายละเอียดการศึกษามีดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย(เชิงปริมาณ)

จากการทบทวน แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณได้ดังภาพ 10



ภาพ 10 กรอบแนวคิดการวิจัย (เชิงปริมาณ)

ประชากรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัดในขั้นตอนการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มประชากรในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. เป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเฉพาะประเภทยาบ้าที่ได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์การบำบัดรักษา และกลับมาอยู่ชุมชน/หมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึง 30 เมษายน 2556

2. ได้รับการติดตามหลังการบำบัดรักษา และมีผลการติดตามทั้งที่เป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ และเป็นผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ

3. อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการค้นคว้าเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัย พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าซ้ำทั้งสิ้น 16 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ลักษณะการพักอาศัย สัมพันธภาพภายในครอบครัว รูปแบบการบำบัด การรับรู้ความสามารถตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าตนเอง วุฒิภาวะทางอารมณ์ ทักษะการตัดสินใจ และความตั้งใจในการหยุดใช้ยา ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 15 เท่าของจำนวนปัจจัยทั้งหมด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน แต่เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติ Binary Logistic Regression ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างการวิจัยในขั้นตอนนี้โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ 120 คน และผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ 120 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์การถดถอย Binary Logistic Regression (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549)

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งมีขั้นตอนการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สืบรวจข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 9 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง เพื่อหารายชื่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเฉพาะประเภทยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์และกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนในจังหวัดสุโขทัย ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึง 30 เมษายน 2556 ที่ยังคงอาศัยอยู่ในพื้นที่

2. ตรวจสอบผลการติดตามหลังการบำบัดรักษาและแยกประเภทผู้ผ่านการบำบัดเป็นผู้ที่มีผลการติดตามเป็นผู้ที่เสพยาบ้าซ้ำ และผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ

3. จากการสำรวจรายชื่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดดังรายละเอียด ข้อ 1 และ ข้อ 2 พบผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดประเภทยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัยทั้งสิ้น 387 คน โดยเป็นผู้ที่มีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ 128 คน และมีผลการติดตามเป็นผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ 259 คน

4. กำหนดหมายเลขให้ผู้ผ่านการบำบัดที่เป็นกลุ่มประชากรตามรายละเอียด ข้อ 3 โดยผู้วิจัยกำหนดหมายเลข 1 ถึง 259 ให้กับผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้ไม่เสพยาบ้าซ้ำ และกำหนดหมายเลข 1 ถึง 128 ให้กับผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ

5. สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่กลับ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ 120 คน และผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้ไม่เสพยาบ้าซ้ำ 120 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบรายงานการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (บสต.5)
2. แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย มี 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ผ่านการบำบัด

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับความตั้งใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

มาก หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

น้อย หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อยที่สุด หรือตั้งใจจะไม่กระทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จากข้อคำถามด้านความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้คือ

คะแนนต่ำกว่า 30 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ในระดับต่ำ

คะแนน 30-39 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ในระดับปานกลาง

คะแนน 40-50 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ในระดับมากที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 5

มาก หมายถึง ท่านคิดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ในระดับมากมีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

น้อย หมายถึง ท่านคิดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ในระดับน้อยมีค่าคะแนนเท่ากับ 2

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ในระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จากข้อคำถามด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน สามารถแปลความหมาย ได้ดังนี้คือ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป

คะแนนต่ำกว่า 21 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ

คะแนน 21-27 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 28-35 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง

การรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่กลับไปเสพติดซ้ำ

คะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ

คะแนน 18-23 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 24-30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วย
ข้อคำถาม 10 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับความสามารถในการ
เผชิญปัญหาเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนน
เท่ากับ 5

มาก หมายถึง ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับมาก มีค่าคะแนน
เท่ากับ 4

ปานกลาง หมายถึง ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับปานกลาง มีค่า
คะแนนเท่ากับ 3

น้อย หมายถึง ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย มีค่าคะแนน
เท่ากับ 2

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนน
เท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ
60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จาก
ข้อคำถามด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถแปลความหมายได้ดังนี้คือ

คะแนนต่ำกว่า 30 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ

คะแนน 30-39 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 40-50 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับสูง

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับความรู้สึกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน มีค่าคะแนน
เท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จากข้อคำถามด้านทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้า สามารถแปลความหมาย ได้ดังนี้ คือ

คะแนนต่ำกว่า 42 คะแนน หมายถึง มีทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้าในระดับต่ำ

คะแนน 42-55 คะแนน หมายถึง มีทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้าในระดับปานกลาง

คะแนน 56-70 คะแนน หมายถึง มีทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้าในระดับสูง

ส่วนที่ 6 วุฒิภาวะทางอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับความรู้สึกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้นมีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมีค่าคะแนน เท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จาก ข้อคำถามด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถแปลความหมาย ได้ดังนี้ คือ

คะแนนต่ำกว่า 24 คะแนน หมายถึง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในระดับต่ำ

คะแนน 24-31 คะแนน หมายถึง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในระดับปานกลาง

คะแนน 32-40 คะแนน หมายถึง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 การเห็นคุณค่าตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถาม แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับความรู้สึกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 5

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่านมีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมีค่าคะแนน เท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จากข้อคำถามด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถแปลความหมาย ได้ดังนี้ คือ

คะแนนต่ำกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับต่ำ

คะแนน 36-47 คะแนน หมายถึง มีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 48-60 คะแนน หมายถึง มีการเห็นคุณค่าตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนในระดับความรู้สึกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง จากข้อคำถามด้านคุณลักษณะทางอารมณ์ สามารถแปลความหมายได้ดังนี้คือ

คะแนนต่ำกว่า 33 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในระดับต่ำ

คะแนน 33-43 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง

คะแนน 44-55 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในระดับสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีวิธีการสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ

2. ดำเนินการสร้างแบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมทุกประเด็นที่ต้องการศึกษา

3. นำเสนอแบบสอบถามต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ
เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของ
วัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งพบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC
อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ผ่านการ
บำบัดที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน
จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รายละเอียด ดังนี้

ค่า Reliability ทั้งฉบับ = 0.93

ซึ่งเมื่อแยกรายประเด็นได้ผลการวิเคราะห์รายละเอียด ดังนี้

ความตั้งใจในการไม่เสพยาบ้าซ้ำ = 0.79

การรับรู้ความสามารถแห่งตน = 0.72

ความสามารถในการเผชิญปัญหา = 0.70

ทัศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้า = 0.86

วุฒิภาวะทางอารมณ์ = 0.73

การเห็นคุณค่าตนเอง = 0.74

แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณใน
ระยะที่ 1 เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยในเขตพื้นที่จังหวัด
สุโขทัย

2. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย
โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอทุกแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนทุก
โรงพยาบาลเพื่อลงเก็บข้อมูลในพื้นที่

3. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลสุโขทัย
โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่มีผู้ผ่านการบำบัดเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือให้เป็นผู้ช่วย
ผู้วิจัย พร้อมทั้งจัดอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของงานวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ และ
ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ช่วยผู้วิจัยเชิญผู้ผ่านการบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมเป็น
อาสาสมัครการวิจัยด้วยการเชิญทางโทรศัพท์หรือทำหนังสือเชิญทางไปรษณีย์ (แล้วแต่กรณี เช่น
ในกรณีที่ผู้ผ่านการบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างท่านใด ที่ผู้ช่วยผู้วิจัยเคยติดต่อให้ความช่วยเหลือและ
ติดตามหลังการบำบัดด้วยวิธีการโทรศัพท์ ก็จะใช้วิธีการติดต่อ เชิญเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการ
วิจัยด้วยวิธีการโทรศัพท์ ส่วนผู้ผ่านการบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างท่านใด ที่ผู้ช่วยผู้วิจัยเคยติดต่อให้
ความช่วยเหลือและติดตามหลังการบำบัดด้วยวิธีการทำหนังสือส่งไปรษณีย์ ก็จะใช้วิธีการติดต่อ
เชิญเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัยด้วยการทำหนังสือเชิญทางไปรษณีย์) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้า

ร่วมตอบแบบสอบถาม ณ ห้องให้คำปรึกษาประจำโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อาสาสมัครอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นห้องที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ มีลักษณะเป็นส่วนตัว ปกปิดมิดชิด และพ้นจากสายตาของบุคคลทั่วไป มีเพียงอาสาสมัครและผู้ช่วยผู้วิจัยเท่านั้น

5. เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งได้รับการอบรมแล้วตามรายละเอียดข้อ 3 และผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านที่ได้รับการอบรมนี้ เป็นผู้รับผิดชอบติดตามผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการความไว้วางใจจากผู้ผ่านการบำบัดเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ว่าจะสามารถรักษาความลับของข้อมูลของผู้ผ่านการบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยแจกแบบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (Information consent form) และแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในห้องให้คำปรึกษาซึ่งเป็นห้องที่จัดไว้เป็นพื้นที่เฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและเพื่อความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นให้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัดด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ของผู้ผ่านการบำบัด ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย Binary Logistic โดยวิธี Enter

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสร้างเป็นกรอบแนวคิด ในการสร้างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยขั้นตอนการศึกษามีดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เนื่องจากการเสพยาบ้าซ้ำเป็นประเด็นที่อ่อนไหว และเกี่ยวข้องกับการกระทำผิดกฎหมายดังนั้นในการขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive Sampling) อย่างพิถีพิถันเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่รอบด้าน เพียงพอที่จะเข้าถึงปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดเป็นอย่างดี (ศิริพร

จิรวัดมนกุล, 2552, หน้า 112-113) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการเลือกจากการกำหนดคุณสมบัติ (Criterion Sampling) ดังนี้

1. เป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเฉพาะประเภทยาบ้า และ/หรือ เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดเฉพาะประเภทยาบ้า ที่ได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์การบำบัดรักษา และกลับมาอยู่ชุมชน/หมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2555 ถึง 30 เมษายน 2556

2. ได้รับการติดตามหลังการบำบัดรักษา โดยมีผลการติดตามทั้งที่เป็นผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ และเป็นผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ

3. อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ซึ่งจากการกำหนดคุณสมบัติและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักดังกล่าว ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ยินดีให้สัมภาษณ์เชิงลึก เป็นผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่มีผลการติดตามทั้งที่เป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำ และผู้ที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ จำนวน 17 คน และตัวแทนสมาชิกในครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 5 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 22 คน แยกรายอำเภอได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกรายอำเภอ

ที่	ชื่อหน่วยงาน	อำเภอ	จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก
1	โรงพยาบาลสวรรคโลก	สวรรคโลก	7
2	โรงพยาบาลกงไกรลาศ	กงไกรลาศ	7
3	โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย	ศรีสัชนาลัย	8

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย

1. แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัยและจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี เอกสารวิชาการ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้น นำเสนอเครื่องมือต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

2. เครื่องบันทึกเสียง
3. กล้องถ่ายรูป
4. สมุดบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก
5. ปากกา ดินสอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่ส่งต่อการเสพยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่มีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงได้เป็นอย่างดีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้า ผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้ที่ไม่เสพยาบ้า และสมาชิกครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัด มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของโรงพยาบาลทั่วไปทั้งสองแห่ง โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอของจังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือ ในการหาพื้นที่และผู้ให้ข้อมูลหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ามีพื้นที่ที่มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่สมัครใจและพร้อมจะให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลกงไกรลาศ และโรงพยาบาลศรีสัชชาลัย ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ทั้ง 3 แห่ง เป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจง ผู้รับผิดชอบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดประจำโรงพยาบาลดังกล่าว ได้แก่ โรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลกงไกรลาศ และโรงพยาบาลศรีสัชชาลัย เพื่อขอความร่วมมือให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัย และเพื่อชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย

3. ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดเตรียมห้องสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจัดเตรียมห้องที่แยกเป็นเอกเทศ มีความมืดซิด ไม่มีบุคคลภายนอกกรบกวน และไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูลหลัก

4. ผู้ช่วยผู้วิจัยทำหน้าที่นัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สมัครใจเป็นอาสาสมัครการวิจัย เพื่อเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้วิธีโทรศัพท์นัดหมายให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สมัครใจให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ณ โรงพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการติดตามหลังการบำบัดรักษา

5. เมื่อถึงกำหนดวันนัดหมายผู้ช่วยผู้วิจัย จัดเตรียมสถานที่นัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจัดเตรียมห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลซึ่งเป็นห้องที่แยกเป็นเอกเทศ มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน และบุคคลภายนอกไม่สามารถได้ยินเสียงการสนทนาและไม่เห็นภาพการสนทนายระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากนั้น ผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ให้ข้อมูลหลัก แล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจ และสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน

6. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลัก และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

7. ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยตนเอง โดยใช้สมุดบันทึกภาคสนาม และเครื่องบันทึกเสียง

ระยะที่ 2 สร้างมาตรการป้องกันการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ในระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยนำเทคนิค กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) มาใช้ในการสร้างมาตรการป้องกันการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด เนื่องจากปัญหาเฝ้าระวังเป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เป็นกระบวนการประชุมที่มีขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาการเฝ้าระวัง เป็นการประชุมที่ระดมพลังสมองเพื่อแก้ไขปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ (ชอบ เข้มกลัด และคณะ, 2547) เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่การพัฒนาและสร้างมาตรการป้องกันการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 มาสร้างแนวคำถามกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)

2. ผู้วิจัยเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติและจำนวนสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรม ด้วยวิธีการกำหนดสมาชิกกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ ด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหาเฝ้าระวัง และป้องกันการเฝ้าระวังเฝ้าระวัง โดยได้กำหนด จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ไว้ประมาณ 39 คน ตามอัตราส่วน ดังนี้

2.1 ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันยาเสพติดระดับจังหวัด โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ มีความรู้หรือประสบการณ์หรือเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการป้องกันการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจากหน่วยงานระดับจังหวัด ได้แก่ ตัวแทนจากศาลากลางจังหวัดสุโขทัย ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และตัวแทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สถานีตำรวจภูธรจังหวัดสุโขทัย) รวมจำนวนทั้งสิ้น 3 คน

2.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด จังหวัดสุโขทัย และ ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดอำเภอในจังหวัดสุโขทัย ที่มีประสบการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 9 คน

2.3 ตัวแทนชุมชนที่ปฏิบัติงานประจำศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ตำบลในจังหวัดสุโขทัย และมีประสบการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 9 คน

2.4 ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล) ที่มีประสบการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 9 คน

2.5 ตัวแทนผู้ให้บริการด้านการบำบัดรักษา และการติดตามผู้ผ่านการบำบัดที่มี ประสบการณ์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 9 คน

3. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เป็นผู้ช่วยผู้วิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะที่ 2 นี้ และประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ช่วยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจในประเด็นที่จะสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดทั้งหมด ให้ชัดเจน และร่วมกันกับผู้ช่วยผู้วิจัย ศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมกระบวนการประชุมแบบ มีส่วนร่วม แบบสร้างสรรค์ A-I-C ทั้ง 5 กลุ่มดังกล่าว

4. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ช่วยผู้วิจัยออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดำเนินการ กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Moderator) ผู้จดบันทึกข้อมูล (Note Taker) ผู้บันทึกเสียงและถ่ายภาพ และให้ผู้ช่วยผู้วิจัยได้ศึกษาทำความเข้าใจกับเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C ในครั้งนี้ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับตำแหน่งผู้ดำเนินการ (Moderator) ของการดำเนินการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C ในกลุ่มย่อยทั้งสามกลุ่มนั้น ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่ผู้ดำเนินการกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Moderator) ทั้ง 3 ท่านเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนผู้วิจัยรับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Moderator) ของกระบวนการกลุ่มใหญ่

5. ผู้วิจัยเตรียมสถานที่สำหรับการดำเนินการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C โดยใช้ห้องประชุม 1 และห้องประชุม 2 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นสถานที่ที่เป็นจุดศูนย์กลาง สะดวกต่อการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกระบวนการประชุม

A-I-C ของผู้ร่วมการประชุมฯ ห้องประชุมกว้างขวาง มีอุปกรณ์ครบครัน สามารถรองรับกิจกรรมของกระบวนการประชุม A-I-C ได้เป็นอย่างดีและไม่เป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมของกระบวนการฯ สถานที่ประชุมฯ ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอกและผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่ให้เข้าถึงหรือมองเห็นกิจกรรมการจัดกระบวนการประชุม A-I-C ได้

6. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเชิญเข้าร่วมกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. กล้องถ่ายรูป
3. สมุด ปากกาสำหรับการบันทึกการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C
4. กระดาษฟลิปชาร์ต พร้อมขาตั้ง
5. ปากกาเมจิก
6. อาหารว่าง เพื่อใช้ในการสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองก่อนการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C ระหว่างการจัดกระบวนการฯ และหลังการจัดกระบวนการ ฯ

โดยในการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นเตรียมการก่อนเริ่มกระบวนการ A-I-C

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่กระบวนการของการจัดทำมาตรการป้องกันการสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนในการทำกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) และสร้างความคุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C

2. ผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C แนะนำตนเอง โดยในขณะนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพยายามกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C แนะนำตัวเองอย่างเป็นกันเอง และทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C คนอื่น ๆ พร้อมทั้งเสิร์ฟอาหารว่าง เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง และเพื่อให้นำไปสู่การเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ในช่วงต่อไป

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยชี้แจงบทบาทของผู้ร่วมกระบวนการ A-I-C

4. แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C ออกเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละเท่า ๆ กันโดยการคละกลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C เพื่อให้มีความหลากหลายและครบถ้วนทุกภาคส่วนในแต่ละกลุ่ม โดยให้กลุ่มที่ 1 ดำเนินการจัดกระบวนการ A-I-C ในห้องประชุม 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และมีผู้ช่วยผู้วิจัยทำหน้าที่ Moderator คนที่ 1 เป็นผู้ดำเนินการกระบวนการ A-I-C (Moderator) ส่วนกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ดำเนินการกระบวนการ A-I-C ในห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยซึ่งเป็นห้องประชุมใหญ่ โดยใช้พาร์ทิชันกั้นระหว่างกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 เพื่อไม่ให้แต่ละกลุ่มมองเห็นกิจกรรมของกระบวนการ A-I-C ของอีกกลุ่มหนึ่ง และให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมเป็น Moderator คนที่ 2 และ คนที่ 3 รับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการกระบวนการ A-I-C (Moderator) ของกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ตามลำดับ ทั้งนี้ กระบวนการ A-I-C ทั้งสามกลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้มีผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำหน้าที่ผู้จดบันทึกข้อมูล (Note Taker) ผู้บันทึกเสียงและถ่ายภาพ เหมือนกันทุกกลุ่ม ส่วนผู้วิจัยทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกกระบวนการ A-I-C ทั้ง 3 กลุ่มในขั้นตอนนี้

5. เมื่อแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มแล้ว แต่ละกลุ่มแยกย้ายกันเพื่อดำเนินการกระบวนการ A-I-C ตามห้องต่างๆ ตามที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้ชี้แจงไว้ แล้วดำเนินการกระบวนการ A-I-C โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการกระบวนการ A-I-C

ขั้นที่ 1 Appreciation (A)

ในขั้นตอนนี้ ผู้ช่วยผู้วิจัยผู้ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดำเนินการกระบวนการ A-I-C (Moderator) แต่ละกลุ่ม กระตุ้นชี้แจงให้ทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมทราบว่าทุกคนต้องให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่น ๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่แสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ดำเนินการ (Moderator) กระตุ้นและสร้างบรรยากาศให้ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียม มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ดำเนินการ (Moderator) พูดคุยอย่างเป็นกันเอง นำเข้าสู่กระบวนการ A-I-C ด้วยบรรยากาศสบาย ๆ รับประทานอาหารว่างไปด้วยในระหว่างการนำเข้าสู่กระบวนการเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการรู้สึกผ่อนคลาย เมื่อผู้ดำเนินการ (Moderator) จัดบรรยากาศให้เอื้อต่อการทำกระบวนการ A-I-C เรียบร้อยแล้ว ผู้ดำเนินการ (Moderator) นำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยแจกกระดาษ A4 ที่บันทึกผลการวิจัยระยะที่ 1 ให้แก่ผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C ทุกคน พร้อมทั้งนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 ดังกล่าวด้วยกระดาษฟลิปชาร์ตแผ่นใหญ่ต่อหน้าผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการฯ ได้มองเห็นข้อมูลไปพร้อมๆ กันทุกคน เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัย ตามผล

การศึกษาที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และให้ทราบถึงสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัย

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C แสดงความคิดเห็นเล่าประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ตามที่ผู้เข้าร่วมกระบวนการพบจากการทำงาน ว่าตรงกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 หรือไม่ และมีประเด็นเพิ่มเติมอย่างไร

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยร่วมกันกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการ A-I-C สรุปอย่างสร้างสรรค์ในสภาพหลักของประเด็นต่อไปนี้เป็นสรุปเป็นภาพรวม

3.1 สภาพปัจจุบันของปัญหาการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดในจังหวัดสุโขทัย โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำที่ได้จากการวิจัย และที่ได้จากการเสนอเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการ A-I-C

3.2 สภาพที่ปรารถนาในอนาคตของการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัย

ขั้นที่ 2 Influence (I)

ในขั้นตอนนี้เป็นการใช้ความคิดสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดเป็นมาตรการเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ของจังหวัดสุโขทัย โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนนี้

1. ผู้ช่วยผู้วิจัยผู้ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดำเนินการกระบวนการ A-I-C (Moderator) แต่ละกลุ่มกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมแต่ละคนคิดมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดตามลำพังมาประมาณ 3-4 ข้อ แล้วนำเสนอให้ผู้ช่วยผู้วิจัยประจำกลุ่ม

2. ผู้ช่วยผู้วิจัยประจำกลุ่มรวบรวมมาตรการของสมาชิกแต่ละกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C แต่ละคน แล้วนำมาตราการที่ได้มาเขียนเป็นมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดแต่ละข้อลงในกระดาษแผ่นย่อย แผ่นละ 1 ข้อ

3. ผู้ช่วยผู้วิจัยผู้ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดำเนินการกระบวนการ A-I-C (Moderator) แต่ละกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันอธิบาย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มเล็กในประเด็นของมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดแต่ละข้อ ที่ละข้อจนครบทุกข้อที่สมาชิกแต่ละกลุ่มเสนอ

4. แต่ละกลุ่มย่อยร่วมกันคัดเลือกมาตรการที่เหมาะสมและจัดลำดับความสำคัญของมาตรการแต่ละข้อเพื่อนำไปหาข้อสรุปในการประชุมกลุ่มใหญ่

ขั้นที่ 3 Control (C)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการกำหนดมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัยให้มีความละเอียด สามารถปฏิบัติได้จริง มีหลักการและเหตุผล และมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C ทั้งหมดทำการรวมกลุ่มย่อยที่แบ่งไว้ในช่วงแรกทั้ง 3 กลุ่มเข้าด้วยกันเป็นกลุ่มใหญ่กลุ่มเดียว เพื่อร่วมกันระดมความคิดเห็นและสรุปมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัย โดยรวมกันเป็นกลุ่มใหญ่และดำเนินการในห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นห้องใหญ่ที่สะดวกต่อการดำเนินการกระบวนการ A-I-C และสามารถรองรับผู้เข้าร่วมกระบวนการทั้งหมดได้เป็นอย่างดี

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอมาตรการแต่ละข้อที่ได้จากการดำเนินการในกลุ่มย่อยทั้งสามกลุ่ม แล้วกระตุ้นให้ที่ประชุมใหญ่ร่วมกันวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อจัดทำแผนการดำเนินการที่ชัดเจน ที่ละข้อ จนครบทุกข้อ

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด ร่วมกันกำหนดผู้รับผิดชอบต่อการดำเนินงานในมาตรการแต่ละมาตรการเพื่อให้เกิดความชัดเจน

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดร่วมกันสรุปเป็นมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนำเสนอมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการร่วมมือกันสร้างมาตรการดังกล่าวของผู้เข้าร่วมกระบวนการ A-I-C ในที่ประชุมใหญ่

ผู้วิจัยกล่าวสรุปมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยให้ผู้ร่วมกระบวนการ A-I-C ทุกคนทราบ และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมประชุมที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาร่วมสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

ระยะที่ 3 ยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยวิธีการประชาคม (Civil Society Forum)

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการทำเวทีประชาคม (Civil Society Forum) เพื่อทำการสอบถามความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็นด้านความเหมาะสมของมาตรการ และด้านความเป็นไปได้

ในการนำไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จากนั้นหากมีข้อเสนอแนะต่อมาตรการใดในมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ผู้วิจัยและผู้ร่วมเวทีประชาคมร่วมกันดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ได้มาตรการที่มีคุณภาพมากที่สุด โดยขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการแถลง ให้ข้อมูล มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ต่อเวทีประชาคม
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเปิดเวที และกระตุ้นให้ผู้ร่วมเวทีประชาคมทุกท่านซักถาม แสดงความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยที่ละมาตรการ จนครบทุกมาตรการ
3. ผู้ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมทุกท่าน เพื่อให้ตอบแบบสอบถามและแสดงความคิดเห็น
4. ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมร่วมแสดงความคิดเห็น และผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมประชุมประชาคม ร่วมกันสรุปผลการจัดเวทีประชาคม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่ 1) กลุ่มที่เป็นตัวแทนของชุมชนซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ที่เข้าใจปัญหาการเสพยาบ้าซ้ำในชุมชนอย่างแท้จริง ได้แก่ ผู้นำชุมชน/สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ตัวแทนครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 9 คน ตัวแทนผู้ผ่านการบำบัดรักษายาบ้าซึ่งสมัครใจเข้าร่วมเวทีประชาคม จำนวน 1 คน และกลุ่มที่ 2) ตัวแทนกลุ่มที่เป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ให้บริการบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาบ้า จำนวน 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ตัวแทนจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สภ.สุโขทัย) จำนวน 1 คน และตัวแทนจากกรมการปกครอง (ศาลากลางจังหวัดสุโขทัย) จำนวน 1 คน รวมผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสิ้น จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อคำถามสำหรับการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วย ประเด็นด้านความเหมาะสมของกิจกรรม ด้านผลต่อการเปลี่ยนแปลง ด้านศักยภาพการดำเนินงาน และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และแบบสอบถามเพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการประชุมรับฟังความคิดเห็น นำสารสนเทศทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่องมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดครั้งนี้ มีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยยึดหลัก เคารพในสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย คุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้สัมภาษณ์ และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้รับมาจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการคือสามารถออกจากการศึกษาได้หรือหยุดการสัมภาษณ์เมื่อไหร่ก็ได้

3. การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม และจะปกปิดชื่อจริงจะใช้นามแฝงแทน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ตอบแบบสอบถามนี้ พร้อมกันนี้ได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อยินดีเข้าร่วมวิจัย หากรายใดไม่สะดวกที่จะเซ็นชื่อได้ ผู้วิจัยขออนุญาตโดยใช้คำพูดซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อสนทนาโดยนัดหมายตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน ระหว่างการสนทนาหากมีคำถามใดที่ไม่สะดวกใจในการตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบจะได้ไม่เกิดผลเสียกับผู้ให้ข้อมูล

5. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะไม่นำไปทำประโยชน์อื่นที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งให้ทราบก่อนการวิจัยและจัดเก็บเป็นความลับอยู่ในแฟ้มข้อมูลที่บ้านที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยโดยใช้รหัสล็อกเก็บไว้เป็นอย่างดี ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพติดน้ำชาในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมวิธี (Mixed Method Research) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดน้ำชาของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแบบคู่ขนาน ด้วยวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ ผลการศึกษานำเสนอ ดังนี้

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดน้ำชาของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ผ่านการบำบัด
2. ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพติดน้ำชาของผู้ผ่านการบำบัด
3. การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัด
4. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ผ่านการบำบัด
5. ทศนคติต่อการเลิกเสพติดน้ำชาของผู้ผ่านการบำบัด
6. วุฒิภาวะทางอารมณ์ของผู้ผ่านการบำบัด
7. การเห็นคุณค่าตนเองของผู้ผ่านการบำบัด
8. แรงจูงใจในการเลิกเสพติดน้ำชา
9. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดน้ำชาในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด
10. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดน้ำชาของผู้ผ่านการบำบัด จากผลการวิจัยเชิงปริมาณ

และเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 มาตรการป้องกันการเสพติดน้ำชา ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ระยะที่ 3 ผลการยืนยันมาตรการป้องกันการเสพติดน้ำชา ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย โดยการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่มีผลการติดตามทั้งเป็นผู้ที่เสพยาบ้า และไม่เสพยาบ้า จำนวน 17 คน และตัวแทนสมาชิกในครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด จำนวน 5 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 22 คน ในการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ให้รหัสผู้ให้ข้อมูลหลักโดยกำหนดให้ผู้ผ่านการบำบัดคนที่ 1 ถึงคนที่ 17 เป็น AD1 ถึง AD17 ส่วนสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดคนที่ 1 ถึง คนที่ 5 ผู้วิจัยกำหนดให้รหัสเป็น FM1 ถึง FM5 ผลการศึกษาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัดฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะชีวิต การรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลกลุ่มบุคคล ความตั้งใจ ความสามารถในการเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง ตราบาป แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด การติดตามหลังผ่านการบำบัด สภาพแวดล้อม การเข้าถึงแหล่งยาบ้า การบังคับใช้กฎหมาย การใช้สารเสพติดของบุคคลใกล้ชิด ทักษะการปฏิเสธ การยอมรับของครอบครัวและชุมชน ภาวะเครียด ภาวะทางอารมณ์ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รายละเอียด ดังนี้

2. ทักษะชีวิตต่อการเสพยาบ้า

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด ได้พบปัจจัยด้านทักษะชีวิตต่อการเสพยาบ้า ที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้า ได้แก่ ผู้ผ่านการบำบัด มีความเชื่อว่าเมื่อเสพยาบ้าแล้วจะช่วยให้ทำงานได้มากกว่าปกติ และเชื่อว่าถ้าไม่ได้เสพยาบ้าแล้ว จะไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานได้น้อยกว่าปกติ เชื่อว่า เมื่อเสพยาบ้าแล้ว จะได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อน ๆ และคนรอบข้าง ส่วนผู้ผ่านการบำบัดไม่มีพฤติกรรมการเสพยาบ้ามีความเชื่อว่ายาบ้าไม่มีประโยชน์ และการเลิกเสพยาบ้า จะทำให้ชีวิตดีขึ้น มีอนาคตที่สดใสกว่าที่เป็นอยู่ และการเลิกเสพยาบ้า ทำให้ความสัมพันธ์ต่อครอบครัวดีขึ้น ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...เล่น (เสพยาบ้า) แล้วมีแรงขึ้นอ้อยได้เยอะ ไม่เล่นก็ไม่มีความ ทำอะไรไม่ได้...คือเหมือนว่ามันไม่เล่นก็ไม่มีความมีแรง ขึ้นอ้อยไม่ได้ คือยาบ้ามันนะ พอเวลาเราเล่นมันก็ก็ขึ้นมา ถ้าไม่เล่นมันก็นอนอย่างเดียว ไม่มีแรงครับ ทำอะไรมันก็ไม่ไหว

(AD1, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 7 สิงหาคม 2556)

...ถ้าไม่มียา ก็ทำได้นะตามปกตินี้แหละ แต่ว่าถ้ามีมันก็อีกอย่างนึงมันก็ทำได้แต่ว่าตอนหมดฤทธิ์เราก็จะทำไม่ไหวเป็นสิบวันกว่าจะลุกได้ ผมเป็นบอยที่ว่าเล็กบ้างไม่เล็กบ้าง ถ้าจะเล็กจริง ๆ ขอเวลาสักสิบวันยี่สิบวัน นอนกินนอนกิน ถ้ามีคนเข้าใจเรา ตั้งใจเล็กนี้เล็กได้

(AD9, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 9 สิงหาคม 2556)

...ก็ ดูกยา(เสพยาบ้า)แล้วก็เพื่อน ๆ ก็จะนับถือ อะไรอย่างนี้อะครับ..เราทำตัวให้ร้าย ๆ ไว้ก่อนครับ เพื่อนมันจะเกรงเรา และก็อย่างพวกน้อง ๆ เจียะ มันก็จะนับถือเรา ยอมให้เรา ถ้าเราไม่ร้าย เพื่อน ๆ มันก็จะชมเรานะ น้อง ๆ ในกลุ่มมันไม่กลัวเรา เราร้าย ๆ ไว้ เราก็จะมีลูกน้อง

(AD2, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 7 สิงหาคม 2556)

...แต่ว่าตอนนั้นะ ผมยอมรับเลยว่าตอนนั้นมันก็ยังมียู เต็มไปหมดครับ แถวบ้านนะ หาง่ายมาก ออกบ้านแป๊บเดียวก็ได้ละ เพื่อนก็มาชวนบอย มาให้ฟรี ๆ นี่แหละครับ มันไม่เอาตังค์ด้วย แต่สำหรับผม ตอนนั้นะ เอาเม็ดยามาวางให้ผมต่อหน้าผมยังไม่เอาเลย ผมเสียมาเยอะแล้ว เงินหมดไปเยอะ ก็ไม่อยากจะกลับไปอย่างนั้นอีก คนเรามันก็คิดได้ทุกคนแหละ แต่ว่าอยู่ที่ใจ ถึงกับเมียบอกว่าดีเลย ถึงขนาดเขาเอามาให้เฉย ๆ นะ ของฟรี ยังไม่เอาเลยไม่แตะต้องเลย

(AD12, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

...มันอยู่ที่จิตใจ อย่างตัวผมเอง ผมว่าผมไม่เอาแล้ว ถึงไปสูมดูก็ไม่โดนเพราะผมไม่เอา แต่เมื่อก่อนก็ยอมรับว่ามีบ้างมันก็ขัดไม่ได้บ้างก็มี แต่มาช่วงหลัง ๆ ผมมองถึงอนาคตข้างหน้าว่าต้องดีกว่านี้ ครอบครัวยุคผม ลูกผม เมียผมต้องมีอนาคตที่ดีกว่านี้...

(AD12, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

3. การรับรู้ความสามารถแห่งตน

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ว่าตนเองสามารถทำในสิ่งที่ตัวเองคาดหวังไว้ได้ จะสามารถเลิกเสพยาบ้าซ้ำได้ ดังข้อมูลสนับสนุน ต่อไปนี้

...หนูคิดนะ แต่ว่า ก็คิดว่าเราต้องทำให้ได้ บอกกับตัวเองนะ ว่ากูไม่ใช่ขี้มั่ว
กูต้องทำให้ได้ เวลาเท่านั้นที่จะพิสูจน์หนู และทุกวัน ทุกครั้งที่หนูอยาก(เสพยาบ้า) หนูก็
จะท่องคำนี้ในใจ ว่าหนูต้องไม่ใช่ขี้มั่วอีก ต้องมีชีวิตที่ดีกว่านี้ ต้องลบคำสบประมาทของ
คนอื่นให้ได้ คนอื่นจะไม่มีวันได้มาว่าให้หนูได้อีก ท่องอย่างนี้ตลอด เวลาเราอยาก
(เสพยาบ้า) เราท่องอย่างนี้บ่อย ๆ เวลาเราอยาก(เสพยาบ้า) เราก็ห้ามใจเราได้ จนเดี๋ยวนี้
หนูไม่มีกอยากแล้ว

(AD6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...ทำได้แน่ สำหรับหนู หนูบอกกับตัวเองว่าหนูทำได้ คนอื่นเราไม่รู้ แล้วก็บอกกับ
ลูกว่า ระยะเวลาเท่านั้นที่จะพิสูจน์ตัวแม่ว่าเลิกได้จริง ช่วงใหม่ ๆ ก็อย่างนี้แหละ ก็มีแต่
คนคิดว่าเลิกไม่จริง ทุกวันนี้ใครเขา (ยาบ้า) มากองต่อหน้าหนูก็ไม่เอา (ไม่เสพยาบ้า)

(AD6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...หนูก็คิดว่าสักวันจะได้รู้ว่าเราเป็นคนดีแล้ว เราจะทำให้ได้ว่าเราไม่หันกลับไปจุด
นั้นแล้ว หนูรู้หรือไม่รู้พี่ก็คิดดู หนูไม่ใช่จะสมประกอบนะหนูก็พิการนะ ดัดอ้อยก็ทำได้แค่นี้
แต่หนูก็คิดว่าถ้าหนูรู้แล้วหนูจะทำได้

(AD7, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...เมื่อก่อนช่วงที่เล่น(เสพยาบ้า)อยู่ บ้านหลังน้อย หลังนิดเดียว ทำงานได้เงิน
เยอะ แต่ก็ไม่ได้เสียทำบ้าน ผมบำบัดจนหายแล้ว ผมก็มาคิดได้ว่า เอ๊ะเราจะอยู่อย่างนี้
หรือ ได้เงินมาก็เอามาเล่นยาหมด ก็ผมก็ตั้งใจว่า เอาใหม่ดีกว่า เลิกยุ่งกับมันดีกว่า
ตั้งใจทำงาน เก็บเงิน เอาเงินไว้ทำเพื่อตัวเองดีกว่า ตอนนั้นผมก็คิดว่าต้องทำให้ได้ ต้อง
เลิกให้ได้และก็ต้องมีบ้านให้ดีกว่านี้ให้ได้ คนอื่นมีได้ เราก็ต้องมีได้ คนอื่นเขาหาเข้ากินคำ
รายได้ไม่น้อยกว่าเราอีกเขายังมีบ้านมีช่องดีกว่าเรา เราทำไมจะมีไม่ได้ ลองถ้าเลิกเล่น
(เสพยาบ้า) แล้ว เราต้องมีเงินเหลือเยอะกว่าเขาอีกนะ ก็คิดงี้ครับ...อันนี้บ้านใหม่
ผมก็ทำใหม่หมด ที่ทางก็ของตัวเองหมด คนเราเลือกเกิดไม่ได้แต่เลือกที่จะกำหนด
อนาคตของตัวเองได้

(AD15, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

4. แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการให้ผู้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ทั้งจากบุคคลในครอบครัวและในสังคม จะช่วยให้ไม่เสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...หนูก็คิด ว่าคำว่ายาบ้านี้สังคมรังเกียจนะ ที่ผ่านมาก่อนนี้ ไปไหนมาไหน ใครก็รังเกียจ ไปนั่งไหน ใคร ๆ ก็ดูหนี...เมื่อสองสามวันนี่ไปช่วยเขาติดธงที่วัด ทำบุญออกพรรษา ไปนั่งกับใครเขาก็ดูหนี แต่ก็มียาย (คนแก่ในหมู่บ้านเดียวกัน) มาบอกว่าไม่ต้องสนใจใคร ว่าอย่างไรช่างเขา เราทำตัวเราให้ดีที่สุดก็พอ ก็ทำให้หนูมีกำลังใจขึ้นมาอีกเยอะ ที่แรกว่าจะกลับบ้านละ ไม่ชงไม่ช่วยละ งานบุญ แต่ได้ยายนั่งคุยด้วย ก็อยู่ช่วยงานเขาจนเสร็จ ทุกวันนี้หนูไปช่วยงานเขาได้ก็เพราะยายนี่แหละ เวลาหนูไปช่วยงาน ก็จะได้ยายเขามานั่งคุยเป็นเพื่อนทุกครั้ง แกไม่เคยว่าอะไรหนูเลยนะ มีแต่ให้กำลังใจ มันก็ทำให้หนูมีกำลังใจทำอะไรขึ้นมาอีกเยอะ ว่า เออ เราก็ยังมีคนเข้าใจอยู่ อยากทำดีก็ยังมีคนเขาให้โอกาสเราอยู่

(AD6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...ผมเคยคิดว่าตัวเราไม่ดี ชาวบ้านถึงมองเราอย่างนี้เราเล่นยามาก่อน ใคร ๆ เขาก็มองเราไม่ดี ทำอะไรเขาก็ว่าไม่ดีไปซะทุกอย่าง ใคร ๆ เขาก็ว่าขี้ยา แต่มาระยะหลังนี้ ผมสังเกตว่า ไม่มีใครมองว่าเป็นตัวประหลาด ไปทางไหนก็ทัก มีงานก็โทรบอกกัน นายจ้างก็มาบอก ตั้งแต่ผมออกมาจากค่าย (บำบัด) มา ก็มีหลายครั้งนะที่นายจ้างมีงานเขาก็โทรตามให้ผมไปทำ มันก็ทำให้เรามีแรง มีกำลังใจนะ

(AD8, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 9 สิงหาคม 2556)

...ก็แรงผลักดันก็อยู่ที่พี่ชายผมด้วย มีพี่น้อง 9 คน แต่ว่าแรงดันอยู่ที่พี่ชายคนเดียว คือว่ารับปากเขาไว้สองสามหนแล้ว เขาก็บอกว่าลองก็ลองแล้วเคยก็เคยแล้ว แล้วจะไปเฝ้าเล่นอยู่ทำไม เราก็ไม่ได้เล่นสองหนแล้วนะ คือ หนที่ตำรวจจับก็หนแล้ว และกัหนนี้อีกหน ผมก็เลยไม่อยาก ทำไปแล้วเขาก็ไม่ชอบอีก เขาก็เป็นห่วงเขาก็ช่วยผมทุกอย่าง ทุกอย่างเลย เครื่องไม้เครื่องมือเขาก็ช่วยซื้อ ไม่ว่าอะไรรักษาเขาได้ทุกอย่าง พี่ชายคนนี้นะ

(AD17, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

...เราต้องให้โอกาสเขาค่ะ ต้องเข้าอกเข้าใจ อย่างดิฉันนี่ ก็ได้มีโอกาสไปร่วมฟัง คุณหมอเขาสอนว่าเราต้องให้โอกาสเขายังไง เราจะช่วยเหลือเขาได้ยังไงในช่วงที่เขาเล็ก ยานะนะ ก็นำมาปฏิบัติ ซึ่งมันก็ได้ผล คืออันดับแรกเลย เราก็ต้องทำใจยอมรับก่อน ว่าลูก เราติดยาบ้าแล้ว มันเป็นไปแล้ว ก็ต้องทนยอมรับมัน และก็ต้องรับให้ได้ แรก ๆ ก็เสียใจ นะคะก็ทำใจอยู่นานเหมือนกัน แรก ๆ ก็ไม่ค่อยเข้าใจเขา ก็คอยจะดุจะด่าเขา แต่พอเรา ทำใจได้ เราก็คอยช่วยเหลือเขา ช่วงแรก ๆ ที่เขาเล็กยาใหม่ ๆ เขาก็เอาแต่นอน ก็ต้อง พยายามเข้าใจเขา ให้อภัยที่ดื้อ ก็ต้องเข้าใจว่ามันเป็นเพราะยา แต่ที่แน่ ๆ คือ ก็ต้องเชื่อมั่น ในตัวเขา ว่าเขาตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดแล้ว เราก็ต้องให้โอกาส และก็ต้องคอยดูแลเอาใจ ใส่ ให้ความช่วยเหลือเขา จนเขาเลิกได้

(FM 1, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 9 สิงหาคม 2556)

5. อิทธิพลกลุ่มบุคคล

จากการให้ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบปัจจัยด้านอิทธิพลกลุ่มบุคคลที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ได้แก่ เพื่อน และสมาชิกในครอบครัว ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ก็ พอเรียนเสร็จใจไม่ค่อยรับ ก็มาเล่นเกม เล่นเกมแล้วก็ไปกินเหล้ากัน แล้วก็พอ ชวนกันกินเหล้า เพื่อนเค้าก็เล่น แล้วเพื่อน ก็ยุ ไปยุมาก็เลยเล่น (เสพยา) เลย

(AD1, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 7 สิงหาคม 2556)

...ก็กินเหล้ากันนะครับ พอนั่งคุยกันไป ก็เลิกวง (เหล้า) แยกย้ายกันกลับบ้าน... แล้วเพื่อนที่เหล้าก็ชวนกันเข้าป่า ถิ่นบูหรี และก็ยาม่า 3-4 เม็ด แล้วมันก็ดูดกัน พอมัน เล่นจนมันเหลือ มันก็เอามาให้เล่น

(AD2, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 7 สิงหาคม 2556)

...ช่วงก่อน ก็เลิกได้ถ้าไม่เห็นนะ พุดถึงเมื่อก่อนนะแต่ถ้าเห็นก็เล่นอีก ช่วงที่ติด ๆ นะ คือถ้าไม่เห็น เพื่อนไม่ชวนก็เลิกได้

(AD10, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

...คือว่าตอนนั้นแม่ไปอยู่กับพี่สาว คือ พี่ถามว่าจะทำอย่างไรคือว่าถ้าแม่มาอยู่กับเราเราก็น่าจะเลิกได้ หยุดได้ เพราะว่าเราก็เกรงใจแม่อยู่แล้ว ถ้าแม่อยู่ เราก็จะเลิก แต่ ก็อย่างว่าแหละ ก็เราก็เหมือนอยู่กันเองกับน้อง ก็ไม่มีใครห้ามใคร เราจะหาที่พึ่งก็ไม่ได้

(AD14, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

6. ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้า

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าส่งผลต่อการเสพยาบ้า โดยผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาบ้าอย่างแรงกล้า จะสามารถเลิกเสพยาบ้าได้ในที่สุด ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ทำได้แล้วค่ะ ตอนนี่เลิกได้แล้ว คือ หนูสัญญากับตัวเองแล้ว พันเปอร์เซ็นต์ ต้องทำให้ได้ เพื่อตัวเรา เพื่อลูก เพื่ออนาคต เราต้องสัญญากับตัวเองว่าต้องทำให้ได้ เราก็ทำได้

(AD6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...ไม่เอาแล้วผมไม่เอาแล้ว ผมเห็นคนอื่นมีอะไร ผมก็อยากมีกับเขาบ้าง คือ ตอนนั้นผมรยกว่าเขาเลยพูดตรง ๆ ทำเงินได้เยอะ พอเล่นยาอยู่พักนึง ผมรู้เลย เงินผมไม่เหลือหรือ ทั้ง ๆ ที่ผมรับเหมาได้กำไรเยอะมาก ตอนนี่ผมรู้แล้ว เช็ดแล้วครับ

(AD9, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 9 สิงหาคม 2556)

7. ความสามารถในการเผชิญปัญหา

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบปัจจัยด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้า โดยผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำ จะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และหันไปพึ่งพายาบ้าในที่สุด ทำให้เกิดการเสพยาบ้าอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาจนหายขาดแล้ว ดังข้อมูลสนับสนุน ต่อไปนี้

...แล้วก็ มันก็มีหลายอย่างที่ทำให้หนูไม่หยุดเซพ (ยาบ้า) คือ หนึ่งน้อยใจกับชีวิตตัวเอง คือ ญาติพี่น้องไม่เคยมาดูแลดูดีกับหนู ลูกคนเล็กออกมาได้ 13 วัน ลูกคนเล็กที่ตอนนี้อยู่ 9 ขวบ พ่อออกมาได้ 15 วัน พ่อเขาก็มาแจ้งเกิดที่อุทัยเกิด วันที่ 4 มีนา พ่อเขามาแจ้งใบเกิด วันที่ 16 มีนา พ่อกลับไปห้วยขวาง วันที่ 17 พ่อเขาก็โดนจับ แล้วลูกชายอีกคนที่ตอนนี้อยู่ 16 ก็เพิ่ง 7 ขวบ เขาก็เลี้ยงน้องเขามา ตอนนั้นหนูก็เป็นทั้งพ่อและแม่ก็เลยเครียด ไหนจะเรื่องพี่ชายซึ่งตอนแรกเราไม่รู้ว่าเป็นหลอกว่าหาเงินช่วยพี่ชาย สองคือ ทำไมชีวิตหนูถึงเป็นแบบนี้ ญาติพี่น้องก็ไม่มี สามก็ติดคุก

(AD4, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

8. การเห็นคุณค่าในตนเอง

จากการให้ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดพบปะจัดกิจกรรมการเห็นคุณค่าในตนเองที่ส่งผลต่อการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัวและมอบงานสำคัญให้ทำ จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดเห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถเลิกเสพยาบ้าซ้ำได้ในที่สุด ดังข้อมูลสนับสนุน ต่อไปนี้

...ก็ไอ้หนูนี่ก็ พี่แรกพี่ก็ถอดใจแล้วละ ตอนแรกนี่ ซ้ายก็ไม่เอา ขวาก็ไม่เอา เก็บเนื้อเก็บตัว เขาเป็นคนเงียบ ๆ ค่ะ แล้วก็เราว่าอะไรไม่ได้ เขาก็มักจะน้อยถอยน้อยใจ เวลาทะเลกันก็ขอบอกร้องไห้ แล้วก็ขอพูดประมาณประชดประชันพั้งนั้นแหละ ว่าเขามั่นคนซี้มั่ว ทำอะไรก็ไม่ถูกใจไปซะทุกอย่าง อะไรประมาณนี้ พี่ก็ไม่ว่าจะทำยังไงเนาะ พูดกันก็พูดไม่ได้ พูดทีไรก็ทะเลาะกันทุกที แล้วทะเลาะทีไร เขาก็จะหนีออกจากบ้านไป อย่างนี้ประจำ ก็พอดีได้โอกาสก็ตอนที่พี่ได้มาคุยกับหมอ (เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดและติดตามผู้ผ่านการบำบัด) หมอเค้าก็บอกว่า ต้องใจเย็น ๆ ต้องให้ความสำคัญกับเขา ต้องมอบงานที่ง่าย ๆ ให้เขาได้ทำได้รับผิดชอบ ให้เขาได้รู้ว่าเขายังมีคุณค่าอยู่ เขามีตัวตนอยู่ เขามีความสำคัญกับเราอยู่ ... พี่ก็ลองทำตามที่เขาแนะนำ ก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ นะ คุยกันรู้เรื่องมากขึ้น ...เดี๋ยวนี้มันไม่เอา (ไม่เสพยาบ้า) แล้ว เป็นคนดีละ ช่วยการช่วยงานพี่ดี พวกเพื่อน ๆ ที่เคยคบเคยไปเล่นมั่งเล่นมั่วอย่างเมื่อก่อนมันก็ไม่ค่อยไปมาหาสู่กันละ มันรู้ว่าไอ้หนูมันไม่เอา (ไม่เสพยาบ้า) มันก็เลิก ๆ กันไป

(FM2, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

9. ตราบาป

จากการให้ผู้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบปัจจัยด้านตราบาปที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยผู้ผ่านการบำบัดที่ตราบาปตัวเอง และถูกคนในสังคมตราบาป จะทำให้ไม่มีกำลังใจที่จะเลิกเสพยาบ้า แม้เมื่อผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูแล้ว ก็ยังมีตราบาปในใจ ทำให้หมดกำลังใจ ท้อแท้ หหมดหวัง และหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำอีกครั้ง ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...คือ ในใจเราคิดว่าเป็นตราบาปติดตัวเราตลอดว่าญาติพี่น้องก็ไม่มี พ่อแม่ก็ไม่มี ผู้ที่ติดคุก แล้วต้องหาเลี้ยงลูกสองคน แล้วลองคิดดูตลอดลูกยังไม่พอเดือนก็ต้องทำงาน แล้วตัวเองก็จบแค่ ป.3 วุฒิอะไรก็ไม่มี งานที่หาเลี้ยงลูกก็คือเก็บขยะหาของเก่า น้อยใจว่าอาชีพหนูเป็นแบบนี้ แต่ว่าน้อยใจที่ไม่มีญาติพี่น้องมาสนใจ พอหนูออกมา (พ้นคดียาเสพติด (ยาบ้า)) ก็หนีหายกันหมด ขาดการติดต่อไปเลย

(AD5, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...ถึงจะไม่ใช้คำพูด แต่ในสายตาคนอื่นแล้ว เราก็มีตราบาปติดตัวอยู่ดี อย่างเราเคยติดม้า เคยโดนจับ ชาวบ้านเขาก็รู้ เขาก็คิดละ ว่าเราติดคุกนะ เขาก็จะมองเราแปลก ๆ อย่างเราไปงานบวชเจี๊ยะ นั่งวงเดียวกันกับใคร ไปนั่งกินข้าวกับใคร เขาหลุหนีไปนั่งวงอื่น เราก็ไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากไปนั่งรวมกับใคร

(AD6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...ก็ยังหาว่าหนูยังเสพออยู่ ทุกวันนี้หนูก็ยังเสียใจที่ว่าอาเชย แฟนของน้องของพ่อ หนูจะคะ อาเชยเขาเอาหนูไปเลี้ยงตั้งแต่เล็ก ๆ ก็เรียกเขาว่าพ่อ สองสามวันก่อนเขาก็ตอกย้ำหนูว่าอีชีม้า หนูก็เลยบอกว่าถ้าคนอื่นว่าหนู หนูจะไม่เสียใจเลยแม้แต่นิดเดียว แต่ว่าคนที่มาว่าหนูเป็นคนที่หนูเรียกว่าพ่อ หนูเสียใจนั่งร้องไห้

(AD5, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

10. แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษามีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยผู้ผ่านการบำบัดที่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จะมีความมุ่งมั่นที่จะเลิกเสพยาบ้าอย่างจริงจังทำให้ไม่หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ก็คืออี ที่แรกพี่ก็ไม่รู้หรอก ว่าลูกติดยาบ้าอะ จนผู้ใหญ่บ้านเขามาบอก ว่าตำรวจเขาให้มาตามมันไปเข้ารักษาตัว ถ้าไม่มันเขาก็จะจับ พี่ก็ถึงมารู้ ก็เสียใจมากนะ นะ ตอนนั้น ไม่รู้ทำไง ก็ต้องให้มันไปรักษาตามที่เขาก็บอก มันก็ไปของมันตามที่เขาพาไป นั้นแหละ จนมันกลับบ้าน ผู้ใหญ่(ผู้ใหญ่บ้าน)เขาก็บอกว่ามันครบกำหนดแล้ว ให้ช่วยดู ๆ มันมั่ง ที่นี้พี่ก็ได้ดูมั่ง ไม่ได้ดูมั่ง งานมันก็เยอะ อย่างว่ามันแหละ แต่มาพักหลัง พี่ก็สังเกตดู มันก็ยังดูดีกันอยู่ ทั้ง ๆ ที่มันก็ไปรักษามาแล้ว พี่ก็ว่าเอ๊ ทำไมมันไม่หาย เพื่อนฝูงมันก็เที่ยวกันมาประจำ...ตอนหลังพี่ก็ชักจะไม่ไหว ก็ลองปรึกษาทั้งผู้ใหญ่บ้าน แล้วก็พูดเปาะเลื้อมัน (พูดเกลี้ยกล่อม) ก็เปาะเลื้อนานเหมือนกันแหละ หลายเดือน เราพูดบ่อย ๆ ขอมันบ่อย ๆ มันก็ใจอ่อน มันก็คงโตขึ้นด้วยละมั้ง เราพูด มันถึงฟังเรา พอเราขอให้มันไปรักษามันก็ไป ไปคราวนี้ดูมันเอาจริงนะ คงเป็นเพราะเราขอร้องมัน ด้วยแหละ แล้วที่นี้ พอมันตั้งใจ มันเอาจริง ๆ เวลามันมีอะไร มันก็จะมาปรึกษาเราก็คูยกกันง่ายขึ้น ไปคราวนี้มันก็เลิกได้จริง ๆ เป็นปีละมั้ง ก็ไม่เห็นมันดูอีกนะ

(FM3, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

11. การติดตามหลังการบำบัดรักษา

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านการติดตามหลังการบำบัดรักษามีส่วนช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดไม่เสพยาบ้าซ้ำได้ โดยพบว่าการติดตามที่เป็นระบบและสม่ำเสมอจากเจ้าหน้าที่และบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการสุ่มตรวจปัสสาวะอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดบังคับตัวเองไม่ให้เสพยาบ้าซ้ำได้ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...มันก็มีส่วนนะ อย่างเวลามันมีการติดตามเนี่ย มันก็ทำให้เราระวังตัว เราก็ไม่รู้ ว่าเขาจะตรวจฉีเราหรือเปล่า แล้วถ้าตรวจเจอ มันก็เป็นเรื่องอีก เราก็ต้องช่วยนะพี่ ก็ทำให้เราต้องห้ามใจเรา ไม่ปล่อยให้อั้วความอยากมันมาบังคับเราได้ มันก็เป็นการบังคับไปใน

ตัวนะครับ อันเนี้ย ช่วยได้เยอะ มันทำให้เราบังคับใจตัวเองได้ง่ายขึ้น และมันก็ทำให้เราอดได้ง่ายขึ้น เพราะความกลัวที่ว่า กลัวว่าเขาจะจับเราตรวจฉี่มัยอะไรเงี้ย ช่วยให้เราเลิกง่ายขึ้นครับ

(AD17, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

12. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อการเสพยาบ้า โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว จะมีพฤติกรรมวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุน ต่อไปนี้

...ก็ อย่างว่าแหละ เราก็ไม่รู้จะคุยอะไรกับเขาเนอะ คุยกันไปก็ทะเลาะกัน หนูก็รู้ว่ายังงี้ ว่ามากก็ไม่ได้ พอเราบ่นอะไรนิดอะไรหน่อย เขาก็ออกจากบ้านไปนอนบ้านเพื่อนมั่ง บางทีเราแค่พูด แค่นี้เอง ก็ทะเลาะใส่เราซะงั้น ก็ถ้าถามความสัมพันธ์ ก็ต้องบอกว่าไม่ค่อยดีเท่าไหร่มั้ง ยิ่งกับพ่อเขานี้ยิ่งแล้วใหญ่เลย พูดกันเป็นไม่ได้ พูดทีไรก็ต้องทะเลาะกันทุกที ไม่เกินสามคำแหละ หนูก็ปวดหัว นี่ก็ไม่รู้จะทำไง พอเขาออกไปข้างนอกกับเพื่อน เขาก็ต้องไปดูมั้นกับเพื่อนเขาอีกแหละ ก็ได้แต่กลุ่ม ก็อาศัยหมอ (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฯ) เขาช่วยปลอบมั้ง ก็ค่อยยังชั่ว หมอเขาบอกให้พยายามพูดคุยกัน อย่าใช้อารมณ์ หนูก็ไม่รู้ทำไง เพราะทุกวันนี้ก็แทบคุยอะไรกันไม่ได้ ยา (ยาบ้า) มันก็ไม่ยอมหยุด ทั้ง ๆ ที่มันไปรักษามาจนหายแล้วนะ กลับมาอยู่บ้านก็ทะเลาะกันทุกวัน กลับมาได้ไม่เท่าไร ก็กลับไปดูดยา (ยาบ้า) อีกละ

(FM4, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

13. สภาพแวดล้อม, การเข้าถึงแหล่งยาบ้า

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการเข้าถึงแหล่งยาบ้ามีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยพบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการเสพยาบ้า และมีแหล่งซื้อขายยาบ้าในชุมชน จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดเข้าถึงยาบ้าได้ง่าย เมื่อเข้าถึงแหล่งยาบ้าได้ง่ายจะทำให้ผู้ผ่านการบำบัด

ไม่สามารถบังคับตัวเองได้และทำให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำในที่สุด ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...โอ้ย แถวบ้านนะครับ ใคร ๆ ก็รู้กันทั้งนั้น 'ไปทางไหนก็เจอ แต่ก็ไม่มีใครกล้า
ครับ ของอย่างนี้ พุดมากเราก็ไม่ปลอดภัย มันก็มีทั้งคนซื้อและคนขายแหละครับ
คนขายก็ รู้ ๆ กันอยู่ แต่ผมก็พุดไม่ได้ เราไม่รู้ใครเป็นใคร ใครจะเป็นพวกเดียวกับ
ไอ้พวกที่ขายใครจะไปรู้ พุดไปเดียวเราก็โดนเข้าไปอีก

(FM5, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

...ก็ มันก็จะมีทุกวันครับ ถ้าเราจะเล่น เราก็ไปรอที่ ๆ เราเคยซื้อ...กลางนาอะครับ
เราจะมีที่ประจำของเรา พอถึงเวลาเขาก็ขับมอไซค์มาถาม ว่าวันนี้เอามั้ย ถ้าเราจะเล่น
เราก็เอา... ก็มันเป็นที่ประจำเราอะครับ เป็นกลางนา ไม่มีใครเห็น

(AD2, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 20 สิงหาคม 2556)

...ก็อย่างเวลาเราขาย มันก็จะมีขาประจำโทรมา เราก็จะรู้เลยว่าเป็นใคร ถ้าเรา
จำเสียไม่ได้ หรือว่าเราไม่รู้จักเราก็จะบอกว่าไม่มี แต่ถ้าคนที่เรารู้จัก เราก็จะบอกว่าเรา
จะเอาไปให้ที่ไหน กันดกัน ก็ขี่มอไซค์ไป พอไปถึง เราก็จะเอาของโยนทิ้งไว้แล้วก็
ขี่มอไซค์ผ่านไปเลย ก็ะรู้กัน เขาก็จะมาเก็บไป...ตั้งค้เขาก็โยนทิ้งเหมือนกัน
ใส่ถุงเล็ก ๆ พับเล็ก ๆ ใส่ถุงนะครับ โยนทิ้งไว้ เราก็จะขี่มอไซค์ไปเก็บเอา

(AD13, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

..ช่วงที่ขายก็มีเงินใช้ไม่ขาดมือ จะหมุนเรื่อย ๆ แต่ไม่ขายมากเหมือนคนอื่นเขา
เพราะว่าหนูเป็นคนเสพ ก็คือไหน ๆ ก็เสพแล้วถ้าซื้อมาทีละเม็ดมันแพงเม็ดละสามร้อย
ถ้าซื้อมาทีละสิบบาทก็จะลดต้นทุนไปได้ 800 บาท สิบบาทก็ 2,200 บาท เอามาปล่อย
สิบละ 3 พัน แต่ว่าไม่ได้มาปล่อยหมดก็มาปล่อย 8 เม็ด เพราะสิบบาทเราได้กำไรแล้ว
2-3 เม็ด เราเป็นคนเล่น ไม่ได้หวังรวยเหมือนคนอื่นเขา

(AD5, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

...คือ หนูตั้งใจมากค่ะตอนนี้ หนูต้องเลิกให้ได้ ถ้าหนูเลิกไม่ได้เนี่ย ชีวิตหนูก็ต้องจบ แม่หนู น้องหนูก็ต้องจบ คือว่าแฟนหนูนะค่ะ เขาเลี้ยงหนูอยู่ เขาก็มีครอบครัวแล้ว แต่ตอนนี้เขาก็เลี้ยงหนู และก็ให้ค่าใช้จ่ายหนูอยู่ ทั้งของแม่หนู ของน้องหนู แต่เขาบอกว่าหนูต้องเลิกให้ได้ ถ้าเขารู้ว่าหนูไปเล่นยาอีก เขาบอกว่าก็ต้องจบกัน เขาบอกไม่เอาแล้ว หนูก็เลยต้องตั้งใจว่าจะต้องเลิกให้ได้...หนูก็ไม่มั่นใจเลยคะ ว่าหนูจะเลิกได้รีเปล่า ทั้ง ๆ ที่หนูตั้งใจมาก ...แต่ว่าแถวบ้านหนูนะค่ะ ก็มีแต่คนดูมั่วกันทั้งนั้น คนที่หนูรู้จักแทบทุกคน หนูก็ไม่รู้จะทำยังไง ถ้าหนูอยู่บ้านเฉย ๆ หนูก็เหงา ไม่มีเพื่อนคุย แต่ถ้าออกไปเจอเพื่อน ๆ เจอพี่ ๆ ก็ต้องไปเห็นเขาดูดยากันอีก หนูก็กลัวจะอดใจไม่ได้อีก แบบมันต้องเจอทุกวันนะค่ะ ถ้าหนูจะเลิกเลยก็คือ หนูก็ต้องขังตัวเองไว้ที่บ้านเลย ไม่ต้องเจอกับใครเลย ซึ่งหนูก็ไม่รู้ว่าหนูจะทำได้นานแค่ไหน ..อย่างเพื่อน ๆ หนูไปพูดเขาก็ไม่ฟังหรอกคะ เรื่องอย่างนี้ เราจะไปห้ามเขาก็ไม่ได้ เราก็เคยดูเคยเล่นกับมานะเนาะ คงต้องให้ผู้ใหญ่บ้าน หรือไม่ให้ตำรวจแหละคะ ช่วยดูแล

(AD10, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 21 สิงหาคม 2556)

...แต่ว่าตอนนี้เนะ ผมยอมรับเลยว่าตอนนี้มันก็ยังมียอยู่ เต็มไปหมดครับ แถวบ้านนะ หาง่ายมาก ออกบ้านแป๊บเดียวก็ได้ละ เพื่อนก็มาชวนบ่อย มาให้ฟรี ๆ นี่แหละครับ มันไม่เอาตั้งคัด้วย

(AD12, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

14. การบังคับใช้กฎหมาย

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านการบังคับใช้กฎหมายมีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยพบว่าการหย่อนยานด้านการบังคับใช้กฎหมาย การปล่อยปละละเลยจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายหรือชุมชนที่เจ้าหน้าที่หรือผู้นำชุมชนไม่เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการทางสังคม จะทำให้ชุมชนมีแหล่งมั่วสุมและแหล่งซื้อขายยาบ้าซึ่งทำให้ผู้ผ่านการบำบัดเข้าถึงแหล่งยาบ้าได้ง่ายและส่งผลการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในที่สุด ดังข้อมูลสนับสนุน ต่อไปนี้

...ก็ ถ้าจะให้ดีคือ มันต้องเด็ดขาดนะครับ ทั้งตำรวจ ทั้งผู้ใหญ่บ้านกำนัน ผมว่าทางเจ้าหน้าที่ อย่างทางตำรวจ หรือทางอำเภอ อะไรนี้นะครับต้องเข้มงวดหน่อย ต้องจับให้มันจริง ๆ จัง ๆ อย่างทางผู้ใหญ่บ้าน กำนัน บางทีก็ไม่ค่อยกล้า อย่างบางทีก็มีกฎของหมู่บ้านนะ แต่ผมก็ไม่เห็นว่าจะทำอะไรกัน บางทีก็รู้ ๆ กันอยู่ ใครขาย ใครเสพ ลูก

ใครหลานใครในหมู่บ้านเรา ใครเซฟใครดูต ก็รู้ ๆ กันอยู่ แต่ผมไม่เห็นเขาทำอะไรกัน ผมว่ามันต้องเข้มงวดกว่านี้นะ ไม่งั้นมันคงจะเลิกกันยาก และมันก็คงจะหมดไปยากนะ ยาบ้าพวกนี้นะนะ

(FM5, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

...พูดถึงผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ก็ไม่มีไครยุงนะ ทำอะไรไม่ได้เลย ตอนนี้อยากำลังดัง เลย ที่หมู่บ้านผมนะ เยอะ ตำรวจตำรวจเนี่ย ผมว่า มันก็พูดยากนะ ก็คงต้องจับตรวจ เยี่ยวให้หมดเลยไม่ว่าใคร ก็ผมเคยเล่น ๆ ด้วยกันอยู่ (เสพยาบ้าด้วยกัน) ทำไมผมจะไม่ว่าใครเล่นใครไม่เล่น ก็ผมก็ไม่เห็นตำรวจเขาจะทำอะไรกันเลย เขาก็รู้ครับ ว่ามันมีนะ ผู้ใหญ่บ้านก็ไม่กล้ายุ่ง ตำรวจเขาก็ไม่สนใจ

(AD15, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 22 สิงหาคม 2556)

15. การใช้ยาบ้าของบุคคลใกล้ชิด

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านการใช้ยาบ้าของบุคคลใกล้ชิดมีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีสมาชิกในครอบครัวเสพยาบ้า จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัด หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุน ต่อไปนี้

...หนูไปทำงานที่อยุธยาอะ ก็เลิกไปนานแล้วละ(เลิกเสพยาบ้า) เลิกได้ปีกว่านิด ๆ ก็อยู่ที่นู่นก็ไม่ได้เล่นมัน ...หนูกลับบ้าน ช่วงสงกรานต์ ก็กินเหล้ากัน ก็กินหมดแหละอะ กินกับพี่ ๆ น้อง ๆ และก็พอกับแม่ อาก็กิน คือที่บ้านหนูเวลามีงานสงกรานต์อะไรี่ ญาติ ๆ ก็จะมารวมกัน ก็กินเหล้า แล้วตอนกลางคืน พอเมาแล้วเขาก็กลับหมด พอกับ แม่ก็เข้านอน ก็เหลือหนูกับน้อง และก็เพื่อน ๆ ของน้องแถว ๆ บ้าน แล้วพอดึก ๆ น้อง มันก็เล่น (เสพยาบ้า) แล้วมันก็แบ่งให้หนู หนูเม้าด้วย แล้วก็มันก็เคยเล่นมาแล้วด้วยก็เลย อดใจไม่ได้

(AD11, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

16. ทักษะการปฏิเสธ

จากการผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านทักษะการปฏิเสธมีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู ที่มีทักษะการปฏิเสธ จะสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่

จะต้องเสพยาบ้าซ้ำได้ ทำให้ไม่มีพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำ ในทางตรงกันข้าม ผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่ขาดทักษะการปฏิเสธจะมีความเกรงใจเพื่อนหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้ต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่จะต้องเกี่ยวข้องกับยาบ้าและมีพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำในที่สุด ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...อย่างเวลาเพื่อนเขาชวนออกไปข้างนอกเจ๊ยะ หนูก็จะรู้ละ ว่าใครเป็นยังไง ใครที่เล่น (เสพยาบ้า) มั่ง เพราะหนูเคยเล่นด้วยกันมาก่อน ถ้าเขาชวน เราก็จะรู้ อย่างถ้าเขาฝากบอกเพื่อนอีกคนให้มาชวน เราก็จะปฏิเสธง่ายหน่อย เราก็จะอ้างมั่งว่า แม่ไม่ให้ไป หรือไม่ก็ต้องบอกว่าเราต้องช่วยแม่ทำงานอะไรเจ๊ยะ แต่ถ้าตัวเขาเอง บางทีหนูก็บอกให้แม่บอกเขาไปว่าหนูไม่อยู่ ออกไปข้างนอกเจ๊ยะ ก็ต้องคอยหลบ

(AD3, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 7 สิงหาคม 2556)

...เพื่อนชวนนะครับ ก็เพื่อนมาชวนไปเที่ยวนั่นแหละ เราก็ไปเที่ยวกับเขา ก็เพื่อนในกลุ่มเดิมอะครับ เราจะไม่ไปก็กลัวเพื่อนว่า กลัวเพื่อนไม่คบ เราก็ไม่รู้จะไปคบใครนะ คนอื่นเขาก็ว่าเราร้าย ก็ไม่ค่อยคบเรา ก็เราก็ต้องไปกับเพื่อน ไปเที่ยวกัน จากนั้นก็เล่นกับเพื่อน

(AD16, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 20 สิงหาคม 2556)

...พักหลังเขาก็หลบนะคะ ไม่ค่อยจะได้ไปไหนกับเพื่อน ๆ กลุ่มเดิม ๆ ของเขาจะบางทีเขาก็จะบอกปิดไปเลย บาทที่เขาบอกชี้แจงไปอย่างนี้เลย ๆ เลยก็มี แต่โดยมากจะอ้างมากกว่า บางทีบอกปวดหัวมั่ง บางทีก็บอกมีงานค้างบ้าง ... โอ้ยย เมื่อก่อนนะไม่เห็นหัวเห็นหาง เพื่อนมาบีบแตรนี่ รีบตาลีตาเหลือกออกไปละ ทั้งชุดนักเรียนนั่นแหละ ห้ามเท่าไรก็ไม่ฟัง ... เดี่ยวนี้มันหลบเพื่อนมัน บางทีมันก็อ้างโน่นอ้างนี่ ไปตามเรื่องของมัน มันถึงเป็นผู้เป็นคนกะเขาขึ้นมาได้เนี่ยะ

(FM 2, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...ก็พูดกับเขาแรง ๆ ไปเลยคะ ว่าไม่ยุ่งแล้ว เขาถามว่าเจ้ ของ (ยาบ้า) มีมัย ก็บอกไปว่าไม่มี หนูจะบอกไปว่านู่น...ไปหาเอาข้างหน้านู่น ที่นี้เลิกยุ่งแล้ว ชี้บ้ายไปทางอื่น หนูเป็นคนพูดเสียงดัง พูดห้าว พูดบ่อย ๆ พวกมันก็เลิกยุ่งไปเอง

(AD 6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

17. การยอมรับของครอบครัวและชุมชน

จากการให้ผู้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านการยอมรับของครอบครัวและชุมชนมีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่สมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนคนในชุมชนและในสังคมเข้าใจ ไว้ใจ ให้การยอมรับและให้โอกาสในการทำงานร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและร่วมกับคนในชุมชน จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติไม่เกิดトラブル ไม่เกิดภาวะเครียด มีที่พึ่งทางใจและเกิดความเชื่อมั่นที่จะเลิกเสพยาบ้าอย่างถาวร และไม่หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ก็ต้องเข้าใจเขาค่ะ จุดสำคัญ ที่ว่านะ ถ้าเราไม่เข้าใจเขา เราก็จะไม่ยอมรับเขา ที่ว่ามันก็เป็นเรื่องยากอยู่ ที่แรกก็ทำใจ ว่าทำไมลูกเรามันไม่ได้ตั้งใจ อายข้างบ้านเขา แต่ตอนหลังก็เข้าใจได้ ก็ต้องยอมรับ ว่าลูกเราเป็นอย่างนี้ซะแล้ว แต่ก็ดีที่พอเราทำใจยอมรับเขา ก็คิดว่ายังไงเขาก็เป็นลูกเรา ก็ทำผิดทำพลาดกันไปมั่ง มันก็ทำให้เราทำใจได้ ที่นี้เวลาเขาทำอะไรมันก็จะให้เหมือนอย่างกะคนดี ๆ เขาเลยมันก็คงจะไม่ได้ มันก็คงจะต้องค่อยเป็นค่อยไป พี่คิดงี้ละ พอเขาจะทำอะไร จะช่วยงานอะไร เราก็ต้องให้โอกาส เพราะเขาตั้งใจทำให้เราแล้ว ถึงแม้มันจะไม่ค่อยดีเท่าไรหรอก จะให้ได้อย่างใจเรานึก หรือจะให้เหมือนไอ้คนดี ๆ อย่างคนทั่วไปเขาทำ มันก็คงเป็นไปไม่ได้

(FM 3, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 8 สิงหาคม 2556)

...เราต้องให้โอกาสเขาค่ะ ต้องเข้าใจเขาเข้าใจ อย่างดิฉันนี่ ก็ได้มีโอกาสไปร่วมฟัง คุณหมอเขาสอนว่าเราต้องให้โอกาสเขายังไง เราจะช่วยเหลือเขาได้ยังไงในช่วงที่เขาเลิกยาณะนะ ก็นำมาปฏิบัติ ซึ่งมันก็ได้ผล คืออันดับแรกเลย เราก็ต้องทำใจยอมรับก่อน ว่าลูกเราติดยาบ้าแล้ว มันเป็นไปแล้ว ก็ต้องทนยอมรับมัน และก็ต้องรับให้ได้ แรก ๆ ก็เสียใจนะคะก็ทำใจอยู่นานเหมือนกัน แรก ๆ ก็ไม่ค่อยเข้าใจเขา ก็คอยจะดุจะด่าเขา แต่พอเราทำใจได้ เราก็คอยช่วยเหลือเขา ช่วงแรก ๆ ที่เขาเลิกยาใหม่ ๆ เขาก็เอาแต่นอน ก็ต้องพยายามเข้าใจเขา ให้อภัยเขา ก็ต้องเข้าใจว่ามันเป็นเพราะยา แต่ที่แน่ ๆ คือก็ต้องเชื่อมั่นในตัวเขา ว่าเขาตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดแล้ว เราก็ต้องให้โอกาส และก็ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือเขา จนเขาเลิกได้

(FM 1, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 9 สิงหาคม 2556)

...อย่างในหมู่บ้านเราก็สำคัญนะ ไม่งั้นพวกเด็กที่เขารักขามาแล้วเขาจะอยู่ได้
ยังงั้น ถ้าคนในหมู่บ้านตั้งแรงรังเกียจ คนที่เขารักขามาแล้ว ถ้าเขามีที่ไป เขาก็ไม่อยู่
แล้ว ก็หนีเข้ากรุงเทพฯ กันหมด ไปหางานหาการทำกัน ก็อยู่ในหมู่บ้านมีแต่คนรังเกียจ
จะทำงานทำการอะไรก็ไม่ได้ ไปอยู่กรุงเทพฯ ก็ไกลหูไกลตา เราก็ไม่รู้ว่ามันจะยังงั้น ไปดี
ไปร้าย ไปแล้วไปเจอเพื่อนเจอฝูงที่ไม่ดี ก็เอาอีกละ ผมว่าคนแถวบ้านเราก็ต้องไม่ตั้งแ
รงเกียจ เด็กมันกลับตัวกลับใจแล้ว ก็ต้องยอมรับ ต้องให้โอกาสเด็กได้ทำดีมั่ง งานวัด
งานวา ก็ต้องเรียกใช้งานมั่ง อย่างนี้เด็กก็จะไม่อาย ก็จะไม่อยู่ได้

(FM5, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 19 สิงหาคม 2556)

18. **ภาวะเครียด**

จากการให้ผู้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่าปัจจัยด้านภาวะเครียดมีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่มีภาวะเครียด ทั้งภาวะเครียดจากฐานะทางเศรษฐกิจ หรือภาวะเครียดจากความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวหรือคนในสังคม จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดหว่านเหว่ สับสน จิตใจุ่นวายและหันกลับไปพึ่งยาบ้าซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไป

...คือว่า ยังไงละ ปัญหาครอบครัวอีกเหมือนเดิม คือตอนแรกพี่ชายเป็นหนี้ อกสอ อยู่ บ้านที่หนูอยู่ตอนนี้แหละ พี่ชายจำนองไว้ เขาก็ทำเรื่องให้ว่าผ่อนระยะ 5 ปี ปีละหมื่นไหวไหม แต่ว่าลูกกลุ่มไม่ยอมเซ็นรับว่าหนูจะเป็นคนไถ่ถอนคนเดียวหรือเปล่า เขาไม่ยอมเซ็น ก็เลย หนูก็คิดว่าเงินจุดนี้จะเอาไปซ่อมบ้านทำไม ลักวันเขาคงมายุัดคิน ก็เครียดหลายอย่าง ก็กลับมาเล่น(เสพยาบ้า) เงินที่มีก็เอามาเล่นหมด

(AD 11, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 21 สิงหาคม 2556)

...ก็ ช่วงนั้นก็เครียดด้วยอะครับ เราชู้สึกว่าใคร ๆ ก็ไม่เข้าใจเรา แม่ก็ไม่เข้าใจเรา แม่จะคอยดุด่าตลอด แม่ไม่ค่อยคุย ผมก็ไม่อยากคุยกับแม่ด้วย เพราะแม่จะดู เวลาถามอะไรแม่จะด่าตลอด แม่ดำไว้ก่อน เคยแบบว่า แม่เคยจับได้ว่าผมเล่นยา (เสพยาบ้า) แล้วแม่ตบอะครับ ก็เลยไม่อยากคุยกับแม่ แล้วเวลาเราเครียด ๆ เราก็ไม่รู้จะคุยกับใคร ก็บางทีก็ต้องไปหาเพื่อน บางทีก็เล่นเอง เล่นแล้วก็ไม่ต้องคิดอะไรดีอะครับ

(AD 2, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 9 สิงหาคม 2556)

19. วุฒิภาวะทางอารมณ์

จากการให้ผู้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดพบว่าปัจจัยด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง ไม่ว่าจะเป็นเพราะอายุที่มากขึ้น หรือเป็นเพราะการได้รับการพัฒนาวุฒิภาวะทางอารมณ์จากการเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดมีความสามารถที่จะเอาชนะใจตัวเอง และไม่หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...เหตุผลหนึ่งที่เราทำได้(หยุดเสพยาบ้า)ก็คือ หนูอายุมากขึ้นแล้วด้วยมั้งคะ ก็รู้สึกสงสารลูกด้วย เราก็มาคิดได้ว่าถ้าเราไม่เลิกตอนนี้ แยกตัวไปเราจะทำอะไรไหว ลูกเราจะเอาอะไรกิน ก็เราก็คิดว่าเราเป็นผู้ใหญ่ขึ้น จากเมื่อก่อนเราได้แต่สนุกไปวัน ๆ คบเพื่อนฝูง เฮฮาไปวัน ๆ อนาคตเป็นไงเมื่อก่อนไม่เคยคิด คิดแต่จะให้สนุกแค่นั้น เรื่องยานี้ก็ไม่เคยได้คิดถึงอนาคต เมื่อก่อนหนูไม่เคยคิดเรื่องลูกเลย แต่ตอนนี้เหมือนเราก็คิดได้แล้วด้วย เราก็เลยมานึกถึงอนาคตเรา ซึ่งหนูว่าหนูเป็นผู้ใหญ่ขึ้นด้วย หนูไปรักษามา มันก็ทำให้เราอารมณ์เย็นขึ้น ไม่รู้ความเหมือนเมื่อก่อน ก็คิดว่าทำเพื่อลูก เพื่ออนาคต

(AD 6, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 16 สิงหาคม 2556)

...อย่างผมมาบำบัดที่นี้เนี่ย ทำให้ผมรู้เลย จากเมื่อก่อนเราใช้อารมณ์ตลอด เราไม่เคยห้ามใจเราเลย ไม่เคยนึกถึงอนาคต เราอยากเมื่อไหร่ เราก็จะเล่น (เสพยาบ้า) ตลอดเลย แต่พอผมบำบัด ทางคุณหมอเขาก็จะแนะนำให้หมด ว่าสมมถเราจะมีสมองส่วนดีกับสมองส่วนเสีย เราต้องรักษาสมองส่วนดีให้ได้ เราก็คือรู้ว่าเวลาเราอยู่เฉย ๆ เนี่ย มันจะมีอะไรเป็นตัวกระตุ้นสมองเรา อันนี้เราก็คือจะเริ่มรู้ละ เราก็คือควบคุมอารมณ์เราได้ละ จากที่เราเคยใจร้อน ตอนนี้เราบำบัดเสร็จแล้ว เรารู้แล้ว เราก็คือเริ่มคิดได้ละ เราก็คืออารมณ์เย็นลง เราก็คือรู้อะไรเป็นอะไร อะไรกระตุ้นให้เราอยาก เราก็คือยับยั้งใจเรา เราก็คือนึกถึงอนาคต นึกถึงเมียไว้ แล้วอีกหน่อยเราก็คือต้องมีลูก มันก็ทำให้เราเย็นลง มันก็ช่วยให้เราคิดได้ ว่าเราต้องเลิกมันแล้วละ เพื่ออนาคตเรา

(AD 9, ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก, 20 สิงหาคม 2556)

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 221)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	71.0
หญิง	64	29.0
กลุ่มอายุ		
10 – 20 ปี	113	51.1
21-35 ปี	56	25.3
36 ปีขึ้นไป	52	23.5
($\bar{X}$ = 28.07, S.D.=9.59, minimum = 14, maximum = 61)		
สถานภาพสมรส		
โสด	135	61.1
สมรส	72	32.6
หม้าย / หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14	6.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	82	37.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	86	38.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	42	19.0
อนุปริญญาขึ้นไป	11	5.1
อาชีพหลัก		
ว่างงาน	15	6.8
เกษตรกร	78	35.3
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	12	5.4
รับจ้าง	116	52.5
สถานภาพครอบครัว		
บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน	145	65.6
บิดาและมารดาแยกทางกัน	39	17.6
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	22	10.0
บิดาและมารดาเสียชีวิต	15	6.8

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการพักอาศัย		
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	123	55.7
อาศัยอยู่กับบิดา	12	5.4
อาศัยอยู่กับมารดา	30	13.6
อาศัยอยู่กับคู่รัก / คู่สมรส	30	13.6
อาศัยอยู่ตามลำพัง	26	11.7
สัมพันธภาพต่อครอบครัว		
ครอบครัวยอมรับและให้การช่วยเหลือ	194	87.8
ครอบครัวไม่ยอมรับ	27	12.2
วิธีการบำบัดครั้งสุดท้าย		
ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	54	24.4
ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป	42	19.0
ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน	109	49.3
ค่ายคุมประพฤติ	16	7.2
บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บิดา	42	19.0
มารดา	43	19.5
แฟน/คู่รัก	21	9.5
สามี/ภรรยา	13	5.9
ญาติพี่น้อง	27	12.2
เพื่อนสนิท	112	50.7
เพื่อนร่วมงาน	45	20.4
หัวหน้างาน	4	1.8
เพื่อนบ้าน	30	13.6
ผู้นำชุมชน	14	6.3

จากตาราง 2 พบว่าผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่ เป็นชาย (ร้อยละ 71.0) มีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 61 ปี อายุเฉลี่ย 28.07 ปี มีสถานภาพ โสด (ร้อยละ 61.1) รองลงมาได้แก่ สมรส (ร้อยละ 32.6) ตามลำดับ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 38.9) รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.1) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 19.0) ตามลำดับ

อาชีพหลัก รับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) รองลงมา ได้แก่ เกษตรกร (ร้อยละ 35.3) สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 65.6) รองลงมาคือ บิดาและมารดาแยกทางกัน (ร้อยละ 17.6) พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 55.7) ครอบครัวให้การยอมรับและช่วยเหลือ (ร้อยละ 87.8) ส่วนใหญ่เคยได้รับการบำบัดรักษายาเสพติดครั้งสุดท้ายโดยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 49.3) บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเสพยาบ้ามากที่สุดได้แก่ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 50.7) รองลงมา ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 20.4) และมารดา (ร้อยละ 19.5) ซึ่งใกล้เคียงกับ บิดา (ร้อยละ 19.0) ตามลำดับ

2. ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด (ตาราง 3-4)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับความตั้งใจที่มีต่อพฤติกรรม การไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ (n=221)

ระดับความตั้งใจ		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(40 – 50 คะแนน)	135	61.1
ปานกลาง	(30 – 39 คะแนน)	50	22.6
น้อย	(0 – 29 คะแนน)	36	16.3
$\bar{X} = 39.55$ S.D. = 9.12 Min = 15 Max = 50			

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 61.1) รองลงมา มีความตั้งใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.6) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 16.3) ที่มีความตั้งใจจะกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

ตาราง 4 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ รายข้อ (n=221)

ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ		ระดับความตั้งใจ (ร้อยละ)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ในชีวิตนี้ ฉันตั้งใจที่จะไม่เสพยาบ้าอีก	43.4	22.2	14.5	14.5	5.4
2	ฉันตั้งใจที่จะไม่แสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ในสถาน เจริญวัยที่มีการเสพยาบ้า	42.5	26.2	15.4	8.1	7.7
3	ฉันตั้งใจจะคบเพื่อนกลุ่มใหม่ที่ไม่เสพยาบ้า	40.7	20.4	25.3	10.9	2.7
4	ฉันตั้งใจว่าจะชักชวนเพื่อนที่เสพยาบ้าให้เลิกเสพ	34.8	25.3	24.0	11.3	4.5

ตาราง 4 (ต่อ)

	ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ	ระดับความตั้งใจ (ร้อยละ)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5	ฉันตั้งใจจะไม่กลับไปคบหากับเพื่อนที่ค้ายาบ้าเพื่อจะได้ยาบ้ามาเสพง่ายขึ้น	52.0	19.0	15.8	9.5	3.6
6	ฉันตั้งใจเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้ครอบครัวมีความสุข	53.4	21.7	13.6	7.7	3.6
7	ฉันตั้งใจจะใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์โดยไม่เสพยาบ้า	47.5	28.1	13.6	7.7	3.2
8	ฉันตั้งใจที่จะไม่กลับไปรวมกลุ่มกับเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าด้วยกันเพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าอีกครั้ง	57.9	14.9	13.1	13.1	0.9
9	ถ้ารู้สึกเหงา ฉันตั้งใจจะชักชวนกลุ่มเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าไปเล่นกีฬา เพื่อให้ลืมความเหงา	29.4	25.8	28.1	10.9	5.9
10	ฉันตั้งใจจะไม่ไปกับเพื่อนที่เคยชักชวนให้เสพยาบ้า	56.6	15.8	16.3	10.0	1.4

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่มีความตั้งใจอยู่ในระดับ "มากที่สุด" ที่จะไม่กลับไปเสพซ้ำ ทั้ง 10 ข้อ โดยพบว่า ข้อ 8 "ฉันตั้งใจที่จะไม่กลับไปรวมกลุ่มกับเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าด้วยกันเพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าอีกครั้ง" มีมากถึง ร้อยละ 57.9 รองลงมาได้แก่ ข้อ 10 "ฉันตั้งใจจะไม่ไปกับเพื่อนที่เคยชักชวนให้เสพยาบ้า" (ร้อยละ 56.6) และ น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 9 "ถ้ารู้สึกเหงา ฉันตั้งใจจะชักชวนกลุ่มเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าไปเล่นกีฬา เพื่อให้ลืมความเหงา" (ร้อยละ 29.4)

3. การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัด (ตาราง 5 – 6)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไปและความสามารถแห่งตนที่จะไม่เสพยาบ้าซ้ำ (n=221)

ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(28 – 35 คะแนน)	47	21.3
ปานกลาง	(21 – 27 คะแนน)	134	60.6
ต่ำ	(0 – 20 คะแนน)	40	18.1

$\bar{X}$ = 24.10 S.D. = 4.68 Min = 12 Max = 35

ตาราง 5 (ต่อ)

ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่กลับไป		จำนวน	ร้อยละ
ซ้ำ			
มาก	(24 – 30 คะแนน)	78	35.3
ปานกลาง	(18 – 23 คะแนน)	105	47.5
ต่ำ	(0 – 17 คะแนน)	38	17.2
$\bar{X} = 21.44$ S.D. = 4.53 Min = 9 Max = 30			

จากตาราง 5 พบว่าผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.6) รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถมาก (ร้อยละ 21.3) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 18.1) ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ

สำหรับการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่กลับไปเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัด ฯ มีการรับรู้ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 47.5) รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถระดับมาก (ร้อยละ 35.3) และมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.2) ที่มีการรับรู้ความสามารถระดับต่ำ

ตาราง 6 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนรายข้อ
(n=221)

การรับรู้ความสามารถแห่งตน		ระดับการรับรู้ความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป						
1	ฉันมักจะทำงานสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้	14.9	17.2	45.7	17.2	5.0
2	เมื่อฉันตัดสินใจทำอะไรแล้ว ฉันจะลงมือทำอย่างไม่ย่อท้อ	24.9	34.4	30.8	6.8	3.2
3	เมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้า ฉันสามารถจัดการได้	12.7	34.4	42.5	9.0	1.4
4	ฉันสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ที่เข้ามาในชีวิตฉันได้	13.6	33.5	42.1	10.4	0.5
5	มันเป็นเรื่องที่ยากสำหรับฉันที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ	13.1	22.2	41.2	18.6	5.0
6	ฉันมั่นใจในความสามารถของฉันว่าจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จ	14.0	23.5	38.5	19.5	4.5
7	ฉันสามารถปรับตัวเข้ากับคนในชุมชนของฉันได้	25.3	38.5	28.1	6.3	1.8

ตาราง 6 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถของตน	ระดับการรับรู้ความสามารถ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้ความสามารถของตนที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ					
8 ฉันสามารถบังคับตนเองไม่ให้เสพยาบ้าได้เมื่อฉันเห็นเพื่อนหรือบุคคลอื่นเสพยาบ้า	24.9	32.6	26.7	11.8	4.1
9 ฉันสามารถเลิกคบกับเพื่อนที่ยังเสพยาบ้าอยู่ได้	18.6	12.2	42.5	20.8	5.9
10 ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดของฉันในการเลิกเสพยาบ้า	16.7	18.6	46.2	13.1	5.4
11 ฉันสามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้ลืมการเสพยาบ้าได้	25.3	37.6	28.1	8.1	0.9
12 ฉันสามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการเลิกเสพยาบ้า	31.7	33.9	25.3	8.6	0.5
13 ฉันสามารถเลิกยาบ้าได้ตลอดชีวิต	41.2	12.7	27.1	13.6	5.4

จากตาราง 6 พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถของตนทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัด จากข้อคำถาม 7 ข้อ ผู้ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถของตนทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "ปานกลาง" มีเพียงข้อ 2) "เมื่อฉันตัดสินใจทำอะไรแล้ว ฉันจะลงมือทำอย่างไม่ย่อท้อ" ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนทั่วไปอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 34.4) ทั้งนี้ ผู้ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถทั่วไปในระดับมากที่สุดในการปรับตัวเข้ากับคนในชุมชนสูงสุด (ร้อยละ 25.3) รองลงมาได้แก่ "เมื่อฉันตัดสินใจทำอะไรแล้ว ฉันจะลงมือทำอย่างไม่ย่อท้อ" (ร้อยละ 24.9)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถของตนที่จะไม่เสพยาบ้าซ้ำ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "มาก" โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกคบกับเพื่อนที่ยังเสพยาบ้าอยู่ และการรับรู้ความสามารถในการขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดในการเลิกเสพยาบ้า (ร้อยละ 42.5 และร้อยละ 46.2 ตามลำดับ) มีเพียง การรับรู้ว่าตนเองสามารถเลิกเสพยาบ้าได้ตลอดชีวิต ที่อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 41.2)

4. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ผ่านการบำบัด (ตาราง 7)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาในภาพรวม (n=221)

ระดับความสามารถในการเผชิญปัญหา		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(40 – 50 คะแนน)	38	17.2
ปานกลาง	(30 – 39 คะแนน)	111	50.2
ต่ำ	(0 – 29 คะแนน)	72	32.6
$\bar{X} = 31.88$ S.D. = 8.44 Min = 13 Max = 50			

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัด มีความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “ปานกลาง” ร้อยละ 50.2 รองลงมาได้แก่ ระดับ “ต่ำ” ร้อยละ 32.6 และ พบว่า มีการรับรู้ความสามารถในการเผชิญปัญหา ระดับ “มาก” มีเพียงร้อยละ 17.2

ตาราง 8 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความสามารถในการเผชิญปัญหารายข้อ (n=221)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา		ระดับความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	เมื่อมีเรื่องถกเถียงกับคนใกล้ชิด ฉันสามารถพูดคุยเพื่อปรับความเข้าใจกันได้	13.6	28.1	32.1	14.0	12.2
2	เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจฉันจะตั้งสติและให้กำลังใจตนเอง	12.7	33.5	29.0	14.9	10.0
3	เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ฉันรู้สึกว่าคุณสามารถให้เหตุผลในการแก้ปัญหาได้	13.1	20.4	35.3	21.3	10.0
4	เมื่อทำงานผิดพลาด ฉันคิดว่าฉันสามารถแก้ไขและปรับปรุงข้อผิดพลาดให้ดีขึ้นได้	10.9	32.6	35.3	14.9	6.3
5	เมื่อเกิดความท้อแท้ในชีวิต ฉันสามารถสร้างกำลังใจให้กับตนเองได้	14.5	15.8	34.4	26.7	8.6
6	เมื่อรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงาน ฉันจะอดทนเพื่อทำงานให้สำเร็จ	13.6	30.8	31.2	20.4	4.1
7	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ฉันสามารถขอรับคำปรึกษาจากใครก็ได้	12.2	19.5	40.3	16.7	11.3

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา	ระดับความสามารถ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8 ฉันจะไม่ท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะรู้ว่าสามารถแก้ไขได้	18.6	29.9	30.3	15.4	5.9
9 เมื่อเพื่อนชักชวนให้เสพยาบ้า ฉันสามารถหาทางปฏิเสธได้	28.1	14.5	31.2	19.9	6.3
10 เมื่อเพื่อนคุยเสียดังรบกวนขณะทำงาน ฉันสามารถอดทนทำงานต่อจนเสร็จลุล่วงได้	12.2	15.4	40.7	26.2	5.4

จากตาราง 8 พบว่า จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ผู้ผ่านการบำบัดมีความสามารถในการเผชิญปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “ปานกลาง” มีเพียงความสามารถในการเผชิญปัญหาในประเด็นการตัดสินใจและให้กำลังใจตนเองเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ที่มีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับ “มาก” ทั้งนี้ ผู้ผ่านการบำบัดฯ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับ “มากที่สุด” สูงสุดได้แก่ ความสามารถในการหาทางปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชักชวนให้เสพยาบ้า (ร้อยละ 28.1) รองลงมาได้แก่ การไม่ท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะรู้ว่าสามารถแก้ไขได้ (ร้อยละ 18.6) และความสามารถในการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง เมื่อเกิดความท้อแท้ในชีวิต (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ

5. ทักษะที่มีต่อการเลิกเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด (ตาราง 9 - 10)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับทักษะที่มีต่อการเลิกเสพยาบ้า (n=221)

ระดับทักษะ		จำนวน	ร้อยละ
มาก	(56 - 70 คะแนน)	110	49.8
ปานกลาง	(42 - 55 คะแนน)	72	32.6
ต่ำ	(0 - 41 คะแนน)	39	17.6
$\bar{X} = 53.38$ S.D. = 12.03 Min = 22 Max = 70			

จากตาราง 9 พบว่าผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่ มีทักษะต่อการเลิกเสพยาบ้า อยู่ในระดับ “มาก” ร้อยละ 49.8 รองลงมาได้แก่ ระดับ “ปานกลาง” ร้อยละ 32.6 และมีเพียงส่วนน้อยที่มีทักษะระดับ “ต่ำ” (ร้อยละ 17.6)

ตาราง 10 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับทัศนคติรายข้อ (n=221)

ทัศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้า	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้การงาน / การเรียนดีขึ้น	45.2	32.1	13.6	6.3	2.7
2 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ครอบครัวมีความสุข	52.5	26.2	11.8	8.6	0.9
3 การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้ทำงานได้น้อยลง	30.3	24.0	20.8	19.0	5.9
4 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ครอบครัวปรองดองกัน	43.9	32.6	14.0	6.8	2.7
5 การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้มีสมาธิน้อยลง	32.1	28.1	22.2	11.3	6.3
6 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ได้รับความไว้วางใจจาก ครอบครัวน้อยลง	27.1	29.0	22.2	12.2	9.5
7 การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย	29.4	27.1	21.3	15.4	6.8
8 การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้รายได้ลดลง	30.8	34.8	16.3	14.0	4.1
9 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ชีวิตมีความสุข	47.1	27.6	13.1	11.3	0.9
10 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น	48.4	26.2	13.1	8.1	4.1
11 การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้ขาดความมั่นใจ	29.4	33.9	16.7	17.2	2.7
12 การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ค่าใช้จ่ายน้อยลง	31.2	29.9	13.1	13.6	12.2
13 การเลิกเสพยาบ้า ไม่ได้ทำให้สังคมดีขึ้นเลย	31.7	24.0	15.4	19.0	10.0
14 การเลิกเสพยาบ้าทำให้ชุมชน/หมู่บ้านมีความสุข	46.6	24.4	18.1	9.0	1.8

จากตาราง 10 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเลิกยาบ้าในระดับความคิดเห็นที่ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุดได้แก่ ข้อ 2) การเลิกยาบ้าทำให้ครอบครัวมีความสุข (ร้อยละ 52.5) รองลงมาได้แก่ ข้อ 10) การเลิกยาบ้า ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 48.4) และข้อ 9) การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ชีวิตมีความสุข (ร้อยละ 47.1) มีเพียงข้อ 6) การเลิกเสพยาบ้าทำให้ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวน้อยลง ข้อ 8) การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้รายได้ลดลง และข้อ 11) การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้ขาดความมั่นใจ ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วย (ร้อยละ 29.0, 34.8, และ 33.9 ตามลำดับ)

6. วุฒิภาวะทางอารมณ์ (ตาราง 11-12)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์
ในภาพรวม (n=221)

ระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์		จำนวน	ร้อยละ
สูง	(32 – 40 คะแนน)	63	28.5
ปานกลาง	(24 – 31 คะแนน)	106	48.0
ต่ำ	(0 – 23 คะแนน)	52	23.5
$\bar{X} = 27.98$ S.D. = 5.74 Min = 15 Max = 40			

จากตาราง 11 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัด ๓ ส่วนใหญ่ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์อยู่ในระดับ "ปานกลาง" (ร้อยละ 48.0) รองลงมาได้แก่ ระดับ "สูง" (ร้อยละ 28.5) และ ระดับ "ต่ำ" (ร้อยละ 23.5) ตามลำดับ

ตาราง 12 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์รายข้อ (n=221)

วุฒิภาวะทางอารมณ์	ระดับความรู้สึก				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1 ฉันไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงฝ่าฝืนกฎระเบียบของชุมชน	19.5	35.3	30.8	10.9	3.6
2 ก่อนที่ฉันจะลงมือทำอะไร ฉันมักจะคิดให้รอบคอบเสียก่อน	23.5	40.3	21.3	12.7	2.3
3 หากบุคคลรอบข้างทำอะไรที่เป็นการขัดใจ ฉันจะรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมตัวเองไม่ได้	14.0	34.8	25.8	20.4	5.0
4 ฉันมีความสุข เมื่อได้ฝ่าฝืนกฎระเบียบของชุมชน	27.1	36.2	17.2	14.5	5.0
5 เมื่อมีคนมาตำหนิฉัน ฉันจะตอบโต้ทันทีทันใด	12.2	30.8	32.1	20.8	4.1
6 ฉันมีความรู้สึกผิด เมื่อทำผิดกฎระเบียบของชุมชน	20.8	37.6	21.3	18.1	2.3
7 เวลาโกรธหรือไม่สบายใจฉันรับรู้ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน	15.8	38.5	26.7	16.3	2.7
8 ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน	14.0	34.8	33.9	13.6	3.6

จากตาราง 12 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดแสดงความรู้สึกเห็นด้วยในประเด็นวิถีภาวะทางอารมณ์ โดยจากข้อความทั้ง 8 ข้อ ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับวิถีภาวะทางอารมณ์อยู่ในระดับเห็นด้วย จำนวน 7 ข้อ ข้อที่เห็นด้วยมากที่สุดได้แก่ ข้อ 2) ก่อนที่ฉันจะลงมือทำอะไร ฉันมักจะคิดให้รอบคอบเสียก่อน (ร้อยละ 40.3) รองลงมาได้แก่ข้อ 7) เวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ฉันรับรู้ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน (ร้อยละ 38.5) และมีความรู้สึกระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 3) หากบุคคลรอบข้างทำอะไรที่เป็นการขัดใจ ฉันจะรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งเท่ากับข้อ 8) ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน (ร้อยละ 34.8) สำหรับข้อ 5) เมื่อมีคนมาตำหนิฉัน ฉันจะตอบโต้ทันทีทันใด พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 32.1 มีความรู้สึกอยู่ในระดับไม่แน่ใจ

7. การเห็นคุณค่าตนเองของผู้ผ่านการบำบัด (ตาราง 13 – 14)

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับการเห็นคุณค่าตนเอง
ในภาพรวม (n=221)

	ระดับการเห็นคุณค่าตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
สูง	(48 – 60 คะแนน)	39	17.6
ปานกลาง	(36 – 47 คะแนน)	168	76.0
ต่ำ	(0 – 35 คะแนน)	14	6.3
$\bar{X} = 43.43$ S.D. = 5.26 Min = 30 Max = 56			

จากตาราง 13 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่ มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับ "ปานกลาง" ร้อยละ 76.0 รองลงมาได้แก่ ระดับ "สูง" ร้อยละ 17.6 และมีเพียงร้อยละ 6.3 ของผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ตาราง 14 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการเห็นคุณค่าตนเองรายข้อ (n=221)

การเห็นคุณค่าตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1 ฉันรู้สึกว่าคุณสมบัติแบบที่สุดในตอนนี้	21.3	43.4	28.5	5.9	0.9
2 ฉันสามารถทำในสิ่งต่าง ๆ ที่คนส่วนใหญ่ทำได้	22.2	56.1	16.7	4.5	0.5
3 ฉันรู้สึกไม่ค่อยภูมิใจในตัวเองมากนัก	12.2	36.7	34.8	12.2	4.1
4 ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีคุณค่าสำหรับใครเลย	16.3	45.7	25.3	12.2	0.5
5 ฉันรู้สึกว่าฉันล้มเหลวไปเสียทุกอย่าง	21.3	42.5	24.9	10.0	1.4
6 ฉันอยากให้ผู้อื่นยอมรับในตัวฉัน	1.4	5.9	17.6	55.7	19.5
7 ฉันรู้สึกว่าอย่างน้อยฉันก็มีคุณค่าทัดเทียมกับบุคคลอื่น ๆ	19.9	59.3	11.8	8.1	0.9
8 ผู้อื่นมักมองข้ามความสำคัญของฉันไป	10.4	25.8	37.1	21.3	5.4
9 ฉันพอใจที่ยังทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้	23.1	62.4	12.2	2.3	0.0
10 ฉันภูมิใจกับประสบการณ์การทำงานของฉัน	19.0	60.6	15.8	4.1	0.5
11 ฉันสามารถทำอะไรหลายอย่างได้ ในขณะที่คนอื่นทำไม่ได้	13.6	54.3	25.8	6.3	0.0
12 ฉันรู้สึกว่าตนเองยังเป็นคนที่มีความรักและเป็นห่วง	25.8	51.6	18.1	4.5	0.0

จากตาราง 14 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ “เห็นด้วย” ต่อประเด็นการเห็นคุณค่าตนเอง (10 ข้อ) ข้อที่เห็นด้วย มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 9) ฉันพอใจที่ยังทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ (ร้อยละ 62.4) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 10) ฉันภูมิใจกับประสบการณ์การทำงานของฉัน (ร้อยละ 60.6) และข้อ 7) ฉันรู้สึกว่าอย่างน้อยฉันก็มีคุณค่าทัดเทียมกับบุคคลอื่น ๆ (ร้อยละ 59.3) มีเพียงข้อ 6) ฉันอยากให้ผู้อื่นยอมรับในตัวฉัน ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 55.7) และข้อ 8) ผู้อื่นมักมองข้ามความสำคัญของฉันไป ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่แสดงความเห็นไม่แน่ใจ (ร้อยละ 37.1)

8. แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด (ตาราง 15 - 16)

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ในภาพรวม (n=221)

ระดับแรงจูงใจ		จำนวน	ร้อยละ
สูง	(44 – 55 คะแนน)	82	37.1
ปานกลาง	(33 – 43 คะแนน)	54	24.4
ต่ำ	(0 – 32 คะแนน)	85	38.5

$\bar{X} = 38.47$ S.D. = 10.91 Min = 17 Max = 55

จากตาราง 15 พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าอยู่ในระดับ "ต่ำ" ร้อยละ 38.5 รองลงมาได้แก่ ระดับ "สูง" ร้อยละ 37.1 และ ระดับ "ปานกลาง" ร้อยละ 24.4 ตามลำดับ

ตาราง 16 ร้อยละของผู้ผ่านการบำบัดฯ จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำรายข้อ (n=221)

แรงจูงใจ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะกลุ่มเพื่อนของฉันทเลิกเสพยาบ้าหมดแล้ว	6.8	25.8	17.2	25.8	24.4
2 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะฉันทไม่อยากจะเป็นคนเดียวที่แตกต่างจากเพื่อนในกลุ่ม	2.3	10.9	32.1	29.9	24.9
3 ฉันทเสพยาบ้าเพราะฉันทชอบอาการเคลิบเคลิ้มจากฤทธิ์ของยา	2.7	25.3	19.9	28.5	23.5
4 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้ร่างกายฉันทได้พักฟื้นสภาพ	6.8	27.6	19.5	23.5	22.6
5 ฉันทเสพยาบ้าเพราะฉันทไม่รู้จะทำอะไรในเวลาว่าง	6.3	21.7	19.0	29.4	23.5
6 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะต้องการให้ผู้อื่นประทับใจในตัวฉันท	1.4	6.3	30.8	34.4	27.1
7 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะไม่อยากทำผิดกฎระเบียบของหมู่บ้าน	0.9	9.0	29.4	34.4	26.2
8 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อไม่ให้มีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น	0.9	11.3	28.1	34.4	25.3
9 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้พ่อแม่ของฉันทยอมรับ	5.0	21.7	14.0	31.2	28.1
10 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้เพื่อน ๆ ยอมรับ	10.4	20.8	20.8	25.8	22.2
11 ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้มีแรงทำงานหารายได้	9.5	27.6	15.8	24.0	23.1

จากตาราง 16 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดฯ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ ไม่เห็นด้วย โดยข้อที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ มีระดับความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 6) ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะต้องการให้ผู้อื่นประทับใจในตัวฉันท ซึ่งเท่ากับ ข้อ 7) ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะไม่อยากทำผิดกฎระเบียบของหมู่บ้าน และข้อ 8) ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อไม่ให้มีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น (ร้อยละ 34.4) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 9) ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้พ่อแม่ของฉันทยอมรับ (ร้อยละ 31.2) มีเพียงข้อ 1) ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะกลุ่มเพื่อนของฉันทเลิกเสพยาบ้าหมดแล้ว ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ เห็นด้วย (ร้อยละ 25.8) และ ข้อ 2) ฉันทเลิกเสพยาบ้าเพราะฉันทไม่อยากจะเป็นคนเดียวที่แตกต่างจากเพื่อนในกลุ่ม ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 32.1)

9. การวิเคราะห์ความถดถอย Binary Logistic (ตาราง 18)

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด
ด้วยวิธี Enter (n=221)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	P-Value	Exp(B) (OR)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
อายุ	-.004	.898	.996	.932	1.063
สถานภาพ หมาย/หย่า/แยก (อ้างอิง)		.208			
โสด	-2.474	.077	.084	.005	1.302
คู่	-2.018	.130	.133	.010	1.807
รายได้	.000	.890	1.000	1.000	1.000
อาชีพ					
ว่างงาน (อ้างอิง)		.867			
เกษตรกร	-.937	.443	.392	.036	4.284
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.476	.780	.621	.022	17.593
รับจ้าง	-.815	.462	.443	.050	3.890
บำบัดด้วยวิธีค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(อ้างอิง)		.768			
ผู้ป่วยนอก รพท.	-1.166	.398	.312	.021	4.644
ผู้ป่วยนอก รพช.	-.920	.523	.398	.024	6.722
ค่ายคุมประพฤติ	-.039	.974	.962	.090	10.253
ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ	-.126	.027*	.881	.788	.985
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.032	.577	1.033	.922	1.156
ความสามารถในการเผชิญปัญหา	-.192	.001*	.826	.734	.929
ทัศนคติ	-.037	.328	.964	.896	1.037
วุฒิภาวะทางอารมณ์	.170	.078	1.186	.981	1.434
แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า	-.163	.001*	.849	.773	.933
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.013	.860	1.013	.880	1.165

ตาราง 17 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	P-Value	Exp(B) (OR)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
พักอาศัยอยู่ตามลำพัง(อ้างอิง)		.231			
อยู่กับบิดาและมารดา	-.011	.990	.989	.195	5.015
อยู่กับบิดา	-1.051	.453	.350	.023	5.430
อยู่กับมารดา	-.210	.830	.810	.119	5.535
อยู่กับคู่สมรส/คู่รัก	1.804	.089	6.073	.761	48.470
ครอบครัวไม่ยอมรับ(อ้างอิง)	.033	.974	1.033	.147	7.256
เพศหญิง (อ้างอิง)	.639	.254	1.896	.632	5.682
การศึกษาระดับประถมศึกษา(อ้างอิง)		.015			
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.703	.014*	5.488	1.418	21.242
มัธยมศึกษาตอนปลาย	-.658	.366	.518	.125	2.154
อนุปริญญาขึ้นไป	2.483	.144	11.981	.427	335.817
Constant	14.270	.000	1575261.612		

* P-value < 0.05 $R^2 = 55.8$ Adj $R^2 = 74.5$

จากตาราง 17 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัยได้แก่ ระดับการศึกษา และปัจจัยป้องกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า โดยด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำมากกว่าผู้ที่ศึกษาในระดับประถมศึกษา 5.488 เท่า (P-Value=0.014) ด้านปัจจัยป้องกัน พบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวลดลง 0.881 เท่า (P-Value=0.027) ผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวลดลง 0.826 เท่า (P-Value<0.0001) และผู้ผ่านการบำบัดที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวลดลง 0.849 เท่า (P-Value<0.0001) ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ วิธีการบำบัดรักษา การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะคิด วุฒิภาวะทางอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะการพักอาศัย เพศ และความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าไม่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด สรุปได้ดังตาราง 18

ตาราง 18 สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ	
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ
1. ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ	1. ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ
2. ความสามารถในการเผชิญปัญหา	2. ความสามารถในการเผชิญปัญหา
3. ระดับการศึกษา	3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ	4. การรับรู้ความสามารถตนเอง
	5. แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา
	6. ทักษะคิด
	7. แรงสนับสนุนทางสังคม
	8. อิทธิพลกลุ่มบุคคล
	9. การเห็นคุณค่าในตนเอง
	10. トラバ
	11. การติดตามหลังการบำบัด
	12. สภาพแวดล้อม
	13. การเข้าถึงแหล่งยาบ้า
	14. การเสพยาบ้าของบุคคลใกล้ชิด
	15. การบังคับใช้กฎหมาย
	16. ทักษะการปฏิเสธ
	17. ภาวะเครียด
	18. วุฒิภาวะทางอารมณ์
	19. การยอมรับของครอบครัวและชุมชน

จากตาราง 18 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ของผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจำนวนทั้งสิ้น 21 ปัจจัย โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดที่เหมือนกันระหว่างผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ และความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดที่ต่างกัน มีจำนวน 19 ปัจจัย ได้แก่

ระดับการศึกษา แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ความสามารถ
 แห้งตน แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ผ่านการบำบัด ทศนคติ แรงสนับสนุนทาง
 สังคม อิทธิพลกลุ่มบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง ตราบาป การติดตามหลังการบำบัด
 สภาพแวดล้อม การเข้าถึงแหล่งยาบ้า การเสพยาบ้าของบุคคลใกล้ชิด การบังคับใช้กฎหมาย
 ทักษะการปฏิเสธ ภาวะเครียด วุฒิภาวะทางอารมณ์ และการยอมรับของครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 2 การสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 มาสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้นำปัจจัยทั้ง 21 ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 ทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันมาจัดหมวดหมู่ จำแนกตามระดับความสัมพันธ์ดังแสดงในตาราง 19 และ 20

ตาราง 19 ผลการจัดหมวดหมู่ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามระดับความสัมพันธ์

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความสัมพันธ์			
	ผู้ผ่านการบำบัด	ครอบครัว	ชุมชน	สังคม(จังหวัด)
1. ความสัมพันธ์	มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับตัวผู้ผ่านการบำบัด		
2. ทักษะการปฏิเสธ	ขาดทักษะการปฏิเสธ			
3. ภาวะเครียด	มีภาวะเครียดสูง	ครอบครัวสร้างภาวะเครียดให้ผู้ผ่านการบำบัด		
4. แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา	ไม่มีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา	ไม่จูงใจผู้เสพ/ผู้ติดยาบ้าให้เข้ารับการบำบัดรักษา	ขาดการประชาสัมพันธ์/จูงใจ	ขาดการสร้างแรงจูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษา

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความสัมพันธ์			
	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด
5. ความตั้งใจ	มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าต่ำ			
6. ความสามารถในการเผชิญปัญหา	มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำ			
7. แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ	ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า	ครอบครัวขาดการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยา	ชุมชนขาดการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยา	
8. การรับรู้ความสามารถแห่งตน	มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ	ครอบครัวไม่เชื่อมั่นว่าสามารถช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดในการเลิกยาได้	คนในชุมชนเชื่อว่าไม่สามารถช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดได้	
9. ทักษะชีวิต	มีทักษะชีวิตที่ไม่ดีต่อการเลิกเสพยาบ้า	ครอบครัวมีทักษะชีวิตที่ไม่ดีต่อตัวผู้ผ่านการบำบัด	คนในชุมชนมีทักษะชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้ผ่านการบำบัด	เจ้าหน้าที่ของรัฐมีทักษะชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้ผ่านการบำบัด
10. การเห็นคุณค่าตนเอง	ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง			
11. วุฒิภาวะทางอารมณ์	มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ			
12. トラバ	トラバตัวเอง	คนในครอบครัวトラバ	ชุมชนトラバ	เจ้าหน้าที่ของรัฐ
13. ระดับการศึกษา	ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	บาปผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	บาปผู้ผ่านการบำบัด

ตาราง 19 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความสัมพันธ์			
	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด
14. สภาพแวดล้อม	อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเสพติด	สภาพแวดล้อมในครอบครัวไม่เอื้อต่อการเลิกเสพติด	สภาพแวดล้อมในชุมชนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ	
15. แรงสนับสนุนทางสังคม	ขาดกำลังใจในการเลิกเสพติด	ครอบครัวไม่มีเวลาเอาใจใส่และช่วยเหลือในการเลิกเสพติด	คนในชุมชนไม่สนับสนุน/ยอมรับผู้ผ่านการบำบัดในการประกอบอาชีพ	
16. การเสพติดของบุคคลใกล้ชิด	มีบุคคลใกล้ชิดเสพติด	สมาชิกในครอบครัวเสพติด	คนในชุมชนเสพติด	
17. อิทธิพลกลุ่มบุคคล	คล้อยตามกลุ่มบุคคล	สมาชิกในครอบครัวข้องเกี่ยวกับยาเสพติด	ผู้นำชุมชน/คนในชุมชน ข้องเกี่ยวกับยาเสพติด	
18. การยอมรับ	ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด	ครอบครัวไม่ยอมรับ/ให้การช่วยเหลือ	คนในชุมชนไม่ยอมรับ/ให้การช่วยเหลือ	
19. การเข้าถึงยาเสพติด	สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย		ชุมชนมีแหล่งจำหน่ายยาเสพติด	
20. การบังคับใช้กฎหมาย			-ชุมชนไม่มีมาตรการทางสังคม -ชุมชนไม่เข้มงวดในกฎระเบียบ/กฎหมาย	-หน่วยงานรัฐไม่เข้มงวดด้านกฎหมาย
21. การติดตามหลังการบำบัดรักษา	ผู้ผ่านการบำบัดไม่ได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	ครอบครัวขาดความเอาใจใส่ในการติดตามและให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด	-การติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง -การตรวจบัสสาวะไม่ต่อเนื่องและไม่เข้มงวด

ตาราง 20 ผลการจัดหมวดหมู่ปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามระดับความสัมพันธ์

ปัจจัยป้องกัน	ระดับความสัมพันธ์			
	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด
1. ความสัมพันธ์	มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับตัวผู้ผ่านการบำบัด		
2. ทักษะ	มีทักษะการปฏิเสธการปฏิเสธ			
3. ภาวะเครียด	มีภาวะเครียดต่ำ	ครอบครัวไม่สร้างภาวะเครียด		
4. แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษา	มีแรงจูงใจในการเข้ารับการรักษา	รูงใจผู้เสพ/ผู้ติดยาบ้าให้เข้ารับการรักษา	ชุมชนสร้างแรงจูงใจให้เข้ารับการรักษา	หน่วยบริการประชาสัมพันธ์/ จูงใจให้เข้าบำบัด
5. ความตั้งใจ	มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าสูง	ครอบครัวตั้งใจส่งเสริมการเลิกเสพยาบ้าสูง		
6. ความสามารถในการเผชิญปัญหา	มีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูง	ครอบครัวช่วยเหลือในการเผชิญปัญหา		
7. แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า	มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าสูง	สร้างแรงจูงใจให้ผู้ผ่านการบำบัด	คนในชุมชนสร้างแรงจูงใจ	สร้างแรงจูงใจในการบำบัด/เลิกยา
8. การรับรู้ความสามารถแห่งตน	มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง	ครอบครัวเชื่อมั่นว่าสามารถช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดในการเลิกเสพยาได้	คนในชุมชนเชื่อว่าสามารถช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดได้	
9. ทศนคติ	มีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกเสพยาบ้า	ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อตัวผู้ผ่านการบำบัด	คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ผ่านการบำบัด	เจ้าหน้าที่ของรัฐมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ผ่านการบำบัด
10. การเห็นคุณค่าตนเอง	มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง			

ตาราง 20 (ต่อ)

ปัจจัยป้องกัน	ระดับความสัมพันธ์			
	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด	ผู้ผ่านการบำบัด
11. วุฒิภาวะทางอารมณ์	มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง			
12. トラバ	ไม่トラバตัวเอง	คนในครอบครัวไม่トラバผู้ผ่านการบำบัด	ชุมชนไม่トラบาผู้ผ่านการบำบัด	เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่トラบาผู้ผ่านการบำบัด
13. ระดับการศึกษา				
14. สภาพแวดล้อม	ไม่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเสพติด	สภาพแวดล้อมในครอบครัวเอื้อต่อการเลิกเสพติด	สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพติด	
15. แรงสนับสนุนทางสังคม	ได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนในการเลิกเสพติด	ครอบครัวมีเวลาเอาใจใส่และช่วยเหลือในการเลิกเสพติด	คนในชุมชนสนับสนุน/ยอมรับผู้ผ่านการบำบัดในการประกอบอาชีพ	หน่วยบริการ/เจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนในการเลิกเสพติด
16. การเสพติดของบุคคลใกล้ชิด	ไม่มีบุคคลใกล้ชิดเสพติด	ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเสพติด	คนในชุมชนไม่เสพติด	
17. อิทธิพลกลุ่มบุคคล			ผู้นำชุมชนต้องเกี่ยวกับยาบ้า	
18. การยอมรับ	ได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด	ครอบครัวยอมรับ/ให้การช่วยเหลือ	คนในชุมชนยอมรับ/ให้การช่วยเหลือ	
19. การเข้าถึงแหล่งยาบ้า			ชุมชนไม่มีแหล่งจำหน่ายยาบ้า	
20. การบังคับใช้กฎหมาย			- ชุมชนมีมาตรการทางสังคมและเข้มงวดในกฎระเบียบ/กฎหมาย	- หน่วยงานรัฐเข้มงวดด้านกฎหมาย
21. การติดตามหลังบำบัดรักษา	ได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	เอาใจใส่/ช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่อง	มีส่วนร่วมในการติดตาม/ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	มีการติดตาม/ตรวจปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างมาตรการป้องกันการเสพติดในในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ด้วยเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)

ในระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดในระยะเวลาที่ 1 ทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน(ตารางที่ 18-20) มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างมาตรการป้องกันการเสพติดในในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด โดยใช้เทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เนื่องจากปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญา ซึ่งเทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เป็นกระบวนการประชุมที่มีขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์การแก้ไขปัญาการเสพติด เป็นการประชุมที่ระดมพลังสมองเพื่อแก้ไขปัญาและหาแนวทางในการพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ (ชอบ เข้มกลัด และคณะ, 2547) เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่การพัฒนาและสร้างมาตรการป้องกันการเสพติดในในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) สามารถสรุปได้ว่า มาตรการป้องกันการเสพติดในในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย มีมาตรการดำเนินการทั้งสิ้น 7 มาตรการ จำแนกเป็น 4 ระดับความสัมพันธ์ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือตัวผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วย 3 มาตรการ 2) ระดับครอบครัว จำนวน 1 มาตรการ 3) ระดับชุมชน จำนวน 1 มาตรการ และ 4) ระดับสังคม ประกอบด้วย 2 มาตรการ ผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดมาตรการตามระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

ความสัมพันธ์ระดับที่ 1 ระดับบุคคล (ผู้ผ่านการบำบัด)

ผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) พบว่า มาตรการป้องกันการเสพติดในระดับผู้ผ่านการบำบัดนี้มีมาตรการดำเนินการ 3 มาตรการ ได้แก่

1. พัฒนานุคลิกภาพ (Developing Personality) ผู้ผ่านการบำบัดแบบองค์รวม ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skill) เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดมีทัศนคติที่ดีไม่มีความเชื่อว่าการเสพติดช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง สามารถเอาชนะใจตนเองได้ มีทักษะการปฏิเสธที่จะเข้าไปสู่สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเสพติดและสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ โดยที่ทีมงานติดตามระดับชุมชน

2. สร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต ให้ผู้ผ่านการบำบัดมีความตั้งใจอย่างมุ่งมั่นที่จะเลิกเสพยาบ้าอย่างจริงจัง โดยอาศัยกลุ่มบุคคลที่สามารถเป็นต้นแบบที่ดีได้ ได้แก่กลุ่มเพื่อนผู้ผ่านการบำบัดที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้อย่างเด็ดขาดมาเป็นแรงบันดาลใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ และจูงใจให้ผู้ผ่านการบำบัดที่มีผลการติดตามเป็นผู้เสพยาบ้าซ้ำเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพให้หายขาด

3. สร้างเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) ของผู้ผ่านการบำบัด โดยการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา การวางแผนการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ เสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Building Self-Efficacy) และเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง (Building Self-Esteem) เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดมีทักษะในการจัดการตัวเองให้พ้นจากภาวะเครียด ไม่เกิดความสับสนวุ่นวายในจิตใจ ไม่คิดว่าตัวเองมีตราบาปติดตัว และมีจิตใจที่เข้มแข็งและเชื่อมั่นว่าตัวเองสามารถทำในสิ่งที่คาดหวังได้สำเร็จ

ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...เท่าที่ผมสัมผัสคลุกคลีกับงานยาเสพติดมานานี้ เด็กที่ติดยาบ้าที่เขาผ่านพ้นการบำบัดมานี้ บางทีพอครบกำหนดเกณฑ์การบำบัดปุ๊บ กลับไปบ้าน พรรคพวกจัดยา (ยาบ้า) ไร่หรือรับเลยก็มี จัดปาร์ตี้หรือเลยก็มี อันนี้สำคัญครับ ถ้าเด็กที่กลับออกมาแล้ว ไม่เข้มแข็ง ไม่เป็นตัวของตัวเอง มักจะทนเพื่อน ๆ เข้าชี้ไม่ไหว ก็กลับไปเสพอีก

(สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ชาย อายุ 44 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบ
สร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...เราต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวผู้ผ่านการบำบัด ให้เขาสามารถจัดการตัวเองให้ได้ รับผิดชอบตัวเองให้ได้ ให้เขามีความเชื่อมั่นในตัวเอง เห็นคุณค่าของตัวเองให้ได้ เขาจึงจะอยู่กับสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ได้

(ผู้ให้บริการบำบัดรักษา หญิง อายุ 51 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบ
สร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...คือ น้อง ๆ ที่เคยเสพยาบ้าเนี่ย บางทีเราดูปุ๊บ เราจะรู้เลยว่าคนนี้ติดยาอยู่ไม่ว่าจะกิริยาท่าทาง นิสัย หรือแม้แต่การแต่งตัว เพราะฉะนั้น เวลาเขาเลิกยาได้แล้วเนี่ยถ้าจะไปหางานอะไรทำซักอย่างเนี่ย ถ้าเขายังมีลักษณะเหมือนเดิม แต่งตัวเหมือนเดิม บุคลิก

ท่าทางเหมือนเดิม บางทีคนที่จ้างให้ทำงานเขาก็ไม่ไว้ใจ เพราะดูแล้วไม่น่าเชื่อถือเลย ซึ่งมันก็จะทำให้เด็กที่ตั้งใจทำงานทำเนี่ย ไม่ค่อยได้งาน แล้วก็ห่อ ก็จะมาติดยาเหมือนเดิม ผมจึงคิดว่าถ้าจะให้ดีเนี่ย เราควรต้องมานึกถึงตรงจุดนี้ด้วย ต้องพัฒนาบุคลิกท่าทาง การแต่งเนื้อแต่งตัว พฤติกรรมของเขาด้วย

(ผู้นำชุมชน ชาย อายุ 50 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...การพัฒนาผู้ผ่านการบำบัดเนี่ย ดิฉันคิดว่าเราควรพัฒนาแบบองค์รวมนะ คือเราต้องพัฒนาเขาไปพร้อม ๆ กัน ทั้งการพัฒนาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และก็การพัฒนาปัญญาหรือที่เขาเรียกการพัฒนาด้านจิตวิญญาณนะค่ะ เพราะว่าถ้าเราพัฒนาเขาไม่รอบด้านเนี่ย ดิฉันว่าตัวเขาเอง กลับไปอยู่ชุมชนหรือกับคนผู้สังคมแล้วคงจะอยู่ลำบาก เพราะถ้าเราพัฒนาแค่บุคลิกภาพทางร่างกาย แต่จิตใจเขาไม่เข้มแข็ง เข้าสังคมได้ไม่ดี ไม่มีทักษะการเข้าสังคม อันนี้ก็อาจทำให้เขาอ่อนแอ และก็วนกลับไปพึ่งยาบ้าอีก

(ผู้ให้บริการบำบัดรักษา หญิง อายุ 57 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...เด็กบางคน (ผู้ผ่านการบำบัด) ไม่มีเป้าหมายชีวิต ก็คบเพื่อนไปวัน ๆ ถ้าเราสร้างความหวัง สร้างแรงบันดาลใจให้กับเด็กเหล่านี้ พวกเขาจะไม่แว้งคว้าง ไม่ว่าเหวและก็จะมึนงงมึนงงของชีวิต จิตใจที่อ่อนแอ ไม่มีเป้าหมาย เขาก็จะกลับมาเข้มแข็งขึ้น ผมคิดว่า ถ้าเป็นไปได้เนี่ย เราควรสร้างแรงบันดาลใจให้กับ คิดว่าคงต้องสร้างตั้งแต่ในช่วงของการบำบัดด้วยเลยนะครับ แล้วเขาจะได้มีแรงบันดาลใจให้ก้าวข้ามหรือหลุดพ้นจากยาบ้า และก็มีแรงฮึด แรงสู้ มีเป้าหมายชีวิต มีกำลังใจที่จะไม่เสถียรซ้ำ

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชาย อายุ 40 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...ตัวคนที่บำบัดแล้วเองก็ต้องดูแลตัวเองเป็นนะครับ ต้องจัดการตัวเองเป็น ต้องไม่คบกับเพื่อน ๆ กลุ่มเดิม หรือถ้าจะคบก็ต้องคบแค่ผิวเผิน อย่างพวกเด็ก ๆ ในกลุ่มที่เราติดตามนี้ ที่เขาเลิกกันได้เนี่ย ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีความพยายามที่จะจัดการกับตัวเอง

เขาต้องเชื่อมั่นว่าพวกเขาทำได้ ถ้าเขาเชื่อมั่นซะอย่างนี้ กลุ่มนี้จะทำได้ แต่ก็อีกแหละครับ ถ้าเขาเชื่อมั่นว่าเราทำได้ แต่ยังจัดการตัวเองไม่เป็น ยังไปคบกับเพื่อนกลุ่มเดิม ๆ ยังไปกินเหล้าด้วยกัน อย่างนี้มันก็มีโอกาสครับ เพราะยา (ยาบ้า) เนี่ย ถ้าผู้ผ่านการบำบัดยังกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ยังเห็นคนอื่นเสพกัน (เสพยาบ้า) ช่วงที่เลิกได้ใหม่ ๆ ส่วนใหญ่บอกว่า ยังไง ๆ สะเห็นปุ๊บ มันก็อยากอยู่ดีครับ ดังนั้นถ้าเราส่งเสริมให้เขามีทักษะจัดการตัวเองไม่ได้ ไม่ออกจากสิ่งเหล่านี้ ผมว่ายากครับ

(ผู้ให้บริการบำบัดรักษาและติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ชาย อายุ 32 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...การพัฒนาผู้ผ่านการบำบัดเนี่ย ผมว่าจะให้เขาสามารถจัดการตัวเองได้ เราต้องพัฒนาทักษะชีวิตเขาด้วย ให้เขามีทักษะชีวิต มีการเผชิญปัญหา การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อม การปฏิเสธเพื่อน การปฏิเสธยาบ้าอย่างไร เพราะส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดเมื่อครบกำหนดการบำบัดแล้ว ส่วนใหญ่ก็จะกลับไปอยู่บ้าน อยู่ชุมชนเดิม ก็จะเจอสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ถ้าไม่ไปทำงานที่ต่างจังหวัดนะ เพราะฉะนั้น ถ้าเขาไม่มีทักษะชีวิต ทักษะการเผชิญปัญหาเนี่ย โอกาสการกลับไปเสพยาบ้าก็สูง เพราะฉะนั้น ก็น่าจะมีมาตรการการพัฒนาทักษะชีวิต ทักษะการเผชิญปัญหาด้วยนะครับ

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชาย อายุ 43 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...ในหมู่บ้านผมมีน้องที่เขาบำบัดหายแล้ว และก็เลิกได้เด็ดขาดแล้ว เขาเคยคุยกับผม ว่าถ้าเขามีโอกาสได้ช่วยคนอื่นให้เลิกเสพยาบ้าได้อย่างเด็ดขาดได้ เขาจะยินดีมาก เขาบอกเขารู้ว่าในช่วงที่เขาติดยาอยู่นั้น ชีวิตเขาแยขนาดไหน และพอเขาเลิกมันได้อย่างเด็ดขาดแล้ว เขาบอกมันก็เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ เพราะฉะนั้น เขาไม่อยากให้คนอื่นเป็นเหมือนที่เขาเคยเป็น นี่เขาก็ช่วยเพื่อนเขาไปได้หลายคนแล้วนะ ในหมู่บ้านผมตอนเขาไปช่วยผมก็ไม่รู้หรอกว่าเขาทำไง เห็นแต่เขาบอกว่าเขาไปคอยช่วยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษากับคนที่อยากเลิก แล้วก็ดูเหมือนจะเลิกได้จริงนะ เพื่อน ๆ เขาที่เขาบอกว่าช่วยให้เลิกยาบ้าได้ เพราะเท่าที่ผมสังเกต เด็กกลุ่มนี้ เมื่อก่อนเคยมั่วสุ่ม แต่ตอนนี้ดูแล้วดีขึ้น

กว่าเดิมเยอะ ไม่มีไปมั่วสุมกันเหมือนเมื่อก่อน ผมว่าเอาคนพวกนี้มาช่วยติดตามช่วยเหลือผมว่ามันน่าจะดีนะ เพราะส่วนใหญ่คนพวกนี้จะเข้าใจกันดี

(ผู้นำชุมชน ชาย อายุ 48 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556

จากผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงมาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ในระดับความสัมพันธ์ที่ 1 ระดับบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ได้ดังภาพ 11



ภาพ 11 มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับความสัมพันธ์ที่ 1 (ผู้ผ่านการบำบัด)

โดยมาตรการทั้ง 3 มาตรการของระดับความสัมพันธ์ที่ 1 คือระดับบุคคลซึ่งหมายถึงตัวผู้ผ่านการบำบัดนี้ มีเงื่อนไขความสำเร็จได้แก่ การให้ผู้ผ่านการบำบัดที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้โดยเด็ดขาด ที่มีจิตอาสา เรียกว่า "จิตอาสาสร้างชีวิต" มาคอยช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดและดำเนินการตามมาตรการทั้ง 3 มาตรการ โดยมีทีมติดตามช่วยเหลือในระดับชุมชน อำเภอและจังหวัดคอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านวิชาการ

ความสัมพันธ์ระดับที่ 2 ครอบครัว

ผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) พบว่า มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในระดับครอบครัวนี้ มีมาตรการดำเนินการ 1 มาตรการ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) ประกอบด้วย 1) เปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด (Open mind) 2) ให้โอกาสแก่ผู้ผ่านการบำบัด (Give Opportunity) และ 3) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ใหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ไม่ตีตราบาปแก่ผู้ผ่านการบำบัด สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวสร้างสภาพแวดล้อมภายในครอบครัวให้เอื้อต่อการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ โดยกำหนดให้มี “พ่อแม่อุปถัมภ์” ซึ่งได้แก่พ่อแม่ของผู้ผ่านการบำบัดที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้อย่างเด็ดขาด ที่มีจิตอาสาเข้ามาเป็นพ่อแม่อุปถัมภ์ที่คอยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัดในการทำหน้าที่ติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดให้มีความเข้มแข็ง ต่อสู้กับอุปสรรคและจัดการกับปัจจัยที่จะส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำให้หมดไป

ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ในส่วนของผมนี้ ผมเห็นว่าคนที่เลิกยาบ้าทุกคนก็คงจะเหมือน ๆ กันนะครับ คือเขาต้องการให้ครอบครัวเขาเข้าใจ และก็อยากให้เปิดใจยอมรับว่าเขาติดยาบ้า เพราะมันติดไปแล้วนี่ครับ ใคร ๆ ก็ไม่อยากให้เป็น ช่วงแรก ๆ มันอาจจะด้วยอะไรก็แล้วแต่ แต่เมื่อพวกเขาต้องการเลิกมันอย่างเด็ดขาดแล้วเนี่ย ก็อยากให้เข้าใจเขา อยากให้ยอมรับมัน และก็ขอโอกาสให้พวกเขา ใส่ใจเขา เข้าใจเขา อย่างที่ผมเคยสัมผัส เคยเข้าไปช่วยเด็ก ๆ แถว ๆ บ้านที่เขาอยากเลิกกัน ผมก็ได้มีโอกาสได้ซักถามพวกเขา ส่วนใหญ่จะบอกว่าช่วงที่เขาตั้งใจเลิกนี้ มันเป็นเรื่องที่ยุ่งยากมากครับ เขาบอกใครไม่เคยก็คงไม่รู้ แต่เมื่อลองได้ตั้งใจแล้วเขาก็อยากได้คนที่เข้าใจเขาและก็ให้โอกาสเขา หลายคนครับที่ตั้งใจเลิกแต่ก็ไม่สำเร็จ เพราะครอบครัวไม่เข้าใจ เพราะนั่น ส่วนตัวแล้ว ผมว่าครอบครัวต้องให้โอกาส ให้กำลังใจ และก็เข้าใจเขาให้มาก ๆ ครับ

(ตัวแทนผู้นำชุมชน ชาย อายุ 29 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์

A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

...สถาบันครอบครัวเนีย มีความสำคัญมาก ๆ ที่จะช่วยให้ตัวผู้ผ่านการบำบัดเอง เลิกยาเสพติด สมาชิกในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการ ผมคิดว่า คงจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ก็สอดส่องดูแลพฤติกรรมของบุตรหลาน และเมื่อพบเนีย ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวเองต้องให้ความร่วมมือที่จะส่งตัวเข้ารับการรักษา อย่าไปปกปิดไว้ เพราะถ้าปกปิดเนีย นั่นคือการปกปิดปัญหาของตัวเอง ต้องโน้มน้าวให้เด็กเข้ารับการรักษาอย่างถูกวิธี และในช่วงที่เขาเลิกยานั้น ก็คงต้องมีส่วนร่วมมาก ๆ ในการที่จะสนับสนุนให้เขาเลิกยาให้ได้ ต้องเข้าใจเขา ให้โอกาสเขา และก็คงต้องเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เปลี่ยนบรรยากาศเดิม ๆ ในครอบครัว ให้มีความรักความเข้าใจซึ่งกัน และกัน ให้มีความอบอุ่น ไม่ทำให้ตัวผู้ผ่านการบำบัดรู้สึกตัวเดียวต่ออยู่คนเดียว ให้เขารู้สึกว่ามีคนที่ยังรักเขา มีคนที่คอยต่อสู้อยู่ข้าง ๆ เขา

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากศาลากลางจังหวัดสุโขทัย ชาย อายุ 53 ปี, การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control), 9 ตุลาคม 2556)

จากผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับความสัมพันธ์ที่ 2 ระดับครอบครัว ได้ดังภาพ 12



ภาพ 12 มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด
จังหวัดสุโขทัยในระดับความสัมพันธ์ที่ 2 (ครอบครัว)

ความสัมพันธ์ระดับที่ 3 ชุมชน

ผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) พบว่า มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในระดับชุมชนนี้ มีมาตรการดำเนินการ 1 มาตรการ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ประกอบด้วย 1) ยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม 2) ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม (Social Capital) และ 3) ติดตามเฝ้าระวังการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน โดยกำหนดให้มี "ทีมนางฟ้า" ซึ่งเป็นทีมติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดในระดับชุมชน ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดระดับอำเภอ ได้แก่ ตัวแทนจากสถานีตำรวจภูธรประจำอำเภอ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดประจำโรงพยาบาลอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ

ตัวแทนชุมชนได้แก่ ผู้นำชุมชนทั้งผู้นำอย่างเป็นทางการและผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ ตัวแทนสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีจิตอาสา ทำหน้าที่ติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยยึดหลักให้ชุมชนเปิดใจยอมรับและโอกาสแก่ผู้ผ่านการบำบัด ไม่ตีตราบาป ผู้ผ่านการบำบัด และช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดได้มีพื้นที่ยืนในสังคมในชุมชนและในหมู่บ้าน โดยการสร้างอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ผ่านการบำบัดตามวิถีชีวิตและตามบริบทของหมู่บ้าน

ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ในชุมชนเราเอง คงต้องร่วมมือกันอย่างจริง ๆ จัง ๆ นะผมว่า หน่วยงานท้องถิ่นเนี่ย เป็นหน่วยงานที่ค่อนข้างมีความคล่องตัวในเรื่องของงบประมาณคงต้องช่วยอย่างจริง ๆ จัง ๆ อย่างหน่วยงานเทศบาลตำบลของผมเนี่ย ผมพยายามจัดหางบประมาณมาสนับสนุนตลอด เพราะส่วนตัวแล้ว ผมมองว่าปัญหายาบ้าเนี่ย เป็นปัญหาใหญ่เลยส่งผลกระทบไปหมดนะครับ เยาวชนของเราก็ขาดคุณภาพ การพัฒนามันก็จะช้าตามไปด้วย และถ้าหน่วยงานในชุมชนเราไม่ร่วมมือกันนะ ผมว่ามันก็คงจะยาก ถ้าตำบลไหนยังมีคนขายยาบ้าอยู่ทั่วทุกหัวระแหง แล้วจะให้เด็กมันเลิกเสพ มันคงยาก เพราะเรารู้ ๆ กันอยู่ ถ้ายังมียา ไอ้คนเสพมันก็คงอดยาก ก็เหมือนเด็กนะ เห็นไอ้ติดยังโง่งงก็ต้องร้องกิน แต่มีมันยาบ้านะ มันหนักกว่าอะไรอีก เพราะฉะนั้นไอ้การที่จะป้องกันไม่ให้เด็กกลับไปเสพยาบ้าซ้ำนั้น ผมว่าจะต้องให้ร่วมมือกันทั้งหมู่บ้าน ทั้งตำบลแหละครับ หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตำบล ตัวสมาชิกเอง

(สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ผู้ใหญ่บ้าน กำนันเอ่ย ต้องมีส่วนร่วมหมด ปัญหาจึงจะหมด
(นายกเทศบาลตำบล ชาย อายุ 57 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...ในการติดตามตัวเด็กที่ผ่านการบำบัดมาแล้วนั้น ในหมู่บ้านเนี่ย ควรจะให้มีอาสาสมัครหรือบุคคลที่อยู่ในหมู่บ้านนั้น อย่างผู้ใหญ่บ้าน หรือกำนัน หรือ อสม. น่าจะมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังติดตามการเสพยาบ้าซ้ำด้วยนะคะ เพราะลำพังให้เจ้าหน้าที่ติดตามนั้น ดิฉันว่าไม่น่าทั่วถึงนะ คือ คงตามได้ แต่ว่าน่าจะตามได้ไม่ทุกคนนะ และก็ตามไม่ได้ตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมงด้วย เพราะเจ้าหน้าที่เขาก็ต้องมีงานของเขาใช่ปะ นี่ ในส่วนของการช่วยเหลือหรือการป้องกันไม่ให้เกิดการเสพยาบ้าซ้ำนั้น ถ้าจะให้ได้ดีมากกว่านี้

เนี่ย น่าจะให้คนในหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการติดตามด้วย จะได้ตามได้ตลอด เพราะอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันอยู่แล้ว

(ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง อายุ 45 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...ตัวผู้นำเองก็สำคัญนะ เวลาที่เด็กที่เขาผ่านการบำบัดมาแล้ว มาอยู่ในหมู่บ้านของเราเนี่ย ผมว่าตัวผู้นำเองต้องทำเป็นตัวอย่าง ต้องยอมรับในตัวเด็ก ต้องให้โอกาสในตัวเด็ก ต้องทำให้ลูกบ้านเห็น ไม่ใช่ไปตั้งแง่รังเกียจเด็ก มีงานมีการในหมู่บ้าน เราก็ควรเปิดโอกาสให้เด็กมันได้แสดงความสามารถ มีงานอะไรก็เรียกใช้เขา ช่วยงานบุญงานกุศล งานหมู่บ้าน ก็ให้เขามาช่วยงานช่วยการ เขาจะได้มีกำลังใจ เราเองเราก็ได้เห็นกลุ่มเด็ก ๆ เหล่านี้จะได้อยู่ในสายตาเรา

(ผู้นำชุมชน ชาย อายุ 53 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...คงต้องหาพื้นที่ยื่นให้กับเขา ใช้ทุนทางสังคมที่เราเคยมีอยู่มาสนับสนุนเขา ให้เขาได้มีโอกาสทำงานร่วมกับคนในชุมชน สร้างอาชีพที่เหมาะสมกับเขาที่เขาจะสามารถประกอบอาชีพอยู่ในชุมชนได้ ไม่มีเวลาว่างไปคิดถึงยาบ้าอีก

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หญิง อายุ 37 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

จากผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงมาตรการในระดับความสัมพันธ์ที่ 3 (ระดับชุมชน) ของกลยุทธ์การป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ได้ดังภาพ



ภาพ 13 มาตรการป้องกันการเสพติดในชุมชนระดับ 3 (ชุมชน)

ความสัมพันธ์ระดับที่ 4 สังคม (จังหวัด)

ผลการประชุมกลุ่ม พบว่า มาตรการป้องกันการเสพติดในชุมชนระดับสังคม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ระดับจังหวัด มีมาตรการดำเนินการ 2 มาตรการ ได้แก่

1. บังคับใช้กฎระเบียบและมาตรการทางสังคม (Enforcement)
2. สร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Networking) ด้านการทำงาน (แม่ข่าย) ประกอบด้วย 1) ทำงานเป็นทีม (Team Working) 2) ทำงานแบบบูรณาการ (Integrated) และ 3) ทำงานร่วมกันแบบ สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary)

โดยจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังติดตามและให้การช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด ดังนี้
คณะกรรมการเฝ้าระวังติดตามและให้การช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด ระดับจังหวัด ประกอบด้วย

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. ผู้ว่าราชการจังหวัด | ประธานกรรมการ |
| 2. หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด | กรรมการ |

- | | |
|--|---------------------|
| 3. นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 4. ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคสุโขทัย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 5. ผู้อำนวยการวิทยาลัยนาฏศิลป์สุโขทัยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 6. ผู้อำนวยการสถาบันพลศึกษาสุโขทัยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 7. อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 8. อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 9. อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกชุมชนหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 10. นายอำเภอทุกอำเภอหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 11. ผู้แทนสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดสุโขทัยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 12. ผู้แทนที่ทำการปกครองจังหวัดสุโขทัย | กรรมการ |
| 13. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน | กรรมการและเลขานุการ |

โดยมีหน้าที่ให้การติดตามการบังคับใช้กฎระเบียบและมาตรการทางสังคมของเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคมและติดตามให้การช่วยเหลือสนับสนุนการป้องกันการเสพติดในชุมชนกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด
 ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

...ในชุมชนเองเนี่ย คงต้องมีการติดตามโดยชุมชน และคงต้องมีมาตรการทางสังคมที่ชุมชนตั้งขึ้นไว้ ซึ่งมาตรการทางสังคมเนี่ยมันจะดีอยู่อย่างคือ ถ้าเราได้ตกลงร่วมกันโดยคนในชุมชนของเราเองแล้วเนี่ย ทุกคนจะเห็นพ้องต้องกัน และก็ง่ายต่อการปฏิบัติของคนในหมู่บ้านของเรา โอกาสที่ทุกคนจะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจเนี่ย ก็จะง่ายกว่ากฎหมายทั่ว ๆ ไป เพราะมันเกิดขึ้นจากแนวคิดหรือข้อตกลงร่วมของคนในชุมชนเอง ฉะนั้นมันก็จะง่ายต่อการป้องกันการเสพติดในชุมชน

(ตัวแทนเจ้าหน้าที่ตำรวจ ชาย อายุ 51 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...คือ เราออกมาตราการออกกฎในหมู่บ้านของเราแล้ว เราก็ต้องเข้มงวดและให้ปฏิบัติตามกฎที่ออกมาอย่างเคร่งครัดครับ เพราะไม่นั้นจะยิ่งทำให้เด็ก ๆ คึกคะนองว่าอื้อย ไม่เห็นมีใครทำอะไรได้ ซึ่งอันนี้สำคัญ ถ้ากฎของเราไม่ศักดิ์สิทธิ์เนี่ย จะทำอะไรก็ลำบาก แล้วถ้าไม่เข้มงวดตั้งแต่แรก มาเข้มงวดทีหลังก็จะยาก ก็จะเกิดเถียงกันอีกว่าคนนั้นไม่เห็นทำอย่างนี้ เมื่อก่อนก็มีกฎก็ไม่ได้เห็นจะว่ายังไงกัน เพราะฉะนั้นทางที่ดี

เราตั้งกฎ ตั้งข้อบังคับไว้ ก็ให้เข้มงวดกับกฎที่ออกและก็ให้ปฏิบัติตามแบบเคร่งครัดนะ
ผมว่า

(ตัวแทนผู้นำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน) ชาย อายุ 49 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...ผมอยากทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการจับกุมเนี่ย ช่วยเข้มงวดหน่อยครับ
เพราะบางทีมันก็เกินกำลังของผู้ใหญ่บ้านท่าน เราเองก็มือเปล่า จะไปสู้รบตบมือกับพ่อ
คงพ่อค้า(พ่อค้ายาบ้า) มันก็อันตรายเกินไป ถ้าทางเจ้าหน้าที่ไม่ช่วยสอดส่องเข้มงวด มัน
ก็ยากครับ เพราะลำพังผู้ใหญ่บ้านท่านนี่ ปีนผาหน้าไม้ก็ไม่มี ลำพังคนในหมู่บ้านนี่ก็พอ
ดูแลกันได้ แต่อย่างบางที่พ่อค้าข้างนอก หรือพ่อค้ารายใหญ่ ๆ เราก็ทำอะไรไม่ได้ เราก็
ต้องนึกถึงความปลอดภัยเราด้วย

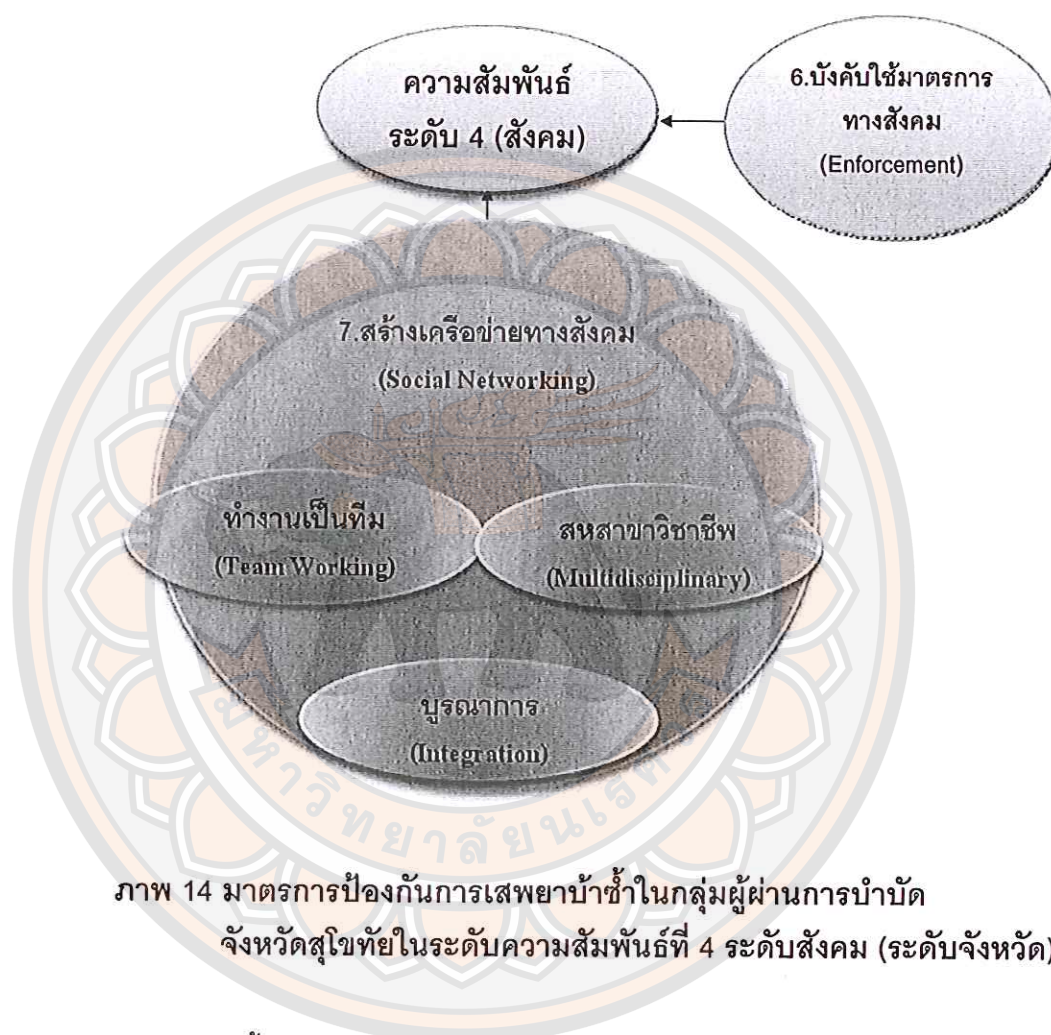
(ตัวแทนผู้นำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน) ชาย อายุ 53 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...คือ ถ้าจะทบทวนระบบการทำงานเนี่ย ตอนนี้เหมือนเรายังทำงานแยกส่วนกัน
อยู่นะ คนที่มีหน้าที่บำบัดก็บำบัดไป คนที่ติดตามก็ติดตามไป คนที่ปราบปรามก็
ปราบปรามไป บางทีคนที่มีหน้าที่ติดตามรู้ว่ายังมีแหล่งยาบ้าอยู่ แต่ทีมที่ปราบปรามไม่มี
ข้อมูลก็มี ตรงนี้ผมว่าเราน่าจะมีการแชร์ข้อมูลกัน คือเราน่าจะมาทบทวนโครงสร้างการ
ทำงานกันใหม่ ตั้งทีมงานทำงานที่มันประสานกันในทุก ๆ ด้าน ทั้งการจัดการ
สภาพแวดล้อมในหมู่บ้าน การจัดการกับแหล่งมั่วสุม แหล่งค้ายาบ้า การช่วยเหลือคนที่
บำบัดครบกำหนดแล้ว ทำงานให้สอดคล้องกันไป มันจะทำให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น
(ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากศาลากลางจังหวัดสุโขทัย ชาย อายุ 53 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

...ทีมงานเนี่ย ให้มีหลาย ๆ หน่วยงานได้มัยครับ คือผมว่าต้องมีทั้งผู้ที่มีหน้าที่ให้
การบำบัดรักษา ผู้ที่มีหน้าที่ในการติดตามให้การช่วยเหลือคนที่เขาบำบัดครบแล้ว และก็
ทีมที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามจับกุม ตรงเนี่ยะ ให้มาบูรณาการงานร่วมกัน เรา
จะได้แก้ปัญหาได้ครบวงจร และก็ให้มีหน่วยงานกลางไว้คอยประสานงานอีกทีนึง
อันเนี่ยะ ผมว่ามันจะเกิดประโยชน์มากกว่า และก็แก้ปัญหาก็ดีขึ้น

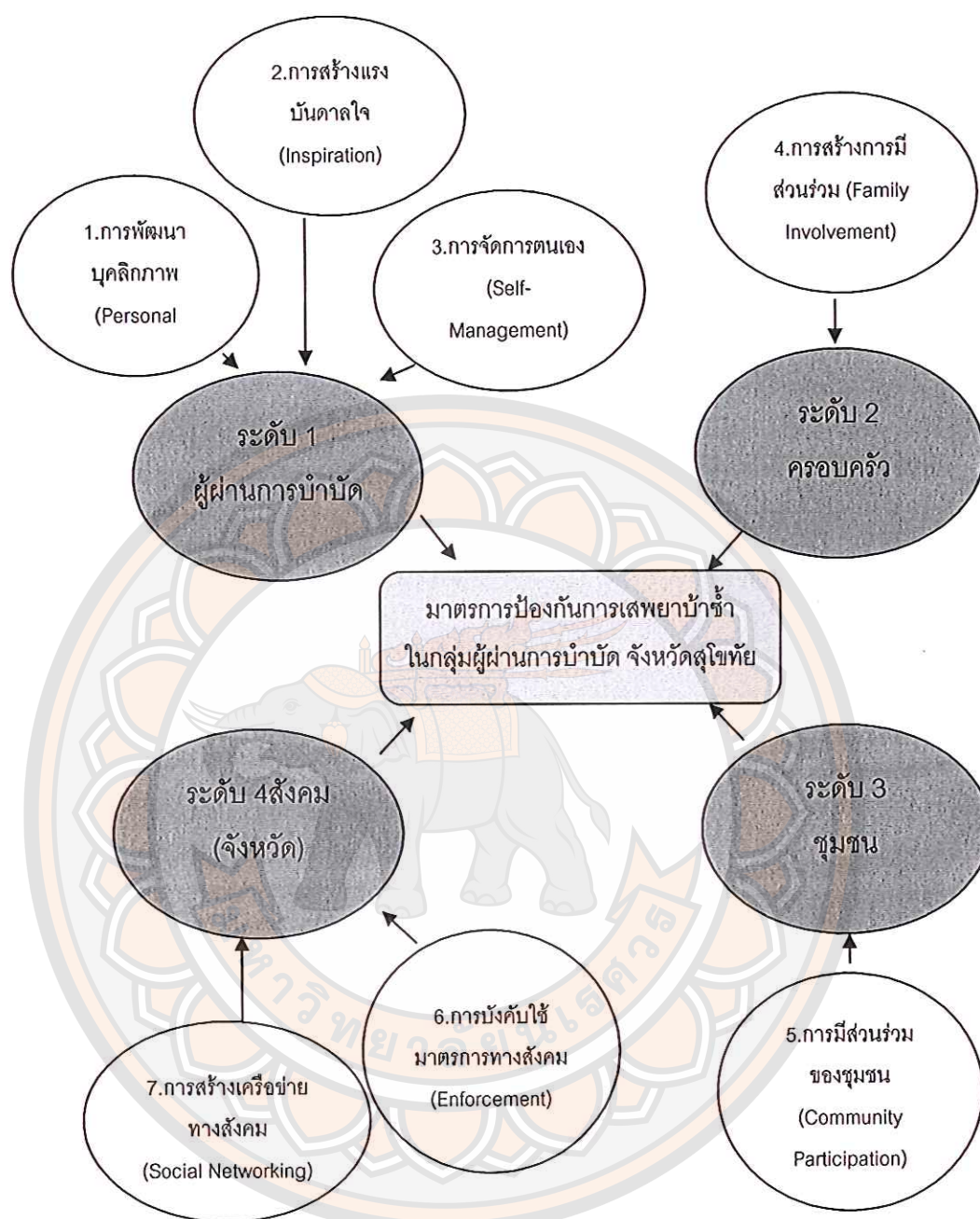
(ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากศาลากลางจังหวัดสุโขทัย ชาย อายุ 53 ปี, อภิปรายกลุ่ม, 9 ตุลาคม 2556)

จากผลการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงมาตรการป้องกันการเสพติดในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับความสัมพันธ์ที่ 4 ระดับสังคม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือระดับจังหวัด ได้ดังภาพ 14



ภาพ 14 มาตรการป้องกันการเสพติดในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยในระดับความสัมพันธ์ที่ 4 ระดับสังคม (ระดับจังหวัด)

จากมาตรการทั้ง 7 มาตรการ กับ 4 ระดับความสัมพันธ์ สามารถนำเสนอแผนภาพความสัมพันธ์ ได้ดังนี้ (ภาพ 14)



ภาพ 15 มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด
จังหวัดสุโขทัย 4 ระดับความสัมพันธ์

ระยะที่ 3 การยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

หลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ประชุมกลุ่มในระยะที่ 2 จนได้มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการจัดเวทีประชาคม (Civil Society Forum) ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2556 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อทำการสอบถามความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย โดยแบ่งออกเป็นด้านความเหมาะสมของกิจกรรม และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

ขั้นตอนการจัดเวทีประชาคมประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทำความรู้จักกับผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมเพื่อสร้างความคุ้นเคย 2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยชี้แจง และให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมถึงวัตถุประสงค์ของการจัดเวทีประชาคม 3) ผู้วิจัยเกริ่นนำเข้าสู่ที่ไปที่มาของมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเวทีได้เข้าใจที่ไปที่มา และความสำคัญของการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ตลอดจนความจำเป็นในการมีส่วนร่วมในการยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย 4) วางกฎและระเบียบของการจัดเวทีประชาคมร่วมกัน ได้แก่ ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในขอบเขตของมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย ไม่พูดแทรกระหว่างคนอื่นกำลังอภิปราย ทุกคนในเวทีประชาคมครั้งนี้มีความเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็นไม่ว่าจะมีสถานะภาพหรือสถานทางสังคมใด และกำหนดเวลาในการทำเวทีประชาคมที่แน่นอนร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความขัดแย้งระหว่างการทำเวที และป้องกันการมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของคนใดคนหนึ่งต่อคนอื่น ๆ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นเพียงคนกลางในการดำเนินการจัดทำเวทีประชาคมครั้งนี้ 5) ดำเนินการโดยให้ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมแสดงความคิดเห็นและอภิปรายต่อการยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดในประเด็นที่ตั้งไว้ดังกล่าวข้างต้น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด และ 6) สรุปผลการอภิปรายและการจัดเวทีประชาคมการยืนยันมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย โดยในการจัดทำเวทีประชาคมครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 33 คนประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่เป็นตัวแทนของชุมชนซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ที่เข้าใจปัญหาการเสพยาบ้าซ้ำในชุมชนอย่างแท้จริง ได้แก่ ผู้นำชุมชน/สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ตัวแทนครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 9 คน ตัวแทนผู้

ผ่านการบำบัดรักษายาบ้า จำนวน 1 คน 2) ตัวแทน กลุ่มที่เป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ให้บริการบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาบ้า จำนวน 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ตัวแทนจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ(สภ.สุโขทัย) จำนวน 1 คน และตัวแทนจากกรมการปกครอง (ศาลากลาง จังหวัดสุโขทัย) จำนวน 1 คน

ผลการทำเวทีประชาคม (Civil Society Forum) ของผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมต่อมาตรการ ป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยมีรายละเอียดคำกล่าวแสดงความ คิดเห็นของผู้เข้าร่วมประเวที่ประชาคมตอนหนึ่งว่า

....เห็นด้วยครับที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลิกภาพของตัวผู้ผ่านการบำบัดอย่าง จริง ๆ จัง ๆ ทุกวันนี้ ตัวผู้ผ่านการบำบัดเองไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง พอบำบัดเสร็จ กลับไปอยู่ที่จุดเดิม ถูกเพื่อน ๆ ชักจูง จิตใจไม่เข้มแข็งพอ ที่สุดก็กลับไปเสพยาซ้ำอีก
(ผู้นำชุมชน ชาย อายุ 52 ปี, เวทีประชาคม, 28 พฤศจิกายน 2556)

...เป็นสิ่งที่ดีค่ะ..เรื่องการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัด ดิฉันเห็นด้วย อย่างยิ่ง เพราะในการให้บริการบำบัดที่ผ่านมา เราพยายามหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับ ผู้เสพยาบ้ามาตลอด และดิฉันก็เห็นว่าการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้เข้ารับการบำบัด และผู้ผ่านการบำบัดไปแล้วนั้น เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้การเลิกเสพยาบ้า นั้นยั่งยืน ผู้ที่เลิกเสพยาบ้าได้แล้ว จะไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำอีก เมื่อกลับไปเผชิญกับ สภาพแวดล้อมในชุมชน

(ตัวแทนผู้ให้บริการบำบัดรักษา หญิง อายุ 47 ปี, เวทีประชาคม, 28 พฤศจิกายน 2556)

...ประเด็นเรื่องการจัดการตัวเองของตัวผู้ผ่านการบำบัดเนี่ย เป็นสิ่งที่จำเป็น สำหรับกลุ่มพวกผม เพราะหากเราได้รับการบำบัดรักษามาเรียบร้อยแล้ว กลับมาอยู่ใน ชุมชน มันมักจะมีสิ่งล่อใจให้เราหวนคิดถึงมันอยู่บ่อย ๆ นะครับ เพราะในกลุ่มเพื่อน ๆ เนี่ย ถ้าใครจัดการตัวเองได้ไม่ดี ก็ง่ายต่อการถูกดึงกลับไปหายาบ้าเหมือนเดิม เพราะ ไม่ว่าจะเพื่อนฝูงเอย สภาพแวดล้อมเอยมันยากครับ ถ้าไม่รู้จักรับวิธีการจัดการตัวเองให้ดี อย่างผมเนี่ย ถ้าจัดการตัวเองไม่ดีพอ ผมก็คงถูกเพื่อน ๆ ถูกความคิดตัวเองดึงให้กลับไป อยู่สภาพเดิม ผมเห็นด้วยครับที่ต้องมีการจัดการตัวเอง

(ตัวแทนผู้ให้ผ่านการบำบัดรักษา ชาย อายุ 31 ปี, เวทีประชาคม, 28 พฤศจิกายน 2556)

...เห็นด้วยอย่างยิ่งครับ ที่ผู้ผ่านการบำบัดต้องมีการจัดการตัวเอง หรือแม้แต่หน่วยงานของรัฐเนี่ย ต้องมีมาตรการในการช่วยเหลือแนะนำให้ความรู้ในเรื่องของการจัดการตัวเองให้เอาตัวเองออกห่างจากสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ให้ได้

(ตัวแทนสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศบาลตำบล) ชาย อายุ 54 ปี, เวทีประชาคม, 28 พฤศจิกายน 2556)

สรุปได้ว่าผลจากการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย พบว่าประชาชนที่เข้าร่วมเวทีประชาคมเห็นด้วยกับมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้ ทั้ง 7 มาตรการ

ในขั้นตอนการจัดเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เข้าร่วมเวทีประชาคม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังตาราง 21

ตาราง 21 ร้อยละ ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย จำแนกตามมาตรการ

มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ	ความคิดเห็นของประชาชน (N=33)			
	ความเหมาะสม(ร้อยละ)		การนำไปปฏิบัติ(ร้อยละ)	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
มาตรการที่				
1. พัฒนาศักยภาพของผู้ผ่านการบำบัด โดยพัฒนาแบบองค์รวม (ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ) ร่วมกับพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา	100	0.0	100	3.0
2. สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต	100	0.0	97.0	3.0

ตาราง 21 (ต่อ)

มาตรการป้องกันการเสพติด	ความคิดเห็นของประชาชน (N=33)			
	ความเหมาะสม(ร้อยละ)		การนำไปปฏิบัติ(ร้อยละ)	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
3. สร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ผ่านการบำบัด โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง	100	0.0	100	0.0
4. สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสและให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพติด	100	0.0	100	0.0
5. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม ติดตามเฝ้าระวังการเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน และช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม	97.0	3.0	97.0	3.0
6. บังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม	100	0.0	97.0	3.0
7. สร้างเครือข่ายทางสังคมด้านการทำงาน โดยทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการด้วยทีมงานสหสาขาวิชาชีพ	100	0.0	100	0.0

จากตาราง 21 พบว่า ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมแสดงความคิดเห็นต่อมาตรการป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ทั้ง 7 มาตรการ จำแนกรายด้านได้ดังนี้

ด้านความเหมาะสม

ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมส่วนใหญ่เห็นว่ามาตรการจำนวน 6 มาตรการ มีความเหมาะสม (ร้อยละ 100) ได้แก่ มาตรการข้อ 1 (พัฒนาบุคลิกภาพของผู้ผ่านการบำบัดโดยพัฒนาแบบองค์รวม(ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ)ร่วมกับพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา) ข้อ 2 (สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต) ข้อ 3 (สร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ผ่านการบำบัด โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองและเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง) ข้อ 4 (สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการ

บำบัด ให้โอกาสและให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพ ยาซ้ำ) ข้อ 6 (บังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม) และ ข้อ 7 (สร้างเครือข่ายทางสังคม ด้านการทำงานโดยทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการด้วยทีมงานสหสาขาวิชาชีพ) สำหรับข้อ 5 (สร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม ติดตามเฝ้าระวังการ เสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน และช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการ บำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม) ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมเห็นว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 97.0 มีเพียง 1 คน (ร้อยละ 3) ที่เห็นว่าไม่เหมาะสม โดยให้เหตุผลว่าลำพังการใช้เพียงทุนทางสังคมในชุมชน เพียงอย่างเดียววันนั้น เป็นเรื่องยากที่จะสำเร็จ เพราะบางชุมชนหาทุนทางสังคมได้ยาก แต่เห็นว่าที่เหมาะสม นั้น ควรแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้านการนำไปปฏิบัติ

ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมส่วนใหญ่เห็นว่ามาตรการจำนวน 4 มาตรการ มีความเป็นไปได้ที่จะ นำไปปฏิบัติ (ร้อยละ 100) ได้แก่ มาตรการข้อ 1 (พัฒนานาบุคลิกภาพของผู้ผ่านการบำบัดโดยพัฒนา แบบองค์รวม (ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ) ร่วมกับพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา) ข้อ 3 (สร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ผ่านการบำบัด โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ตนเองและเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง) ข้อ 4 (สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเปิด ใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสและให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพ ยาซ้ำ) ข้อ 6 (บังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม) และ ข้อ 7 (สร้างเครือข่ายทางสังคมด้านการทำงานโดยทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการด้วยทีมงาน สหสาขาวิชาชีพ) สำหรับ ข้อ 2 (สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมาย ชีวิต) ข้อ 5 (สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม ติดตามเฝ้าระวังการเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน และช่วยเหลือสนับสนุนด้านการ ดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม) และข้อ 6 (บังคับใช้กฎหมายและ มาตรการทางสังคม) ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติร้อยละ 97.0 เท่า ๆ กัน โดยข้อ 2 (สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต) มีผู้ที่เห็นว่านำไปปฏิบัติไม่ได้ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3) โดยให้เหตุผลว่าผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่ นั้น มักไม่ค่อยใส่ใจและไม่ให้ความสำคัญต่อครอบครัวมากนัก และมักไม่มีเป้าหมายในชีวิต จึงเป็นการยากที่จะสร้างแรงบันดาลใจให้กับคนกลุ่มนี้ ส่วนข้อ 5 (สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม ติดตามเฝ้าระวังการเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการ บำบัดในชุมชน และช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดย

คำนึงถึงทุนทางสังคม) มีผู้ที่เห็นว่านำไปปฏิบัติไม่ได้ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3) โดยให้เหตุผลว่า การนำไปปฏิบัติจริงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องอันตรายสำหรับคนในชุมชนในการติดตามไม่ให้มีการเสพยาบ้าซ้ำ เพราะการเสพยาบ้าเป็นเรื่องที่มีอิทธิพลและผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง และข้อ 6 (บังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม) ที่มีผู้ที่เห็นว่านำไปปฏิบัติไม่ได้ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3) เช่นกันโดยให้เหตุผลว่ามีความเหมาะสมดีที่จะให้เจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้มงวดต่อการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคมที่มีอยู่ในการจัดการกับปัญหาการเสพยาบ้าซ้ำ แต่คิดว่าจะปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เป็นการยากที่จะทำให้เจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนเข้มงวดต่อการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม อีกทั้งยังเห็นว่าเป็นเรื่องอันตรายสำหรับบุคลากร โดยเฉพาะผู้นำชุมชน ซึ่งเสี่ยงต่ออันตรายต่ออิทธิพลมืด



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัย เรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ผู้วิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

พบว่าผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่ เป็นชาย (ร้อยละ 71.0) มีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 61 ปี อายุเฉลี่ย 28.07 ปี มีสถานภาพ โสด (ร้อยละ 61.1) รองลงมาได้แก่ สมรส (ร้อยละ 32.6) ตามลำดับ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 38.9) รองลงมา ได้แก่ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.1) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 19.0) ตามลำดับ อาชีพหลัก รับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) รองลงมาได้แก่ เกษตรกร (ร้อยละ 35.3) สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 65.6) รองลงมาคือ บิดาและมารดาแยกทางกัน (ร้อยละ 17.6) พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 55.7) ครอบครัวให้การยอมรับและช่วยเหลือ (ร้อยละ 87.8) ส่วนใหญ่เคยได้รับการบำบัดรักษายาเสพติดครั้งสุดท้ายโดยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 49.3) บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเสพยาบ้ามากที่สุดได้แก่ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 50.7) รองลงมาได้แก่ เพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 20.4) และมารดา (ร้อยละ 19.5) ซึ่งใกล้เคียงกับ บิดา (ร้อยละ 19.0)

2. ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด

2.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับความตั้งใจที่มีต่อพฤติกรรม การไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 61.1) รองลงมาคือมีความตั้งใจในระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.6) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 16.3) ที่มีความตั้งใจจะกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

2.2 ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่มีความตั้งใจอยู่ในระดับ "มากที่สุด" ที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้ง 10 ข้อ โดยพบว่า ข้อ 8 "ฉันตั้งใจที่จะไม่กลับไปรวมกลุ่มกับเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าด้วยกันเพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าอีกครั้ง" มีมากถึง ร้อยละ 57.9 รองลงมา

ได้แก่ ข้อ 10 "ฉันตั้งใจจะไม่ไปกับเพื่อนที่เคยชักชวนให้เสพยาบ้า" (ร้อยละ 56.6) และ น้อยที่สุดได้แก่ ข้อ 9 "ถ้ารู้สึกเหงา ฉันตั้งใจจะชักชวนกลุ่มเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าไปเล่นกีฬา เพื่อให้ลืมความเหงา" (ร้อยละ 29.4)

3. การรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ผ่านการบำบัด

3.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไปและความสามารถแห่งตนที่จะไม่เสพยาบ้าซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.6) รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถมาก (ร้อยละ 21.3) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 18.1) ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ

สำหรับการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ๔ ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัด ๔ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 47.5) รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถระดับมาก (ร้อยละ 35.3) และมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.2) ที่มีการรับรู้ความสามารถระดับต่ำ

3.2 การรับรู้ความสามารถแห่งตน ของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกรายข้อ

ผลการศึกษา พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัดจากข้อคำถาม 7 ข้อ ผู้ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "ปานกลาง" มีเพียงข้อ 2) "เมื่อฉันตัดสินใจทำอะไรแล้ว ฉันจะลงมือทำอย่างไม่ย่อท้อ" ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไปอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 34.4) ทั้งนี้ ผู้ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถทั่วไปในระดับมากที่สุดในการปรับตัวเข้ากับคนในชุมชนสูงสุด (ร้อยละ 25.3) รองลงมา ได้แก่ "เมื่อฉันตัดสินใจทำอะไรแล้ว ฉันจะลงมือทำอย่างไม่ย่อท้อ" (ร้อยละ 24.9)

ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่เสพยาบ้าซ้ำ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "มาก" โดยมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกคบกับเพื่อนที่ยังเสพยาบ้าอยู่ และการรับรู้ความสามารถในการขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดในการเลิกเสพยาบ้า (ร้อยละ 42.5 และร้อยละ 46.2 ตามลำดับ) มีเพียง การรับรู้ว่าตนเองสามารถเลิกเสพยาบ้าได้ตลอดชีวิต ที่อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 41.2)

4. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ผ่านการบำบัด

4.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัด จำแนกตามระดับความสามารถในการเผชิญปัญหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัด ฯ มีความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "ปานกลาง" ร้อยละ 50.2 รองลงมาได้แก่ ระดับ "ต่ำ" ร้อยละ 32.6 และ พบว่ามีการรับรู้ความสามารถในการเผชิญปัญหา ระดับ "มาก" มีเพียงร้อยละ 17.2

4.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ผู้ผ่านการบำบัด มีความสามารถในการเผชิญปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ "ปานกลาง" มีเพียงความสามารถในการเผชิญปัญหาในประเด็นการตัดสินใจและให้กำลังใจตนเองเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ที่มีระดับความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับ "มาก" ทั้งนี้ ผู้ผ่านการบำบัด ฯ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับ "มากที่สุด" สูงสุดได้แก่ ความสามารถในการหาทางปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชักชวนให้เสพยาบ้า (ร้อยละ 28.1) รองลงมาได้แก่ การไม่ท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะรู้ว่าสามารถแก้ไขได้ (ร้อยละ 18.6) และ ความสามารถในการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง เมื่อเกิดความท้อแท้ในชีวิต (ร้อยละ 14.5) ตามลำดับ

5. ทักษะที่มีต่อการเลิกเสพยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด

5.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับทักษะที่มีต่อการเลิกเสพยาบ้า

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัด ฯ ส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้าอยู่ในระดับ "มาก" ร้อยละ 49.8 รองลงมา ได้แก่ ระดับ "ปานกลาง" ร้อยละ 32.6 และมีเพียงส่วนน้อยที่มีทัศนคติระดับ "ต่ำ" (ร้อยละ 17.6)

5.2 ทักษะ ของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัด ฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเลิกยาบ้าในระดับความคิดเห็นที่ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" โดยข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุดได้แก่ ข้อ 2) การเลิกยาบ้าทำให้ครอบครัวมีความสุข (ร้อยละ 52.5) รองลงมาได้แก่ ข้อ 10) การเลิกยาบ้า ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 48.4) และข้อ 9) การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ชีวิตมีความสุข (ร้อยละ 47.1) มีเพียง ข้อ 6) การเลิกเสพยาบ้าทำให้ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวน้อยลง ข้อ 8) การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้รายได้ลดลงและข้อ 11) การเลิกเสพยาบ้า ไม่ทำให้ขาดความมั่นใจ ที่ผู้ผ่านการบำบัด ฯ มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วย (ร้อยละ 29.0, 34.8, และ 33.9 ตามลำดับ)

6. วุฒิภาวะทางอารมณ์

6.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์อยู่ในระดับ "ปานกลาง" (ร้อยละ 48.0) รองลงมาได้แก่ ระดับ "สูง" (ร้อยละ 28.5) และ ระดับ "ต่ำ" (ร้อยละ 23.5)

6.2 วุฒิภาวะทางอารมณ์ ของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดแสดงความรู้สึกเห็นด้วยในประเด็นวุฒิภาวะทางอารมณ์ โดยจากข้อความทั้ง 8 ข้อ ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัด แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับวุฒิภาวะทางอารมณ์อยู่ในระดับเห็นด้วย จำนวน 7 ข้อ ข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2) ก่อนที่ฉันจะลงมือทำอะไร ฉันมักจะคิดให้รอบคอบเสียก่อน (ร้อยละ 40.3) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 7) เวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ฉันรับรู้ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน (ร้อยละ 38.5) และมีความรู้สึกระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 3) หากบุคคลรอบข้างทำอะไรที่เป็นการขัดใจ ฉันจะรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งเท่ากับ ข้อ 8) ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน (ร้อยละ 34.8) สำหรับ ข้อ 5) เมื่อมีคนมาตำหนิฉัน ฉันจะตอบโต้ทันทีทันใด พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.1 มีความรู้สึกอยู่ในระดับไม่แน่ใจ

7. การเห็นคุณค่าตนเองของผู้ผ่านการบำบัด

7.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับการเห็นคุณค่าตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่ มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับ "ปานกลาง" ร้อยละ 76.0 รองลงมา ได้แก่ ระดับ "สูง" ร้อยละ 17.6 และมีเพียง ร้อยละ 6.3 ของผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

7.2 การเห็นคุณค่าตนเอง ของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ "เห็นด้วย" ต่อประเด็นการเห็นคุณค่าตนเอง (10 ข้อ) ข้อที่เห็นด้วย มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 9) ฉันพอใจที่ยังทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ (ร้อยละ 62.4) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 10) ฉันภูมิใจกับประสบการณ์การทำงานของฉัน (ร้อยละ 60.6) และ ข้อ 7) ฉันรู้สึกว่าอย่างน้อยฉันก็มีคุณค่าทัดเทียมกับบุคคลอื่น ๆ (ร้อยละ 59.3) มีเพียง ข้อ 6) ฉันอยากให้ผู้อื่นยอมรับในตัวฉัน ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 55.7) และข้อ 8) ผู้อื่นมักมองข้ามความสำคัญของฉันไป ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่แสดงความเห็นไม่แน่ใจ (ร้อยละ 37.1)

8. แรงจูงใจของผู้ผ่านการบำบัด

8.1 จำนวนของผู้ผ่านการบำบัดจำแนกตามระดับแรงจูงใจ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฯ ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับ "ต่ำ" ร้อยละ 38.5 รองลงมา ได้แก่ ระดับ "สูง" ร้อยละ 37.1 และ ระดับ "ปานกลาง" ร้อยละ 24.4

8.2 แรงจูงใจ ของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ผ่านการบำบัดฯ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ ไม่เห็นด้วย โดยข้อที่ผู้ผ่านการบำบัดมีระดับความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 6) ฉันเสียยาบ้าเพราะต้องการให้ผู้อื่นประทับใจในตัวฉัน ซึ่งเท่ากับข้อ 7) ฉันเสียยาบ้าเพราะเป็นสิ่งท้าทายที่ได้ทำผิดกฎระเบียบ และข้อ 8) ฉันเสียยาบ้าเพราะมีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น (ร้อยละ 34.4) รองลงมาได้แก่ข้อ 9) ฉันเสียยาบ้าเพื่อต่อต้านพ่อแม่ของฉัน (ร้อยละ 31.2) มีเพียงข้อ 1) ฉันกลับไปเสียยาบ้าเพราะกลุ่มเพื่อนของฉันยังเสียยาบ้าอยู่ ที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ เห็นด้วย (ร้อยละ 25.8) และข้อ 2) ฉันเสียยาบ้าเพราะฉันชอบอาการเคลิบเคลิ้มจากฤทธิ์ของยา ที่ผู้ผ่านการบำบัดไม่แน่ใจ (ร้อยละ 32.1)

9. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งต่อการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัยได้แก่ ระดับการศึกษา และปัจจัยป้องกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้า ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจ โดยด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มียุทธศาสตร์ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำมากกว่าผู้ที่ศึกษาในระดับประถมศึกษา 5.488 เท่า ($P\text{-Value}=0.014$) ด้านปัจจัยป้องกัน พบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาเสพยาบ้าลดลง 0.881 เท่า ($P\text{-Value}=0.027$) ผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาเสพยาบ้าลดลง 0.826 เท่า ($P\text{-Value}<0.0001$) และผู้ผ่านการบำบัดที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาเสพยาบ้าลดลง 0.849 เท่า ($P\text{-Value}<0.0001$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ วิธีการบำบัดรักษา การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะคิด วุฒิภาวะทางอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะการพักอาศัย เพศ และความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าไม่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

10. ผลสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด จากผลการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัด ระหว่างผลการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจำนวนทั้งสิ้น 21 ปัจจัย โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัดที่เหมือนกันระหว่างผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพติดยาบ้า และความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัดที่ต่างกันมีจำนวน 19 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา แรงจูงใจในการเลิกเสพติดยาบ้า ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ผ่านการบำบัด ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลกลุ่มบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง ตราบาป การติดตามหลังการบำบัด สภาพแวดล้อม การเข้าถึงแหล่งยาบ้า การเสพติดของบุคคลใกล้ชิด การบังคับใช้กฎหมาย ทักษะการปฏิเสธ ภาวะเครียด ภูมิภาวะทางอารมณ์ และการยอมรับของครอบครัวและชุมชน

11. มาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษาพบว่า มาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย มีมาตรการดำเนินการทั้งสิ้น 7 มาตรการ จำแนกเป็น 1) ระดับปัจเจกบุคคล คือ ตัวผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 3 มาตรการ ได้แก่ 1.1) พัฒนาคูณลักษณะ (Developing Personality) ผู้ผ่านการบำบัดแบบองค์รวม ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skill) 1.2) สร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต 1.3) เสริมสร้างการจัดการตนเอง (Self Management) ของผู้ผ่านการบำบัด โดยเน้น / ให้ความสำคัญด้านความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) 2) ระดับครอบครัว จำนวน 1 มาตรการ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) ประกอบด้วย 2.1) เปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด (Open mind) 2.2) ให้โอกาสแก่ผู้ผ่านการบำบัด (Give Opportunity) และ 2.3) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพติดยาบ้า 3) ระดับชุมชนจำนวน 1 มาตรการ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ประกอบด้วย 3.1) ยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม 3.2) ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม (Social Capital) และ 3.3) ติดตามเฝ้าระวังการเสพติดยาบ้าของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน และ

4) ระดับสังคม (จังหวัด) จำนวน 2 มาตรการใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม (Enforcement) 2) สร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Networking) ด้านการทำงาน (แม่ข่าย) ประกอบด้วย 2.1) ทำงานเป็นทีม (Team Working) 2.2) ทำงานแบบบูรณาการ (Integrated) และ 2.3) ทำงานแบบ สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่นำเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดบุหรี่ของผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่าจากปัจจัยที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้ 16 ปัจจัย พบมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดบุหรี่ของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 4 ปัจจัย จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัยได้แก่ระดับการศึกษาของผู้ผ่านการบำบัด และปัจจัยป้องกัน 3 ปัจจัยได้แก่ ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพติดบุหรี่ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจในการเลิกเสพติดบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่เหลือ พบว่าไม่ส่งผลต่อการเสพติดบุหรี่ของผู้ผ่านการบำบัด อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดบุหรี่ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมี 1 ปัจจัยได้แก่ ระดับการศึกษา โดยผู้ผ่านการบำบัดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดบุรียมากกว่าผู้ที่ศึกษาในระดับประถมศึกษา 5.488 เท่า ($P\text{-Value}=0.014$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ผ่านการบำบัดที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดบุหรี่ อาจเป็นเพราะกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่มีความคิดคะนอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ต้องการการเป็นผู้นำ และเป็นช่วงวัยที่เห็นความสำคัญต่อกลุ่มเพื่อนมากที่สุด และเป็นวัยที่ยังไม่มีวุฒิภาวะ เมื่อกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมจึงไม่สามารถจัดการกับตัวเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรวุฒิ คิวพิเศษแสง (2545) ที่พบว่าสาเหตุที่กลับมาเสพติดบุหรี่เพราะมีเพื่อนสนิทที่ติดยา และผลการศึกษาของ ธีระพล คล้ายสิงห์ (2546) ที่พบว่าสาเหตุที่กลับมาเสพติดบุหรี่เป็นเพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอ พบกับเพื่อนสนิทกลุ่มเดิมที่เสพติด และกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม และการศึกษาของ Samira Golestan, et al. (2010) ที่พบว่าปัจจัยด้านโรงเรียน เพื่อน และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยป้องกัน

ผลการศึกษายังพบปัจจัยป้องกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาสดูแลตัวเองลดลง 0.881 เท่า ($P\text{-Value}=0.027$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจสูง จะเสพยาบ้าซ้ำต่ำกว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจต่ำ อาจเป็นเพราะผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาบ้าโดยเด็ดขาด มีการคำนึงถึงอนาคตของตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับ สุรวุฒิ คุวิเศษแสง (2545) ที่ศึกษาพบว่า การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้าซ้ำ และการศึกษาของ Samira Golestan, et al. (2010) ที่พบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความตั้งใจสูง จะเสพยาบ้าซ้ำต่ำกว่าผู้ที่มีความตั้งใจต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ ทศนาญชลี (2554) ที่พบว่า สภาพจิตใจที่เข้มแข็งมุ่งมั่น และพร้อมที่จะเลิกเสพยาบ้า มีการยับยั้งชั่งใจและควบคุมพฤติกรรมของตนเองจะสามารถวิเคราะห์ไตร่ตรองถึงสาเหตุอันนำไปสู่อาการอยากเสพยาบ้า และสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าซ้ำได้ ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ควรคำนึงถึงความตั้งใจในการที่จะเลิกเสพยาบ้าอย่างจริงจัง ๆ จัง ๆ โดยจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพ และทักษะของผู้ผ่านการบำบัดให้สามารถยับยั้งชั่งใจ และมีความแน่วแน่ที่จะเลิกเสพยาบ้า เพราะสำหรับผู้ติดยาบัญนั้น แม้มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาบ้าในระยะแรก แต่หากไม่มีความแน่วแน่ แม้เพียงนึกถึงยาบ้าหรือสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า ก็อาจนำไปสู่การหวนกลับไปเสพยาบ้าได้ในที่สุด (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554)

ปัจจัยด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา

การศึกษานี้พบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาสดูแลตัวเองลดลง 0.826 เท่า ($P\text{-Value}<0.0001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถเผชิญปัญหาที่ดี จะมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำ อาจเป็นเพราะผู้ผ่านการบำบัดที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีกว่า จะมีทักษะชีวิตที่ดีกว่า มีวุฒิภาวะที่ดี และมีความสามารถในการเผชิญปัญหามาก จะมีการแก้ไขปัญหาชีวิตได้ดี ไม่ก่อให้เกิดภาวะกดดันหรือภาวะเครียด ทำให้ตัวเองเข้มแข็ง ฉะนั้น ในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จึงจำเป็นต้องมีการสร้างเสริมทักษะชีวิตของผู้ผ่านการบำบัด ให้เข้าใจตนเอง และมีภาวะจิตใจที่แข็งแกร่ง สามารถที่จะเผชิญและแก้ไขปัญหาชีวิตที่ประสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า เป็นปัจจัยป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ผ่านการบำบัดที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วยจะทำให้มีโอกาสเสพยาบ้าลดลง 0.849 เท่า ($P\text{-Value} < 0.0001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ผ่านการบำบัดที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าสูง จะมีแรงกระตุ้นผลักดันให้ผู้ผ่านการบำบัดเกิดความพยายามอย่างแรงกล้าที่จะเอาชนะใจตัวเอง และมีความตั้งใจที่มุ่งมั่น แน่วแน่ที่จะเลิกเสพยาบ้า ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดมีเป้าหมาย และสามารถผ่านพ้นวิกฤติและความยากลำบากในช่วงระยะเริ่มแรกของการเลิกเสพยาบ้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tuliao AP. and Liwag ME. (n.d.) ที่ศึกษาพบว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำ ดังนั้นในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อการหามาตรการในการเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าให้กับผู้ผ่านการบำบัดอย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการเสพยาบ้า

ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดที่สำคัญสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

แม้ว่าผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะการพักอาศัยไม่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ แต่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัด และสมาชิกในครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัด พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว และลักษณะการพักอาศัยยังมีความสำคัญและส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดอยู่โดยพบว่า ผู้ผ่านการบำบัดที่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา มักได้รับการดูแลให้กำลังใจในการเลิกเสพยาบ้า และผู้ผ่านการบำบัดที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวมักได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างซึ่งทำให้เลิกเสพยาบ้าได้อย่างถาวร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณารธรรม และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้ ส่วนใหญ่มีแม่เป็นคนที่รักและไว้วางใจที่สุด และผู้ผ่านการบำบัดที่มีครอบครัวแตกแยก ผู้ผ่านการบำบัดจะไว้วางใจบุคคลที่เลี้ียงดูมาตั้งแต่เล็ก นั้นหมายความว่า สถาบันครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผ่านการบำบัดกับสมาชิกในครอบครัว และความใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว มีผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำนั่นเอง ดังนั้น สมาชิกในครอบครัว จึงมีความสำคัญและมีส่วนสัมพันธ์อย่างยิ่งในการช่วยเหลือและป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดจะได้ผล ครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวต้อง

มีความเข้าใจในตัวผู้ผ่านการบำบัด และให้การยอมรับ ติดตามช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดพ้นช่วงชีวิตที่ยากลำบาก และคอยขัดขวางปัจจัยที่จะนำไปสู่การกลับไปเสพติดซ้ำ

ทักษะการปฏิเสธ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัด และสมาชิกครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัด พบว่าทักษะการปฏิเสธ มีผลต่อการเสพติดซ้ำ โดยผู้ผ่านการบำบัดที่มีทักษะการปฏิเสธที่ดี จะมีโอกาสเสพติดซ้ำน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ผ่านการบำบัดที่มีทักษะการปฏิเสธที่ดี จะมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งมุ่งมั่น และพร้อมที่จะเลิกเสพติด มีกำลังใจยังงัย ไม่ปล่อยให้ถูกชักจูงหรือครอบงำจากเพื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ ได้ง่าย จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ไม่ทำให้ตนเองตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหวนกลับไปเสพติดซ้ำได้ อาจเป็นเพราะบุคคลที่สามารถปฏิเสธการเสพติดซ้ำได้ จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะใจตนเองได้ และเกิดความรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดกำลังใจในการปฏิเสธการเสพติดซ้ำในครั้งต่อ ๆ ไปได้ง่ายขึ้น (ปิยวรรณ ทัศนัญชลี, 2554)

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับแรงสนับสนุน ทั้งจากครอบครัวและจากชุมชน/สังคม จะมีกำลังใจในการก้าวผ่านช่วงวิกฤติที่แสนลำบาก ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถรักษาสุขภาพการไม่กลับไปมีพฤติกรรมการเสพติดซ้ำได้ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ก็มักเกิดอาการ และไม่สามารถเลิกเสพติดซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ ทัศนัญชลี (2554) ที่พบว่าในช่วงชีวิตที่ได้ก้าวเข้าสู่ความพลัดพรากของผู้ติดยา โดยเฉพาะในช่วงของการบำบัดที่มีความยากลำบาก แต่กลับได้เห็นถึงความห่วงใยจากคนในครอบครัว และคนในชุมชน ที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือ ทำให้สามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ และเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ติดตามอย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา จะทำให้สามารถมีกำลังใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่หวนกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่จะนำไปสู่การเสพติดซ้ำได้ นอกจากการช่วยสนับสนุนจากครอบครัวและคนในชุมชนแล้ว การให้การช่วยเหลือติดตามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการหลีกเลี่ยงการเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด โดยหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และมีความเข้มงวด ตรวจสอบการเสพติดซ้ำ จะช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดยับยั้งชั่งใจที่จะเสพติดซ้ำ และหลีกเลี่ยงการเสพติดซ้ำ เนื่องจากเกรงกลัวโทษที่จะได้รับสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ ทัศนัญชลี (2554) ที่พบว่าภายหลังกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดจนครบขั้นตอนแล้ว ให้ผู้ผ่านการบำบัดต้องรายงานตัวกับเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน หากไม่พบการกระทำ

ผิดซ้ำ เจ้าหน้าที่จะดำเนินการลบประวัติการกระทำผิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ประกอบกับ ภายหลังการบำบัด จะมีเจ้าหน้าที่ทั้งในและนอกเครื่องแบบทำหน้าที่ตรวจสอบและติดตาม พฤติกรรมภายหลังการบำบัด หากพบการกระทำผิดซ้ำ เช่น เสพยาเสพติดซ้ำ ค้ายาเสพติด หรือมี พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด บุคคลนั้นจะได้รับการพิจารณาให้ขยายระยะเวลาการบำบัด เพิ่มระดับการบำบัด หรือส่งตัวคืนเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อดำเนินคดีต่อไป จึงทำให้ผู้ผ่านการบำบัด เหล่านี้ไม่กล้าเข้าใกล้เพื่อนที่มีพฤติกรรมเสพยาบ้า เนื่องจากเกรงว่าอาจถูกจับกุม หรือตรวจ บังสวาทแล้วเจอสารเสพติด รวมถึงการติดตามภายหลังจากการบำบัดเสร็จสิ้นนั้น เป็น กระบวนการที่เคร่งครัด ต้องมารายงานตัวอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการมารายงานตัวนั้น ทำให้มี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต้องขาดงานและรายได้ ดังนั้น ผู้ผ่านการบำบัดเหล่านี้จึงต้องควบคุม ตัวเอง เพื่อให้พ้นจากสภาพการถูกคุมความประพฤติให้รวดเร็วที่สุด ซึ่งกระบวนการที่เข้มงวดนี้จะ ช่วยขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด และสร้างเกราะป้องกันจาก สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยการระบาดของยาเสพติดอีกด้วย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเสพยาบ้าซ้ำนั้น มีความเกี่ยวข้องกับหลายระดับ หลายภาคส่วน เริ่มตั้งแต่ระดับบุคคล ซึ่งก็คือตัวผู้ผ่านการบำบัดเอง ระดับครอบครัว ซึ่งได้แก่สมาชิกในครอบครัว ระดับชุมชน ซึ่งในที่นี้หมายถึงชุมชน / หมู่บ้านที่ผู้ผ่านการบำบัดอาศัยอยู่ และระดับสังคม ก็คือ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งในระดับชุมชนและสังคมนี้ มีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ทั้งบุคคลผู้อาศัยอยู่ใน ชุมชน/สังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการ สาธารณสุขผู้ให้บริการด้านการบำบัดรักษา การติดตามผลการบำบัดรักษา หน่วยงานผู้ดูแลรักษา กฎหมาย หน่วยงานผู้ดูแลด้านความมั่นคง เป็นต้น ในการสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดของจังหวัดสุโขทัย จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้ง 4 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคลซึ่งก็คือ ผู้ผ่านการบำบัด ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับ สังคม ซึ่งในที่นี้คือจังหวัดสุโขทัยนั่นเอง

มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษาพบว่ามาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด แบ่งออกเป็น 4 ระดับ 7 มาตรการ ได้แก่ 1) ระดับปัจเจกบุคคล คือตัวผู้ผ่านการบำบัด จำนวน 3 มาตรการ 2) ระดับครอบครัวจำนวน 1 มาตรการ 3) ระดับชุมชนจำนวน 1 มาตรการ และ 4) ระดับสังคม (จังหวัด) จำนวน 2 มาตรการ สามารถอภิปรายรายละเอียดมาตรการ ได้ดังนี้

ความสำคัญของ 4 ระดับความสัมพันธ์ที่มีต่อมาตรการป้องกันการเสพติดในผู้ผ่านบำบัด

จากการศึกษาพบว่ามาตรการป้องกันการเสพติดในผู้ผ่านบำบัดนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงความครอบคลุมของการแก้ไขปัญหามิให้เกิดซ้ำจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามาตรการป้องกันการเสพติดในผู้ผ่านบำบัด จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล คือตัวผู้ผ่านบำบัด ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสังคมซึ่งในที่นี้ได้แก่ระดับจังหวัด ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการเสพติดนั้นเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัย สอดคล้องกับทฤษฎีการเสพติดของ Terence T. Gorski (1999) ที่พบว่า สาเหตุของการกลับไปเสพติดซ้ำ ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ (Physiological Factors) เช่น อาการอยากยา (craving) ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากอาการขาดยา (withdrawal) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาท Dopamine บริเวณ Mesolimbic System อยู่เป็นเวลานานหลังจากหยุดยา การขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพติด (Lack of Proper Motivation) การขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้ยา (Lack of Coping Skill to deal with high risk situation) และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) อันได้แก่ การมีแหล่งยาอยู่ในชุมชน (Availability of drug) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม (Negative environment Condition) ซึ่งเมื่อบุคคลผ่านการรักษาแล้ว ถ้าไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ โดยเฉพาะปัญหายาในครอบครัวที่จะต้องมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการที่จะร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยหลังจากการบำบัดรักษา

นอกจากนี้การให้ความสำคัญกับ “ตัวบุคคล” ซึ่งในที่นี้ คือผู้ผ่านบำบัด ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ วอน เบอเทเลนฟี ที่กล่าวว่าบุคคลมีการดำรงชีวิตโดยทั่วไปตามทฤษฎีระบบ ว่าด้วยระบบเปิด ซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา (Von Bertalanffy, 1979) ซึ่งระบบบุคคลจะประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 มิติ คือ กายภาพ จิตใจ และสังคม บุคคลเป็นองค์รวมที่เรียกว่า ชีว-จิต-สังคม (A biopsychosocial being) (Hardy, 1973) บุคคลจะรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ด้วยองค์ประกอบ ชีว-จิต-สังคม ที่เป็นเอกภาพของตนเสมอ ไม่ว่าสิ่งเร้านั้นๆ จะเข้ามกระทบทางกาย ทางจิตใจ หรือทางสังคม สิ่งเร้าต่าง ๆ จึงก่อผลกระทบต่อองค์รวมหรือคนทั้งคน ซึ่งเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปตลอดเวลา ปฏิกริยาทางกายภาพและปฏิกริยาทางจิต-สังคม ของบุคคลไม่อาจแยกเป็นอิสระจากกันได้ ซึ่งการให้การดูแลช่วยเหลือจะต้องตระหนักในความสัมพันธ์ที่แยกจากกันไม่ได้ ระหว่างบุคคลและสังคมสิ่งแวดล้อมและควรให้ความสำคัญกับสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือเป็นแนวทางการให้การดูแลที่เรียกว่า Holistic care

(Neuman, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการให้การบำบัดรักษายุคใหม่ ซึ่งพอลลีและไวท์ (Pauli and White, 1998) ได้กล่าวถึงการให้ความสำคัญกับบุคคลในฐานะระบบเปิด (open system) ซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในกระบวนการของการบำบัดรักษา (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

สำหรับ “ครอบครัว” ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสำคัญ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดมาตรการที่ 4 ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันการเสพยาบ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และในระยะเริ่มแรกภายหลังการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์แล้ว โดยครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวจะต้องเปิดใจยอมรับสภาพความเป็นจริงของปัญหาและให้การยอมรับในตัวผู้ผ่านการบำบัด และให้โอกาสในการดำรงชีวิตให้เหมือนปกติก่อนที่จะเสพ/เสพติดยาบ้า ไม่ตำหนิติเตียนหรือรื้อฟื้นความผิดเก่า ๆ ของผู้ผ่านการบำบัด ไม่ดูด่าว่ากล่าว ไม่โยนความผิดว่าเป็นความผิดของผู้ใดผู้หนึ่ง แต่ต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบปัญหาที่เกิดขึ้น และให้การติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดให้สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือปัจจัยที่จะนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ผ่านการบำบัดส่วนใหญ่ไม่อยากจะเกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวที่ชอบบ่นด่าว่ากล่าว นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัด มักต้องการออกจากตัวผู้ผ่านการบำบัด เนื่องจากหลีกเลี่ยงผลกระทบจากการติดยาของผู้ผ่านการบำบัด (กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดยาเสพติด มุ่งที่จะพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัว เพราะการที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้ พ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วย โดยจะต้องเปลี่ยนความคิดของครอบครัวให้เข้าใจเสียใหม่ว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้น ทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ทุกคนในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) หากครอบครัวและผู้ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด ปฏิบัติและแสดงความรู้สึกในการสนับสนุนให้หยุดเสพยาบ้า จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถคงสภาพการเป็นผู้ไม่เสพยาบ้าไว้ได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง ซึ่งการแสดงออกเหล่านี้แตกต่างกันไปตามแต่ละครอบครัว แต่มักเป็นการแสดงออกที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมและสามารถรับรู้ได้ เช่น

การกอด การสัมผัส การร่วมทำกิจกรรมในเชิงสร้างสรรค์ การให้รางวัล การพูดชมเชย เป็นต้น แม้การแสดงออกจะเป็นเพียงสิ่งเล็กน้อย แต่ครอบครัวได้แสดงออกในช่วงที่ผู้เสียหายบ่นเปิดใจรับรู้ถึงความห่วงใยของคนในครอบครัว โดยเฉพาะช่วงการบำบัดและช่วงแรกภายหลังจากการบำบัดเสร็จสิ้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้รู้สึกได้ถึง การยอมรับ การให้อภัย และความไว้วางใจ จนทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น (ปิยวรรณ ทศนาญชลี, 2554) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรมการแพทย์ ที่พบว่า ผลการบำบัดรักษาโดยให้มีสมาชิกครอบครัวของผู้รับการบำบัดอย่างน้อย 1 คน มีส่วนร่วมในการรักษา จะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีผลการบำบัดรักษาดีขึ้น เนื่องจากสมาชิกครอบครัวได้ทราบถึงการเตรียมตัวในระยะต่าง ๆ ของกระบวนการเลิกยา ทำให้เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ที่กำลังเลิกยา และทราบว่าอะไรเป็นอุปสรรคในการเลิกยา และเป็นประโยชน์กับผู้ผ่านการบำบัดที่รับรู้ ว่าบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับเขามีความรับผิดชอบร่วมอยู่ด้วยในกระบวนการเลิกยาเสพติด (กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ในส่วนของ "ชุมชน และ สังคม" ก็พบว่ามีความสำคัญเช่นกัน ในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด สอดคล้องกับมาตรการของปฏิบัติการ "90 วัน พ้นภัยยาเสพติด" ที่ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนของพลังอาสาประชาชนป้องกันยาเสพติด ให้ลูกขึ้นมาร่วมกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชนของตนอย่างเข้มแข็ง (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) สำนักงาน ป.ป.ส., 2552) และจากการศึกษาของปิยวรรณ ทศนาญชลี (2554) ที่พบว่า สังคมที่ให้ออกาสผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้เข้าทำงาน และเปิดโอกาสทางสังคมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ โดยเฉพาะการรับเข้าทำงาน เพราะการทำงานจะเป็นการเบี่ยงเบนความคิด จนลืมนึกถึงการเสพยาบ้า ทำให้ไม่มีเวลาว่างเพื่อใช้ในการเสพยาบ้า เมื่อภายหลังจากการเลิกทำงานจะทำให้กลุ่มคนเหล่านี้มีความเหน็ดเหนื่อย ต้องการการพักผ่อน หากเสพยาบ้าจะทำให้นอนไม่หลับ จนไม่สามารถทำงานในวันต่อไปได้ รวมถึงหากบุคคลเหล่านี้ได้เข้าทำงานจะทำให้มีรายได้จากน้ำพักน้ำแรงของตนเอง เล็งเห็นคุณค่าของเงิน จนไม่คิดนำเงินที่ได้ไปซื้อยาบ้าเสพ ประกอบกับการเข้าทำงานทำให้สังคมรอบข้างของผู้ผ่านการบำบัดมีทัศนคติที่เปลี่ยนไป ยอมรับในตัวผู้ผ่านการบำบัด ว่าเป็นผู้ที่สามารถปรับปรุงตนให้อยู่ในบรรทัดฐานของสังคมได้ จนเกิดการยอมรับ ดังนั้น การให้ออกาสเข้าทำงาน ให้การสนับสนุนด้านการศึกษา และการให้การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่เสพยาบ้าซ้ำ เป็นไปในทำนองเดียวกับแนวคิดของ อภินันท์ อร่ามรัตน์ (2551) ที่พบว่า แม้ชุมชนจะมีประสบการณ์การแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่มาก

นัก แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้โดยอาศัยฐานทางวัฒนธรรมชุมชนที่ยังคงมีอยู่สูง ฐานทางวัฒนธรรมนี้ ถือว่าเป็นศักยภาพที่สำคัญของชุมชนที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด เช่น ทางด้านความเชื่อ มีการนำมาใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาด้วยการดื่มน้ำสาบานต่อผู้อาวุโสและพระสงฆ์ที่เป็นผู้ที่ชาวบ้านเคารพและศรัทธา การใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากการไม่ได้ใช้สารเสพติด รวมไปถึงการมัดมือผูกข้อมือเพื่อเสริมความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีการใช้ธนาคราชเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการแก้ปัญหาของผู้ใช้สารเสพติดที่จะได้ไม่ต้องไปรับจ้างแรงงานเพื่อแลกกับฝิ่น รวมถึงการนำระบบความสัมพันธ์ครอบครัว เครือญาติ กลุ่มสตรี เยาวชน รวมถึงกลุ่มแลกเปลี่ยนแรงงานมาใช้ในการบวนการของการสร้างความร่วมมือ การฝึกกำลังของทุกคนในชุมชน ตั้งแต่การปรึกษาหารือ การแบ่งบทบาทหน้าที่ การติดตาม เฝ้าระวัง การให้กำลังใจ รวมไปถึงการช่วยเหลือทางด้านแรงงานสำหรับครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากสารเสพติด ทั้งนี้ ในกระบวนการของการแก้ไขปัญหาสารเสพติดของชุมชน มีองค์ภายนอกทั้งรัฐและเอกชน มีบทบาทในการสนับสนุนอย่างเหมาะสม โดยทำหน้าที่กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีเวทีปรึกษาหารือ รวมถึงการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนอื่น เป็นต้น การกำหนดนโยบายและแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงต้องพิจารณาอย่างรอบด้านและทุกมิติของปัญหา ขณะที่การดำเนินโครงการและกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เกิดผลสำเร็จอย่างแท้จริงและมีความยั่งยืน ก็จะต้องได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับชุมชนท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ

จาก 4 ระดับความสัมพันธ์ดังกล่าว พบว่า มีความสำคัญต่อการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน ที่ทุกระดับนับตั้งแต่ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับสังคม จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง อันจะส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน/สังคม

ความสำคัญของมาตรการจำแนกตามระดับความสัมพันธ์

ระดับปัจเจกบุคคลคือตัวผู้ผ่านการบำบัด ประกอบด้วย 3 มาตรการ

มาตรการที่ 1 พัฒนابุคลิกภาพ (Developing Personality) ของผู้ผ่านการบำบัดแบบองค์รวม ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skill) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพ อารมณ์ และนิสัย ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก โดยผู้ผ่านการบำบัดที่เป็นคนหัวอ่อน ใจอ่อน เชื้อคนง่าย ชอบตามเพื่อน ใจร้อน โกรธง่าย ก้าวร้าว เก็บตัว ชอบตัดสินใจคนเดียว มักมีพฤติกรรมการเสพยา (อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม และคณะ, 2550) และสาเหตุของการติดยาเสพติดซ้ำมักมีพื้นฐานเดิมของบุคลิกภาพที่อ่อนแอ และต้องการพึ่งพาผู้อื่น หรือหาที่ยึดเหนี่ยวไม่ได้ ก็พึ่งยาเสพติดแทน (ปิยวรรณ

ทัศนัญชลี, 2554) ดังนั้น การพัฒนาบุคลิกภาพผู้ผ่านการบำบัดให้เป็นบุคคลที่มีบุคลิกแบบไม่พึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา สามารถช่วยเหลือตนเอง ให้กำลังใจและควบคุมตนเองได้ แม้อยู่ในสภาวะขาดแคลนกำลังใจ จะสามารถประคับประคองพฤติกรรมของตนเองให้ผ่านพ้นและไม่เสพยาได้

มาตรการที่ 2 สร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต การเลิกยา เป็นเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเองให้อยู่ในความสงบ และพบว่าการใช้ยาไม่ใช่เรื่องจำเป็น การเลิกเสพยาและพัฒนาตนเอง จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 12) ผู้ผ่านการบำบัดที่ไม่มีความฝัน ไม่มีเป้าหมายในชีวิต จะขาดแรงจูงใจและมักไม่ประสบความสำเร็จในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ (อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณารธรรม และคณะ, 2550) ดังนั้นหากต้องการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ต้องสร้างแรงบันดาลใจ ให้ผู้ผ่านการบำบัดเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ตราบาปตนเอง ต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผ่านการบำบัดให้สามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณารธรรม และคณะ (2550) ที่พบว่า การให้ผู้ติดยาเสพติดซ้ำได้วางเป้าหมายในชีวิตของตนเอง จะเป็นการสร้างแรงจูงใจเบื้องต้น แล้วแนะนำให้วางแผน กระตุ้นให้ผู้ผ่านการบำบัดก้าวไปสู่เป้าหมาย โดยรู้เท่าทันอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น และหาวิธีการป้องกันเหตุการณ์เหล่านั้นไม่ให้เกิดขึ้น จะช่วยป้องกันไม่ให้วนกลับไปเสพยาได้

มาตรการที่ 3 เสริมสร้างการจัดการตนเอง (Self Management) ของผู้ผ่านการบำบัด โดยเน้นให้ความสำคัญด้านความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดได้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าตนเองยังเป็นบุคคลที่มีความสามารถและมีคุณค่า สามารถดำรงชีวิตและสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมได้

สอดคล้องกับ ปิยวรรณ ทัศนัญชลี (2554) ที่พบว่า บุคคลที่มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น มีการยังยั้งชั่งใจและพร้อมที่จะเลิกเสพยาบ้า แม้จะนึกถึงยาบ้าหรือสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า ก็จะไม่วนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำอีก ดังนั้น ผู้จะไม่วนกลับไปเสพยาบ้าจำเป็นต้องมีการยังยั้งชั่งใจและควบคุมตนเองที่ดี สามารถวิเคราะห์ไตร่ตรองถึงสาเหตุอันนำไปสู่อาการอยากเสพยาบ้า หากบุคคลสามารถปฏิเสธการเสพยาบ้าได้ จะมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะ

ใจตนเองได้ และเกิดความรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดกำลังใจในการปฏิเสธการเสพยาบ้าในครั้งต่อ ๆ ไปได้ง่ายขึ้น

ระดับครอบครัว

มาตรการที่ 4 สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) ด้วยการเปิดใจยอมรับ (Open Mind) ให้โอกาส (Give Opportunity) และช่วยเหลือ สนับสนุน (Support)

ผลการศึกษาพบว่า สถาบันครอบครัว มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ทั้งนี้ พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อความรู้สึกของผู้ผ่านการบำบัด ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดมีพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำและไม่เสพยาซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้ผ่านการบำบัดยังให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวมากที่สุด และความสุขในชีวิตของผู้ผ่านการบำบัด ส่วนใหญ่ คือ การได้อยู่ร่วมกับครอบครัว

ดังนั้น มาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ จึงควรมีมาตรการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการเปิดใจยอมรับความคิดเห็นของผู้ผ่านการบำบัด (Open mind) ให้โอกาสแก่ผู้ผ่านการบำบัด (Give Opportunity) นอกจากนี้ ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้หวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ เพราะผู้ผ่านการบำบัดตั้งใจเลิกเสพยาเสพติดซ้ำ และต้องการทำงานที่สุจริต แต่ยังขาดการให้ความช่วยเหลือ ขาดการแนะนำ วางแผนจากครอบครัว จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและไม่สามารถเลิกเสพยาซ้ำได้ (อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม และคณะ, 2550)

ระดับชุมชน

มาตรการที่ 5 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการยอมรับ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และติดตามเฝ้าระวังในชุมชน

การแก้ไขปัญหาสารเสพติดโดยแนวทางวัฒนธรรมชุมชน ได้แก่ ความเป็นชุมชนที่ยังคงมีอยู่สูง มีฐานและทุนเดิมทางด้านภูมิปัญญา วัฒนธรรมที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการมีผู้นำที่เคยปลูกและเสพ ซึ่งเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้เสพและครอบครัวได้ดี กระบวนการแก้ปัญหาที่ทุกส่วน ทุกฝ่ายในชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยเห็นร่วมกันว่า ปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้น เป็นปัญหาร่วมรวม ไม่ใช่ส่วนตัว (อภิรักษ์ อร่ามรัตน์, 2551) สอดคล้องกับนโยบายของศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) ที่กำหนดยุทธศาสตร์ป้องกัน/ป้องปราม โดยมียุทธศาสตร์การป้องกันพฤติกรรมยาเสพติดซ้ำ โดยกำรสร้าง ความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการต่อสู้กับปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง และชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาอย่างมีคุณภาพ และถือว่าการสร้างแนวป้องกันยาเสพติดภาค

ประชาชนเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในปี 2556 (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.), 2556)

ระดับสังคม

มาตรการที่ 6 การบังคับใช้กฎหมาย สอดคล้องกับ แผนปฏิบัติการ "90 วันพ่นภัยยาเสพติด" มาตรการที่ 6 หัวข้อ 6.3.4 ที่ใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวดในการค้นหาและนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาตามความเหมาะสม รวมไปถึงการสร้างกลไกการติดตาม พัฒนา ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ให้มีอาชีพ มีงานทำ มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.), 2554)

มาตรการที่ 7 การสร้างเครือข่ายทางสังคม ด้วยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Disciplinary) อย่างบูรณาการ (Integration) และทำงานเป็นทีม (Team Working) สอดคล้องกับ แผนปฏิบัติการ "90 วันพ่นภัยยาเสพติด" มาตรการที่ 5 หัวข้อ 5.4 การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของมาตรการในทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.), 2554)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ควรแก้ไขปัญหามันทุกระดับ ดังนี้

1.1 ระดับผู้ผ่านการบำบัด ควรมีการดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดที่กลับมาใช้ชีวิตในชุมชน ดังนี้

1.1.1 ควรมีการพัฒนาบุคลิกภาพ (Personal Development) ของผู้ผ่านการบำบัดแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (coping skill)

1.1.2 ควรมีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต

1.1.3 ควรมีการสร้างทักษะให้กับผู้ผ่านการบำบัดให้สามารถจัดการตนเอง (Self-Management) ได้ โดยเน้น / ให้ความสำคัญด้านความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

1.2 ระดับครอบครัว ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement) ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเข้ารับการบำบัดรักษา การมีส่วนร่วมในการบำบัด และการมีส่วนร่วมในการติดตามให้ความช่วยเหลือกับผู้ผ่านการบำบัด โดยควรให้การเปิดใจ ยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด (Open mind) ให้โอกาสแก่ผู้ผ่านการบำบัด (Give Opportunity) และ ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพยาซ้ำ

1.3 ระดับชุมชน ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) โดยควรสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้าน 1) การติดตามเฝ้าระวังการเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน 2) การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม (Social Capital) และ 3) การยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/สังคม

1.4 ระดับสังคม (ระดับจังหวัด) ควรดำเนินการควบคู่กันไปทั้งการบังคับใช้กฎระเบียบ และมาตรการทางสังคมตลอดจนการบูรณาการร่วมกัน ดังนี้

1.4.1 ควรมีการบังคับใช้กฎระเบียบและมาตรการทางสังคม (Enforcement) ให้เด็ดขาดเพื่อควบคุมแหล่งจำหน่ายยาบ้าในชุมชน และเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด

1.4.2 ควรสร้างเครือข่ายสังคม (Social Networking) ด้านการทำงาน (แม่ข่าย) เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม (Team Working) และเกิดการทำงานแบบบูรณาการ (Integrated) ของทีมงานในลักษณะสหสาขาวิชา (Disciplinary)

นอกจากนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล) ควรเข้ามามีบทบาทในการป้องกันการเสพยาซ้ำ โดยเฉพาะในด้านการอุดหนุนงบประมาณในการดำเนินการ การสร้างอาชีพและสร้างรายได้ให้แก่ผู้ผ่านการบำบัด เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดได้มีอาชีพ มีรายได้ และมีที่ยืนในสังคม

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาเพื่อทดลองใช้และประเมินผลมาตรการป้องกันการเสพยาซ้ำในกลุ่ม ผู้ผ่านการบำบัดที่ได้จากการศึกษาวิจัย ครั้งนี้

3.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมาตรการป้องกันการเสพยาซ้ำในชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เพราะบริบทของชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งนี้ชุมชนเมืองจะมีความซับซ้อนของปัญหายาเสพติดสูงกว่าชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทำได้ยากกว่าชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท



บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for windows (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังรักษา สำหรับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ฉบับพกพา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์. (2544). คู่มือวิทยากร คู่มือหลักสูตรการดำเนินงานค่ายบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด - พฤติกรรมการบำบัด. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก คู่มือกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Skills Group). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองบัญชาการการศึกษา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2554). e-learning การแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2554, จาก <http://pknow.edupolice.org/book/5.html>
- จัตตชัย ใหม่เขียว. (2544). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชอบ เข้มกล้า และโกวิท พวงงาม. (2547). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์ (Applied Participatory Action Research). กรุงเทพฯ: เสมาธรรม.
- ชลัดดา ขวัญเมือง. (2542). การศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาคณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏกลุ่มภาคเหนือตอนล่าง. พิษณุโลก: สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- ชาย โพธิ์ลีตา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.

- ธงชัย กุลวิริยะ. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเสพติดของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3-4 อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ค.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ธีระพล คล้ายสิงห์. (2546). ลักษณะส่วนบุคคล สภาพครอบครัว สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิรุจน์ อุทธา, กัญญา ภูระหงษ์, วิมล ลักษณะนาภิชนชัย, บังอร สุปรีดา และเสาดาทหอ ไสดาติส. (2548). การสำรวจอัตราอัตราการเสพยาบ้าและการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- บังอร สุปรีดา, อรุณญา แพ้จุ้ย, พัทธกะ สุริยะใจ, เกษภาววัลย์ ตันริยงค์ และกณณิกา สิทธิพงษ์. (2549). การสำรวจอัตราการเสพยาบ้าและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในภาคเหนือ. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประภาพร จินันทุยา. (2544). แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ปรีศนา รณสีดา. (2552). ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่งผลต่อการเสพยาบ้าของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ในระบบบังคับบำบัดในจังหวัดขอนแก่นและยโสธร. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปิยวรรณ ทศนาญชลี. (2554). กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ : กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด The process of non becoming amphetamine addict: A case study of rehabilitated person in process of correctional system. วารสาร สหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี, 1(3), 36-48.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพและไม่เสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ที่ติดแอมเฟตามีนหลังการรักษา 1 ปี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 136-145.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2555). วิธีการเชิงผสมผสานสำหรับการวิจัยและประเมิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). โครงการบ้านสีขาว
ทฤษฎีพื้นฐานสำหรับวิทยากร. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
- วันเพ็ญ อำนาคิตกร. (2552). **อัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจ เลิก
ยาของผู้ติดยาเสพติด ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์
วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.**
- วันเพ็ญ อำนาคิตกร. (2553). **ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยา
เสพติดในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันธัญญารักษ์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.**
- วิภา ด้านอำรุงกุล, สุมาลี มาคำ และกนกศักดิ์ แดงทิม. (2549). **การวิเคราะห์ลักษณะประชากร
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติ. กรุงเทพฯ:
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2554). **การวิเคราะห์พหุระดับ Multi-Level Analysis (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2552). **การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ Qualitative
Research in Health Science. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.**
- ศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดสุโขทัย. (2544). **รายงานผลการปฏิบัติงาน
ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปี 2541-2543. สุโขทัย: ศูนย์ปฏิบัติการ
ต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดสุโขทัย.**
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.). **สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติด. (2552). ปฏิบัติการ "90 วัน พ้นภัยยาเสพติด". กรุงเทพฯ:
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) สำนักงานคณะกรรมการ
ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.**
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.). (2554). **ปฏิบัติการวาระ
แห่งชาติ "พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด" แนวทางการดำเนินงานตาม
ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2555, จาก
http://www.lopburi.go.th/narcotic/open_file_book_command.php?id=15**
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.). (2556). **ร่างกรอบยุทธศาสตร์
ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2558.
สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2557, จาก [http://www.nccd.go.th/upload/news/1\(77\).pdf](http://www.nccd.go.th/upload/news/1(77).pdf)**

- สุภาวดี แก้วประดับ. (2549). การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.
- สุริย์ บุญญานพวงศ์, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น, กุลิสรา กฤตวรกาญจน์, วิลาวัลย์ หงษ์นคร และผจงจิต ตีปประสอน. (2553). รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553, จาก http://www.sri.cmu.ac.th/~srilocal/drugs/research-details.php?research_id=47
- สุรวัดน์ คุวิเศษแสง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองกับการเสพติดของเยาวชน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สุลี แซ่ชื่อ. (2546). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- โสภา งามกระแสนธุ์. (2548). ความแตกต่างของการควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้ที่หยุดเสพติดยาบ้า และผู้ที่กลับมาเสพติดยาบ้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). 5 ร้ว ล้อมไทย พ้นภัยยาเสพติด. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/9831>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). พินยาเสพติด ทำผู้เสพติดป่วยโรคจิตเกือบ 3,000 ราย. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/20398>
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2552). กรอบยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2552. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2554, จาก https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:0q0F1RcGWUQJ:123.242.173.4/v2/images/stories/document/dope_strategy_2552.doc
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2553). การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.oncb.go.th/PortalWeb/urlName.jsp?linkName=document/p1-solution.htm>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2554). ข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงาน ป.ป.ส. สำนักงาน ป.ป.ส. เผยสถานการณ์ยาเสพติด ยาบ้าครองแชมป์
ช่วงปฏิบัติการฯ ระยะที่ 2. สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2554, จาก [http://information.
oncb.go.th/index.php?](http://information.oncb.go.th/index.php?)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2554). สรุปผลการดำเนินงานด้าน

การบำบัดรักษา ประจำปีงบประมาณ 2553. สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2554,
จาก <http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=content&view=article&id.>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2555). สรุปผลการดำเนินงาน

ด้านการบำบัดรักษา ประจำปีงบประมาณ 2555. สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2554,
จาก <http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=content&view=article&id>

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 6. (2554). แนวทางการดำเนินงาน ตามแผน

ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ.2555 ของจังหวัดและอำเภอ.
พิษณุโลก: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 6.

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 6. (2554). สรุปสถานการณ์เฝ้าระวัง

ยาเสพติดพื้นที่จังหวัดสุโขทัยห้วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2553.
พิษณุโลก: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 6.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2541). รายงานผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายา

เสพติดจังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2548). รายงานวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันและ

แก้ไขปัญหายาเสพติด. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2554). ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา

ยาเสพติด (บสต.1-5). สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2554, จาก [http://antidrug.moph.
go.th/beta2/report/ reportIndex_New.php](http://antidrug.moph.go.th/beta2/report/reportIndex_New.php)

สำนักงานสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). กรมแพทย์ชุกยุทธศาสตร์พลังแผ่นดิน

เอาชนะยาเสพติด. สืบค้นเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2552, จาก [http://www.moph.go.th/
ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=29456.](http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=29456)

สำนักวิจัยเอนแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (ม.ป.ป). สถานการณ์ยาเสพติดในชุมชนระดับ

ครัวเรือน หลังรัฐบาลประกาศสงครามยาเสพติดครบรอบ 1 ปี : กรณีศึกษา
ตัวอย่างประชาชนใน 30 จังหวัดทั่วประเทศ. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553,

จาก <http://www.aspacngo.org/thai/abac/research3.htm>

- อนุพงศ์ จันทร์จุฬา, สุดใจ พันธุ์ภักดี, สินี วงษ์โสพนากุล และจันทร์ โอทอง. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนของครอบครัวและการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด: กรณีศึกษาในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคใต้. สงขลา: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- อนันท์ อร่ามรัตน์. (2551). การพัฒนางานวิชาการสารเสพติดในภาคเหนือ. เชียงใหม่: ศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรชุนา พุ่มสวัสดิ์. (2539). การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของตนเอง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์, รัตนา บรรณาธรรม, แวรัตน์ โชตินิพนธ์ และสหทัยา หนูพลับ. (2550). ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2554, จาก http://www.sri.cmu.ac.th/~srilocal/drugs/research_files/research_32_0.pdf
- อินชัย อุ่นน้อย. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ป่วยยาเสพติดหลังบังคับบำบัด : กรณีศึกษาอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ รป.ม., มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย.
- เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์. (2555). การออกฤทธิ์ ของยาเสพติดในสมอง. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2555, จาก http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/work_5.pdf
- ฤทัยรัตน์ ไกรรอด. (2552). ยาเสพติด “มฤตยูร้าย” ทำลายโลก. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2554, จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/9833
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I. and Driver, B. L. (1991). Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. *Leisure Sciences*, 13, 185-204.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological Bulletin*, 82(2), 261-277.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Asuni T., Pela OA. (1986). Drug abuse in Africa. Retrieved August 14, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3490891>
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of education*. New York: David McKay.
- Branden, N. (1981). *The psychology of self-esteem* (15th ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists.
- Brecht, M.L., Greenwell, L. and Anglin, M.D. (2005). Methamphetamine treatment: Trends and predictors of retention and completion in a large state treatment system (1992-2000). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 295-306.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedent of self-esteem* (2nd ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem inventories*. California: Consulting Psychologist.
- Creswell, J.W. and Plano-Clark, V.L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Croyle, R.T. (2005). *Theory at a Glance: Application to Health Promotion and Health Behavior* (2nd ed.). USA.: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- Dunn, S. and Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1, 153-161.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.

- Hamachek, Don. (1992). *Encounters with the self* (4th ed.). Fort Worth: Holt, Rinechart and Winston.
- Horan, M.L., Kim, K.K., Gendler, P., Froman, R.D. and Patel, M.D. (1998). Development and evaluation of the Osteoporosis Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing and Health*, 21, 395–403.
- Kulsudjarit K., (2004). Drug problem in southeast and southwest Asia. Retrieved January 24, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15542748>
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper&Row.
- Mass, C.J.M. and Hox, J.J. (2004). *Sample size for multilevel modeling*. Netherlands: Department of Methodology and Statistics, Utrecht University.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, SA., et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372, 1733–1745.
- Neuman, B. (1989). Health as a continuum based on the neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, 129-135.
- Poshyachinda, V. (1993). *Drugs and AIDS in Southeast-Asia*. Retrieved January 22, 2010, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037907389390040H>
- Resnick, B., and Jenkins, L.S. (2000). Testing the reliability and validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale. *Nursing Research*, 49(3), 154-159.
- Resnick, B., Luisi, D., Vogel, A. and Junaleepa, P. (2004). Reliability and validity of the self-efficacy for exercise and outcome expectations for exercise scales with minority older adults. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 235-247.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. USA: Basic Books.
- Samira Golestan., (2010). *Factors influencing relapse among male adolescent opium addicts in Kerman, Iran*. Master thesis, M.S., University Putra, Malaysia.

Schutz, A. (1967). Symbol, reality and society. In *Collected papers*. Nijhoff, The Hague:
The Problem of Social Reality.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. and
Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation.
Psychological Reports, 51, 663-671.

Suwanwela C. and Poshyachinda V. (1986). *Drug abuse in Asia*. Retrieved January
17, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3535959>

Tulia, A.P. and Liwag, M.E. (2011). Predictors of relapse in Filipino male
methamphetamine users: a mixed methods approach. *J Ethn Subst Abuse*,
10(2), 162-179.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *World drug report 2009*. Vienna.
Retrieved March 25, 2011, from <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *Methamphetamine*. Retrieved January
12, 2011, from <http://www.unodc.org/eastasiaandpacific/en/event/drugs/methamphetamine.html>

Von Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on general systems theory*. New York: George
Braziller.

World Health Organization. (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Retrieved March 24, 2011, from
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

World Health Organization. (2010). *ATLAS-SU: Resources for the prevention and Treatment of substance use disorders*. Geneva: Switzerland.

Yen, C.F. and Chang, Y.P. (2005). Relapse antecedents for methamphetamine use and related factors in Taiwanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59(1), 77-82.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยจันทรเกษม

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้า	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถแห่งตน	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเผชิญปัญหา	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้า	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 6 วุฒิภาวะทางอารมณ์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 7 การเห็นคุณค่าตนเอง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 8 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า	จำนวน 11 ข้อ

ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลของท่านเป็นประโยชน์สูงสุด ขอความกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาและสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(นายสุทธิชัย ศิรินวล)

นิสิตหลักสูตรสาธิตารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธิตารณสุขศาสตร์

คณะสาธิตารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือเติมตัวเลขหรือข้อความลงในช่องว่างที่จัดเตรียมไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปีบริบูรณ์ (หากเกิน 6 เดือนให้นับเป็นเต็มปีบริบูรณ์)
3. สถานภาพสมรสของท่าน ☐ โสด ☐ สมรส
☐ หม้าย/หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
☐ อื่น ๆ.....
4. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ.....
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. ☐ อนุปริญญา / ปวส.
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. ท่านมีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน
7. ท่านประกอบอาชีพหลัก
☐ ว่างงาน ☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย / ประกอบธุรกิจส่วนตัว
☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ ☐ อื่น ๆ.....

8. สภาพครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร

- | | |
|---|--|
| ☐ บิดาและมารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน | ☐ บิดาและมารดาแยกทางกันอยู่ |
| ☐ บิดาหรือมารดาเสียชีวิต | ☐ บิดาและมารดาเสียชีวิต |
| ☐ อื่น ๆ..... | |

9. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ บิดาและมารดา | ☐ บิดา | ☐ มารดา |
| ☐ คู่รัก/คู่สมรส | ☐ อาศัยอยู่ตามลำพัง | ☐ อื่น ๆ..... |

10. สัมพันธภาพระหว่างท่านและครอบครัวหลังเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดเป็นอย่างไร

- | | |
|---|--|
| ☐ ครอบครัวยอมรับและให้การช่วยเหลือ | ☐ ครอบครัวไม่ยอมรับ |
|---|--|

11. การบำบัดรักษาครั้งสุดท้าย เป็นการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่.....

12. การบำบัดรักษาครั้งสุดท้าย เป็นการบำบัดรักษาด้วยวิธีใด

- | |
|---|
| ☐ ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม |
| ☐ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป |
| ☐ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน |
| ☐ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถานีอนามัย) |
| ☐ ค่าคุมประพฤติ |
| ☐ อื่นๆ..... |

13. ท่านได้รับการบำบัดรักษาคืบตามเกณฑ์มาแล้ว.....เดือน

14. ระยะเวลาที่ท่านเสพยาบ้าก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งสุดท้าย.....เดือน

15. ในระยะเวลา 12 เดือนหลังจากผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดครบตามกำหนดแล้ว ท่านเสพยาบ้าซ้ำ.....ครั้ง

16. บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเสพยาบ้าซ้ำของท่านมากที่สุดคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ บิดา | ☐ มารดา | ☐ แฟน/คู่รัก |
| ☐ สามี/ภรรยา | ☐ ญาติพี่น้อง | ☐ เพื่อนสนิท |
| ☐ เพื่อนร่วมงาน | ☐ หัวหน้างาน | ☐ เพื่อนบ้าน |
| ☐ ผู้นำในชุมชน | ☐ อื่นๆ..... | |

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำการนั้นได้ในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำการนั้นได้ในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำการนั้นได้ในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำการนั้นได้ในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความตั้งใจว่าจะกระทำการนั้นได้ในระดับน้อยที่สุดหรือตั้งใจจะไม่กระทำการนั้น ๆ เลย

ข้อ	ความตั้งใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ	ระดับความตั้งใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ในชีวิตนี้ ฉันตั้งใจที่จะไม่เสพยาบ้าอีก					
2	ฉันตั้งใจที่จะแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆ ในสถานเริงรมย์ที่มีการเสพยาบ้า					
3	ฉันตั้งใจจะคบเพื่อนกลุ่มใหม่ที่ไม่เสพยาบ้า					
4	ฉันตั้งใจว่าจะชักชวนเพื่อนที่เสพยาบ้าให้เลิกเสพ					
5	ฉันตั้งใจจะกลับไปคบหากับเพื่อนที่ค้ายาบ้าเพื่อจะได้ยาบ้ามาเสฟง่ายขึ้น					
6	ฉันตั้งใจเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้ครอบครัวมีความสุข					
7	ฉันตั้งใจจะใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์โดยไม่เสพยาบ้า					
8	ฉันตั้งใจที่จะกลับไปรวมกลุ่มกับเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าด้วยกันเพื่อเสพยาบ้าอีกครั้ง					
9	ถ้ารู้สึกเหงาฉันตั้งใจจะชักชวนกลุ่มเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าไปเล่นกีฬาเพื่อให้ลืมความเหงา					
10	ฉันตั้งใจจะไปกับเพื่อนทันทีหากถูกชักชวนให้เสพยาบ้า					

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถแห่งตน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านคาดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านคาดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ในระดับมาก

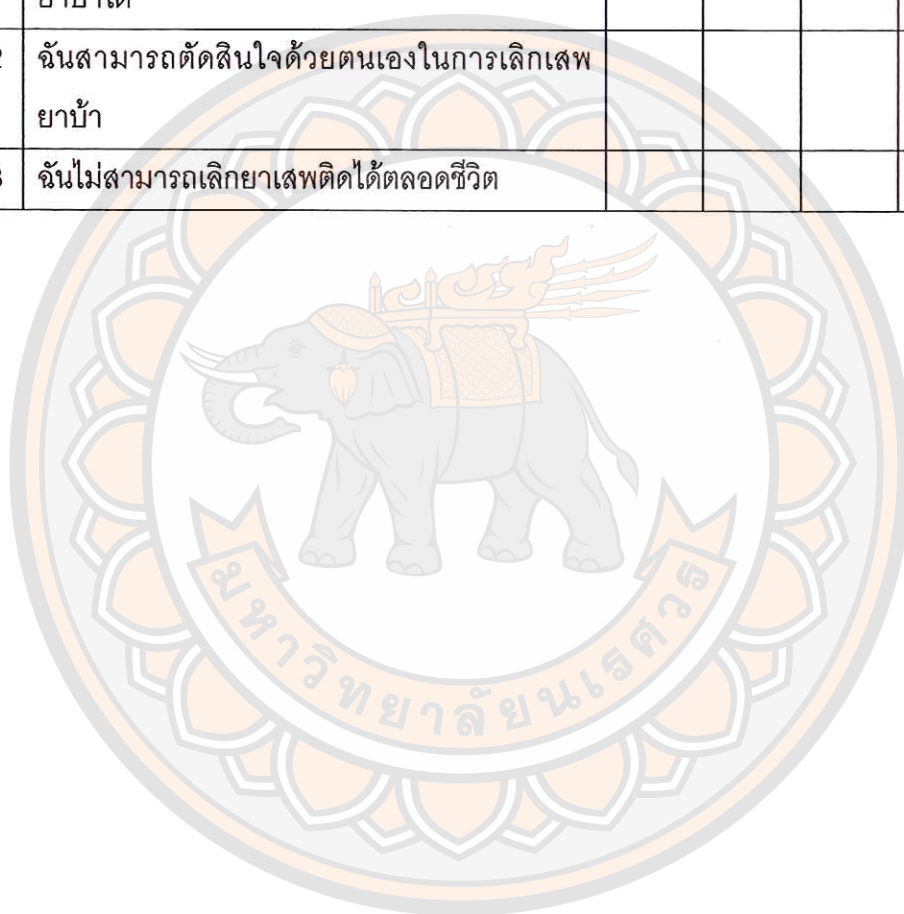
ปานกลาง หมายถึง ท่านคาดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านคาดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านคาดว่าท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ในระดับน้อยที่สุด

ข้อ	การรับรู้ความสามารถแห่งตน	ระดับการรับรู้ความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การรับรู้ความสามารถแห่งตนทั่วไป					
1	ฉันมักจะทำงานไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้					
2	เมื่อฉันตัดสินใจทำอะไรแล้ว ฉันจะลงมือทำอย่างไม่ย่อท้อ					
3	เมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้า ฉันสามารถจัดการได้					
4	ฉันสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ที่เข้ามาในชีวิตฉันได้					
5	มันเป็นเรื่องที่ยากสำหรับฉันที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ					
6	ฉันไม่มั่นใจในความสามารถของฉันว่าจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จ					
7	ฉันสามารถปรับตัวเข้ากับคนในชุมชนของฉันได้					
	การรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ					
8	ฉันสามารถบังคับตนเองไม่ให้เสพยาบ้าได้เมื่อฉันเห็นเพื่อนหรือบุคคลอื่นเสพยาบ้า					
9	ฉันไม่สามารถเลิกคบกับเพื่อนที่ยังเสพยาบ้าอยู่ได้					

ข้อ	การรับรู้ความสามารถแห่งตน	ระดับการรับรู้ความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10	ฉันไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด ของฉันในการเลิกเสพยาบ้า					
11	ฉันสามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้ลืมการเสพยาบ้าได้					
12	ฉันสามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการเลิกเสพยาบ้า					
13	ฉันไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ตลอดชีวิต					



ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเผชิญปัญหา

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อยที่สุด

ข้อ	ความสามารถในการเผชิญปัญหา	ระดับความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	เมื่อมีเรื่องถกเถียงกับคนใกล้ชิด ฉันสามารถพูดคุยเพื่อปรับความเข้าใจกันได้					
2	เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ฉันจะตั้งสติและให้กำลังใจตนเอง					
3	เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาได้					
4	เมื่อทำงานผิดพลาด ฉันคิดว่าฉันสามารถแก้ไขและปรับปรุงข้อผิดพลาดให้ดีขึ้นได้					
5	เมื่อเกิดความท้อแท้ในชีวิต ฉันไม่สามารถสร้างกำลังใจให้กับตนเองได้					
6	เมื่อรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงาน ฉันจะอดทนเพื่อทำงานให้สำเร็จ					
7	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ฉันไม่สามารถขอรับคำปรึกษาจากใครได้					

ข้อ	ความสามารถในการเผชิญปัญหา	ระดับความสามารถ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8	ฉันจะไม่ท้อแท้กับปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะรู้ว่าสามารถแก้ไขได้					
9	เมื่อเพื่อนชักชวนให้เสพยาบ้า ฉันไม่สามารถหาทางปฏิเสธได้					
10	เมื่อเพื่อนคุยเสียดังรบกวนขณะทำงาน ฉันไม่สามารถอดทนทำงานต่อจนเสร็จลุล่วงได้					



ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้า

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับได้ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ทศนคติต่อการเลิกเสพยาบ้า	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้การทำงาน / การเรียนดีขึ้น					
2	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ครอบครัวมีความสุข					
3	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ทำงานได้น้อยลง					
4	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ครอบครัวปรองดองกัน					
5	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้มีสมาธิน้อยลง					
6	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ได้รับความใส่ใจจาก ครอบครัวน้อยลง					
7	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย					
8	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้มีรายได้ลดลง					
9	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ชีวิตมีความสุข					
10	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น					
11	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ขาดความมั่นใจ					
12	การเลิกเสพยาบ้า ทำให้ค่าใช้จ่ายน้อยลง					
13	การเลิกเสพยาบ้า ไม่ได้ทำให้สังคมดีขึ้นเลย					
14	การเลิกเสพยาบ้าทำให้ชุมชน/หมู่บ้านมีความ สงบสุข					

ส่วนที่ 6 วุฒิภาวะทางอารมณ์

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	วุฒิภาวะทางอารมณ์	ระดับความรู้สึก				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงฝ่าฝืนกฎระเบียบของชุมชน					
2	ก่อนที่จะฉันจะลงมือทำอะไร ฉันมักจะคิดให้รอบคอบเสียก่อน					
3	หากบุคคลรอบข้างทำอะไรที่เป็นการขัดใจ ฉันจะรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมตัวเองไม่ได้					
4	ฉันมีความสุข เมื่อได้ฝ่าฝืนกฎระเบียบของชุมชน					
5	เมื่อมีคนมาตำหนิฉัน ฉันจะตอบโต้ทันทีทันใด					
6	ฉันมีความรู้สึกผิด เมื่อทำผิดกฎระเบียบของชุมชน					
7	เวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ฉันรับรู้ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน					
8	ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน					

ส่วนที่ 7 การเห็นคุณค่าตนเอง

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	การเห็นคุณค่าตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1	ฉันรู้สึกว่าฉันสมบูรณ์แบบที่สุดในตอนนี้					
2	ฉันสามารถทำในสิ่งต่าง ๆ ที่คนส่วนใหญ่ทำได้					
3	ฉันรู้สึกไม่ค่อยภูมิใจในตัวเองมากนัก					
4	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีคุณค่าสำหรับใครเลย					
5	ฉันรู้สึกว่าฉันล้มเหลวไปเสียทุกอย่าง					
6	ฉันอยากให้ผู้อื่นยอมรับในตัวฉัน					
7	ฉันรู้สึกว่าอย่างน้อย ฉันก็มีคุณค่าทัดเทียมกับบุคคลอื่น ๆ					
8	ผู้อื่นมักมองข้ามความสำคัญของฉันไป					
9	ฉันพอใจที่ยังทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้					
10	ฉันภูมิใจกับประสบการณ์การทำงานของฉัน					
11	ฉันสามารถทำอะไรหลายอย่างได้ ในขณะที่คนอื่นทำไม่ได้					
12	ฉันรู้สึกว่าตนเองยังเป็นคนที่มีความรักและเป็นห่วง					

ส่วนที่ 8 แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความแต่ละข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวเท่านั้น โดยแบ่งระดับดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจในข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	แรงจูงใจ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพราะกลุ่มเพื่อนของฉันเลิกเสพยาบ้าหมดแล้ว					
2	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพราะฉันไม่อยากเป็นบุคคลเดียวที่แตกต่างจากเพื่อนในกลุ่ม					
3	ฉันเสพยาบ้าเพราะฉันชอบอาการเคลิบเคลิ้มจากฤทธิ์ของยา					
4	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้ร่างกายฉันได้พักผ่อน					
5	ฉันเสพยาบ้าเพราะฉันไม่รู้จะทำอะไรในเวลาว่าง					
6	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพราะต้องการให้ผู้อื่นประทับใจในตัวฉัน					
7	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพราะไม่อยากทำผิดกฎระเบียบของหมู่บ้าน					
8	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพื่อไม่ให้มีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น					
9	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้พ่อแม่ของฉันยอมรับ					
10	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้เพื่อน ๆ ยอมรับ					
11	ฉันเลิกเสพยาบ้าเพื่อให้มีแรงทำงานหารายได้					

แบบสัมภาษณ์ 1

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ผ่านการบำบัด
การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

1. ท่านได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีใด
2. ท่านผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพมาแล้วเป็นระยะเวลาเท่าไร
3. ปัจจุบันท่านยังเสพยาบ้าอยู่หรือไม่
4. ท่านคิดว่าเหตุผลที่ท่านเสพหรือไม่เสพยาบ้าซ้ำ หลังจากได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามเกณฑ์ เพราะอะไร
5. ท่านคิดว่าตัวท่าน มีส่วนทำให้เกิดการเสพยาบ้าซ้ำหลังผ่านการบำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคิดว่าครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวของท่าน มีผลทำให้เกิดการเสพยาบ้าซ้ำหลังผ่านการบำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าผู้คนในชุมชนของท่านมีส่วนทำให้ท่านเสพหรือไม่เสพยาบ้าซ้ำ หลังผ่านการบำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร
8. ท่านคิดว่าการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด มีผลทำให้ท่านเสพหรือไม่เสพยาบ้าซ้ำหลังการบำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร

แบบสัมภาษณ์ 2

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกสมาชิกครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัด
การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

1. บุตร/หลานหรือญาติของท่านได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีใด
2. บุตร/หลานหรือญาติของท่านผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพมาแล้วเป็น
ระยะเวลาเท่าไร
3. ปัจจุบันบุตร/หลานหรือญาติของท่านยังเสพยาบ้าอยู่หรือไม่
4. ท่านคิดว่าเหตุผลที่ทำให้บุตร/หลานหรือญาติของท่านเสพยาบ้าหรือไม่เสพยาบ้า
หลังจากได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามเกณฑ์ เพราะอะไร
5. ท่านคิดว่าตัวบุตร/หลานหรือญาติของท่าน มีส่วนทำให้เขาเสพยาบ้าหลังจาก
บำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านคิดว่าท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่าน มีผลทำให้บุตร/หลานหรือญาติของ
ท่านเสพยาบ้าหลังจากการบำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่าผู้คนที่ชุมชนของท่านมีส่วนทำให้บุตร/หลานหรือญาติของท่านเสพยาบ้า
หรือไม่ อย่างไร
8. ท่านคิดว่าการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด มีผลทำให้บุตร/หลานหรือญาติของ
ท่านเสพยาบ้าหรือไม่ อย่างไร

ประเด็นการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C

ประเด็นสำหรับการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C

(Appreciation-Influence-Control)

การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

การจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

(ผู้วิจัยนำเสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นผลการวิจัยในระยะที่ 1)

1. ท่านคิดว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในจังหวัดสุโขทัย ที่ผู้วิจัยนำเสนอ มีความครอบคลุมหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านคิดว่ามาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในระดับบุคคล ควรเป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่ามาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในระดับครอบครัว ควรเป็นอย่างไร
4. ท่านคิดว่ามาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในระดับชุมชน ควรเป็นอย่างไร
5. ท่านคิดว่ามาตรการในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในระดับจังหวัด ควรเป็นอย่างไร
6. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง ในการสร้างมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด

ประเด็นการจัดทำประชาคม

ประเด็นสำหรับการจัดเวทีประชาคม (Civil Society Forum) เพื่อยืนยันมาตรการป้องกัน
การเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด
การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

การจัดเวทีประชาคม (Civil Society Forum) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันมาตรการป้องกันการ
การเสพยาบ้าซ้ำ ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

1. ท่านคิดว่า มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในจังหวัด
สุโขทัย ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านคิดว่า มาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ในจังหวัด
สุโขทัย ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ผ่านการบำบัด
ในจังหวัดสุโขทัยได้หรือไม่ อย่างไร และเพราะอะไร
3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ กับมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด ใน
จังหวัดสุโขทัย เพราะอะไร
4. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง ต่อมาตรการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำในกลุ่มผู้ผ่าน
การบำบัดจังหวัดสุโขทัย ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

แบบสอบถามความคิดเห็น

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง มาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นท่านต่อมาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้า ทั้งนี้เพื่อยืนยันมาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้า ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย และขอให้ท่านตอบคำถามตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน

ด้านความเหมาะสม

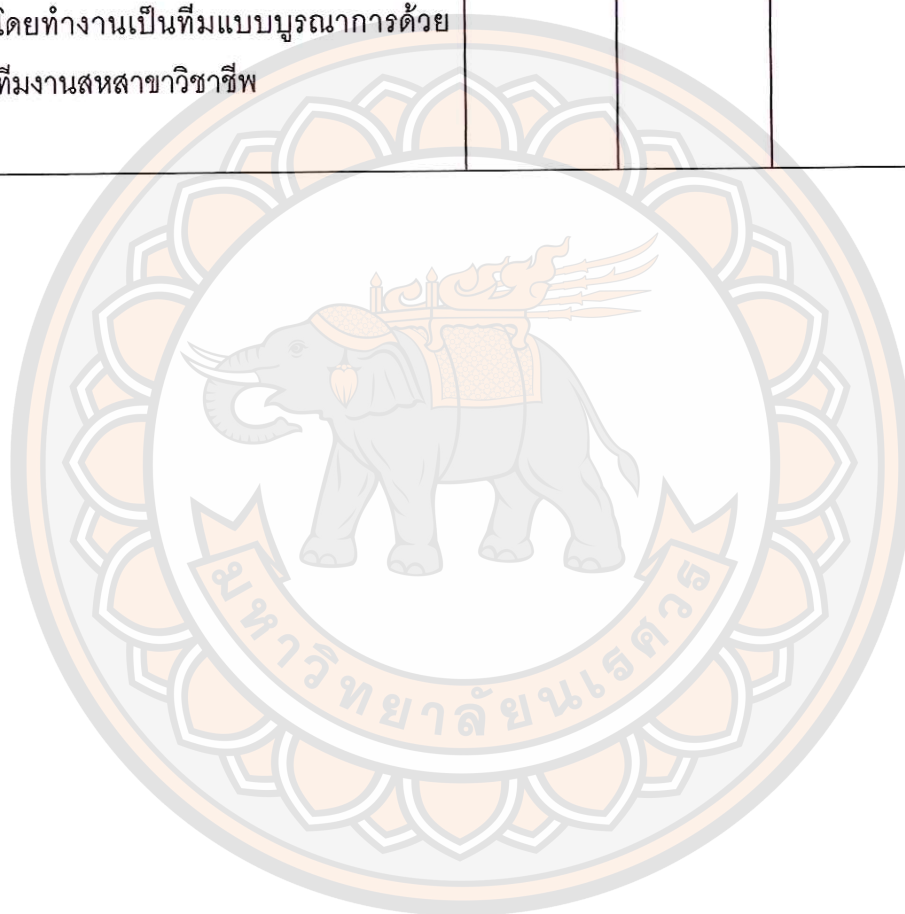
มาตรการป้องกันการเสพติดยาบ้า	ความคิดเห็นของประชาชน		
	ความเหมาะสม		เหตุผล
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
มาตรการที่			
1. พัฒนาศักยภาพของผู้ผ่านการบำบัด โดยพัฒนาแบบองค์รวม (ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ) ร่วมกับการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา			
2. สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต			
3. สร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ผ่านการบำบัด โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง			
4. สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสและให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพติดยาบ้า			

มาตรการป้องกันการเสพติด	ความคิดเห็นของประชาชน		
	ความเหมาะสม		เหตุผล
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
มาตรการที่			
5. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/ สังคม ติดตามเฝ้าระวังการเสพติดซ้ำ ของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน และ ช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต ของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดย คำนึงถึงทุนทางสังคม			
6. บังคับระเบียบชุมชนและมาตรการทาง สังคม			
7. สร้างเครือข่ายทางสังคมด้านการทำงาน โดยทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการด้วย ทีมงานสหสาขาวิชาชีพ			

ด้านการนำไปปฏิบัติ

มาตรการป้องกันการเสพติด	ความคิดเห็นของประชาชน		
	ความเหมาะสม		เหตุผล
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	
มาตรการที่			
1. พัฒนาศักยภาพของผู้ผ่านการบำบัด โดยพัฒนาแบบองค์รวม(ด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ) ร่วมกับพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา			
2. สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ผ่านการบำบัดด้วยการกำหนดเป้าหมายชีวิต			
3. สร้างเสริมการจัดการตนเองของผู้ผ่านการบำบัด โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง			
4. สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเปิดใจยอมรับความผิดพลาดของผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสและให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัดไม่ให้วนกลับไปเสพติดซ้ำ			
5. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการยอมรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน/ สังคม ติดตามเฝ้าระวังการเสพติดซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน และช่วยเหลือสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยคำนึงถึงทุนทางสังคม			

มาตรการป้องกันกาเสพติด	ความคิดเห็นของประชาชน		
	ความเหมาะสม		เหตุผล
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	
มาตรการที่			
6. บังคับระเบียบชุมชนและมาตรการทางสังคม			
7. สร้างเครือข่ายทางสังคมด้านการทำงานโดยทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการด้วยทีมงานสหสาขาวิชาชีพ			



ภาคผนวก ค ภาพการดำเนินการวิจัย



ภาพ 16 การสัมภาษณ์เชิงลึก



ภาพ 17 การประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)



ภาพ 18 การประชุมยืนยันมาตรฐานการป้องกันการเสพติด
ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด จังหวัดสุโขทัย