



รายงาน “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน
ในการประเมินพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทย”

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล
นายกจักร สอนลา
นางสาวมะลิ แสงผล
นายสุรธาดา สิงหาวาโน
นางสาวณิชากุล ชันบุตรศรี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตุลาคม 2559

ได้รับการสนับสนุนจาก

แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย”

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และ 2) พัฒนาแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย แบ่งการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาแบบประเมิน โดยนำแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติดของ Dillon et al. (2007) มาสร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 26 คน ซึ่งรับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสร้างข้อคำถามรายชื่อในแบบประเมิน และ ขั้นตอนที่สองเป็นการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 366 คน ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุระหว่าง 12- 24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัด ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล จะได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 9 ชุด เป็นแบบสอบถามเรื่อง 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย 3) การเผชิญความเครียด 4) ความเข้มแข็งของครอบครัว 5) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 6) การเห็นคุณค่าในตนเอง 7) ดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า 8) โรคมึนเศร้าด้วย และ 9) ความแข็งแกร่งในชีวิต โดยเครื่องมือชุดที่ 2 – 9 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97, .91, .82, .94, .73, .69, .84 และ .95 ตามลำดับ โดยแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .91 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจโดยวิธีหมุนแกนแบบมุมแหลม รวมการวิเคราะห์ความตรงชนิดต่างๆ ของเครื่องมือ ได้แก่ ความตรงตามสภาพปัจจุบัน ความตรงเหมือน ความตรงเชิงความสอดคล้อง และความตรงเชิงจำแนก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 18-24 ปี เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า โดยเฉพาะบุหรี่ยุติอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.12 ปี (ต่ำสุด คือ 10 ปี) ส่วนใหญ่รับการบำบัดในระบบสมัครใจ เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในใกล้เคียงกัน
2. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก
3. แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยคำถาม 41 ข้อ มีผลการประเมินคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

3.1 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .966 โดยทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกระดับดีขึ้นไป (0.72 – 1.00) ถือเป็นแบบประเมินที่จำแนกความแตกต่างของพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำได้

3.2 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 61.674 และผู้วิจัยได้ตั้งชื่อแต่ละองค์ประกอบว่า เป็นความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดย “ใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” “ใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” “ใช้ความเข้มแข็งแห่งตน” “ใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ” “คำถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” และ “คำถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ”

3.3 การประเมินความตรงตามเกณฑ์สัมพันธของเครื่องมือ พบผลวิจัยดังนี้

3.3.1 มีความตรงตามสภาพปัจจุบัน ดังนี้

1) วิทยาลัยที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในระบบการบำบัดแบบสมัครใจมีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 170.69$ และ 164.30 ตามลำดับ; $t = 2.67$; $p < .05$)

2) วิทยาลัยที่มีสถานะของการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกัน และวิทยาลัยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน จะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน ($F = 4.71$ และ 2.822 ตามลำดับ, $p\text{-value} < .05$)

3.3.2 มีความตรงเหมือน โดยพบว่าพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการเผชิญความเครียดแบบการใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ความเข้มแข็งของครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .587, .432, .285, .255,$ และ $.288$ ตามลำดับ, $p < .05$)

3.3.3 มีความตรงเชิงความสอดคล้อง โดยพบว่า พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้มแข็งในชีวิต ($r = .453, p < .05$)

3.3.4 มีความตรงเชิงจำแนก โดยพบว่า พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดโดยหลีกเลี่ยงปัญหา ($r = .008$)

Abstract

Title: “A Development of the Standardized Instrument to Assess Resilience to Amphetamine Relapse among Thai Adolescent”

The objectives of this study were: 1) to explore the resilience to amphetamine relapse among Thai adolescent, and 2) to develop standard instrument to measuring amphetamine relapse for the Thai adolescent. The study was divided into two steps. In the first step, the qualitative research using in-depth interviews were conducted with 26 amphetamine adolescent users who admitted as in-patient at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). A concept of resilience to drug by Dillon et al. (2007) was employed to guide the qualitative questions. Findings from content analysis as well as literature reviewed of related studies were used to develop items for the instrument. The second step was an evaluation of the developed instrument's psychometric properties. In this step, 366 amphetamine adolescent users age of 12-24 years old, both male and female, who met the inclusion criteria were recruited from 4 tertiary substance hospitals under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health including PMNIDAT, Thanyarak Khonkaen Hospital, Thanyarak Chiang Mai Hospital and Thanyarak Songkhla Hospital. These participants were enrolled to be treated for amphetamine as whether in-patient or out-patient and whether in the voluntary system or compulsory system. The 9 research instruments utilized in this study were demographic questionnaire, the Resilience to Amphetamine Relapse Scale, the Coping Scale, the Family Hardiness Index, the Friend's Support Scale, the Amphetamine Severity Index Scale, the 9 Questions Depression Scale, and The Resilience Inventory. Cronbach alpha reliability of these instruments were as of .965, .907, .818, .937, .727, .694, .838 and .945, respectively. The Resilience to Amphetamine Relapse Scale was validated for content validity by 5 professional experts; the CVI of this new developed instrument was as of .91. Statistical utilized for data analysis were frequencies, percentage, mean, standard deviation, Exploratory Factor Analysis. Concurrent validity, convergent validity, congruent validity and discriminate validity were conducted to test for the quality of the developed instrument.

Major findings were as follows:

1. The majority of adolescent amphetamine users were male, age of 18-24 years old, ever used other substance before amphetamine, mostly cigarette. The mean age of first drug taking was 16.12 years old (minimum was 10). The majority of them were

enrolled to the voluntary treatment system. The proportion of in-patient and out-patient was about the same.

2. The majority of adolescent amphetamine users had resilience to amphetamine relapse in the high level.

3. The Resilience to Amphetamine Relapse Scale, developed by the researcher, comprised of 41 items. Findings from the evaluation of its quality were as follows:

3.1 The Cronbach alpha reliability of this instrument was as of .966. All Items had its discrimination power in a good level (0.72 – 1.00), which implied that this instrument can discriminate amphetamine relapse scores.

3.2 The Exploratory factor analysis revealed that the Amphetamine Relapse Scale composed of 6 factors. The cumulative % of variance for all items 61.674%. The research named these factors as the ability to successfully deal with amphetamine relapse by “using life skills and other strategies by themselves” “using family support” “using self-reliant/ hardiness” “using other supports” “expected for the negative consequences of amphetamine” and “expected for successful in the future”

3.3 Findings of *criterion-related validity* were summarized as follows:

3.3.1 the instrument had concurrent validity;

1) the amphetamine adolescent users who enrolled to the voluntary treatment system had higher scores on resilience to amphetamine relapse than those in the compulsory system ($t = 2.67$; $p < .05$),

2) the amphetamine adolescent users who had different status on current amphetamine used and those who perceived of amphetamine severity, will have significant different scores on resilience to amphetamine relapse and those ($F = 4.71$ and 2.822 , respectively; p -value $< .05$),

3.3.2 the instrument had convergent validity as indicated by the positive significant correlation with self-abilities coping, supported-coping, family hardiness, self-esteem, and friend’s support ($r = .587, .432, .285, .255, \text{ and } .288$ respectively; $p < .05$),

3.3.3 the instrument had congruent validity as indicated by the positive significant correlation with scores on the Resilience Inventory ($r = .453$, $p < .05$).

3.3.4 the instrument had discriminate validity as indicated by no significant correlation with scores on avoidance coping ($r = .008$).

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับสนับสนุนและความร่วมมือของจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายท่าน จนทำให้การค้นคว้าวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทีมวิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินการวิจัยเรื่องนี้จากแผนงานภาคีวิชาการสารสนเทศ (ภวส) และ ศาสตราจารย์ ดร. พญ. สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย ผู้จัดการแผนงานภาคีวิชาการสารสนเทศ ซึ่งให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ โดยให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ และขอขอบคุณบุคลากรสายสนับสนุนของ ภวส ที่คอยให้การช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกด้านการบริหารจัดการโครงการและด้านการเงิน

ขอขอบพระคุณที่ปรึกษาโครงการ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการ อีกทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ทีมวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาในการอ่านเครื่องมือวิจัย อีกทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในการให้ข้อเสนอแนะและให้การรับรองจริยธรรมของโครงการวิจัยเรื่องนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้บริหารของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลในการวิจัยเรื่องนี้

ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยใน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก บุคลากรผู้ประสานงาน ผู้เอื้ออำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้ช่วยวิจัย จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ทั้ง 4 แห่ง

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทุกท่าน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่องานวิจัยชิ้นนี้ โดยประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากผลงานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยขออุทิศแด่กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ขอให้ทุกท่านมีพลังที่เข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการเผชิญกับความเครียดและกดดัน ในระหว่างเข้ารับการบำบัดได้อย่างประสบความสำเร็จ และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

คณะผู้วิจัย

30 ตุลาคม 2559

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ-ช
สารบัญตาราง	ช-ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	11
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นและยาบ้า	12
ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น	13
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า	15
สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า	19
ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า	19
การกลับไปเสพยาในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า	21
นโยบาย ระบบ และขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย	24
ความหมายของการบำบัด	24
นโยบายเร่งรัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย	24
ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย	29
ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	30
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและพลังต้านการเสพยาเสพติด	33
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience)	33
แนวคิดเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)	35
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้า	36
เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Resilience และ Resilience to Drug Use	45
หลักการและแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย	47
ความหมายและความสำคัญของเครื่องมือการวิจัย	47
แนวทางการพัฒนาเครื่องมือ	47
การเลือกและสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย	49
ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	52
วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยแบบอื่นๆ	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Resilience และ Resilience to drug use	70
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ	70
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ	75
สรุปช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับพลังต้านการเสพติดในประเทศไทย	78
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	81
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	81
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	82
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	86
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	94
ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพติด	94
ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	110
การวิเคราะห์ข้อมูล	112
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	114
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ศึกษา	115
ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล	116
ตอนที่ 3 ประวัติการใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน	
ภาวะสุขภาพ และการมีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้สารเสพติด	118
ตอนที่ 4 การรับรู้พลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทยที่เสพติด	122
ตอนที่ 5 องค์ประกอบและคุณภาพของเครื่องมือ	122
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	143
สรุปผลการวิจัย	146
อภิปรายผลการวิจัย	150
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	172
บรรณานุกรม	175-189
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	190
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	192
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างและแบบแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง	205
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	213

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงแนวคิดการใช้ขนาดตัวอย่างสำหรับการใช้สถิติการวิเคราะห์หองค์ประกอบ	66
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณและกลุ่มตัวอย่างจริง จำแนกตามสถานพยาบาลบำบัดรักษาพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค	84
ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้วิจัย	94
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล	115
ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย แหล่งที่มาของรายได้ สถานสมรสของบิดา และบุคคลที่อาศัยด้วยในปัจจุบัน	116
ตารางที่ 6 ประวัติการใช้และการบำบัดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง	118
ตารางที่ 7 การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน	119
ตารางที่ 8 ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ปัญหาด้านร่างกาย/จิตใจจากการเสพยาบ้า การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า	121
ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	122
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอำนาจจำแนกของข้อคำถามรายข้อ ในแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	122
ตารางที่ 11 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์หองค์ประกอบของข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยใช้การทดสอบด้วย Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test	126
ตารางที่ 12 ค่าความสัมพันธ์ของข้อคำถามในแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย หลังจากที่ได้สกัดปัจจัยแล้ว	127
ตารางที่ 13 ค่าไอเกน (eigen value) และค่าความแปรปรวน สำหรับแต่ละองค์ประกอบ ทั้งก่อนและหลังการสกัดองค์ประกอบ	129
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	131
ตารางที่ 15 ค่าอัลฟาของครอนบาค ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างองค์ประกอบย่อยและคะแนนรวมพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	135
ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการเผชิญความเครียดทั้งสามแบบ ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งในชีวิต กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	136

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า	
ตารางที่ 17	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตาม เพศ ระบบที่เข้ารับการบำบัดประเภทผู้ป่วยที่เข้าบำบัดในครั้งปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้า	136
ตารางที่ 18	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามสถานะ การเสพยาบ้าในปัจจุบัน	136
ตารางที่ 19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ระหว่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกัน	138
ตารางที่ 20	การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งมีสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกัน	138
ตารางที่ 21	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามการรับรู้ ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	139
ตารางที่ 22	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ระหว่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน	139
ตารางที่ 23	การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน	140

ภาพที่ 1 สรุปแนวทางการวิเคราะห์ตัวประกอบ

64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอมเฟตามีน หรือ ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการภาครัฐระหว่าง ปี พ.ศ. 2552-2555 ที่พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้าในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือจำนวน 123,159 131,544 175,953 และ 408,756 ราย ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2555) นอกจากนี้รายงานการสังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545 – 2555 โดยมานพ คณะโต และคณะ (2557) ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลที่รวบรวมจากระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้าเพิ่มขึ้นมากถึงห้าเท่า คือ จาก 23,000 คน ในปี 2547 เป็น 130,000 คน ในปี 2554 อีกทั้งพบว่า มีผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้า 775,900 คน กระจายตามพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในพื้นที่ภาคกลางมีผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้ามากที่สุด คือกว่า 290,000 คน รองลงมาเป็นภาคเหนือ 170,000 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 160,000 คน

การเพิ่มขึ้นของปัญหาผู้เสพยาบ้ายังสะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลของผู้เข้ารับการรักษา ณ สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูแห่งชาติบรมราชชนนี หรือ ชื่อเดิมคือ สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด ระหว่างปีงบประมาณ 2553-2559 ที่พบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้าเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด คือมีจำนวน 4,423 ราย 4,387 ราย 5,096 ราย 4,438 ราย 3,743 ราย 2,317 ราย และ 2,376 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 58.54, 54.05, 51.67, 53.70, 45.80, 32.86 และ 34.17 ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุ จะพบว่า เป็นผู้รับบริการที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูแห่งชาติบรมราชชนนี (2559) เกี่ยวกับร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้า และเสพร่วมกับยาอื่นๆ จำแนกตามปีงบประมาณ 2555-2559 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอายุระหว่าง 15-24 ปี จะมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในช่วงอายุอื่นๆ คือ คิดเป็นร้อยละ 41.50, 40.52, 36.22, 35.04, และ 30.93 ตามลำดับ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาการแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญต่อประเทศในอนาคต

ยาบ้าเป็นสารเสพติดในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulant) ซึ่งทำหน้าที่เก็บความคิด ความจำ ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก โดยไปกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของ Dopamine และ Norepinephrine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยกระตุ้นให้คนมีการตื่นตัว (Shives, 1994) จึง

ส่งผลต่อร่างกาย โดยแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ ไปรบกวนการทำงานของสมองส่วน Brainstem ที่เกี่ยวข้อง กับระบบการควบคุมการตื่นตัวของร่างกาย พฤติกรรม และอารมณ์ (Reticular activating system) และ สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ดังนั้นการใช้แอมเฟตามีนเป็นประจำทุกวันในขนาดที่ไม่สูงนัก จะทำให้ผู้ใช้ยามีความรู้สึกสบายใจ กระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วงนอน แต่หากมีการใช้ยานี้เป็นประจำในปริมาณ ที่มากขึ้น จะทำให้เกิดอันตรายต่อระบบส่วนกลาง เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ขาดเหตุผล หูแว่ว ประสาท หลอน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และทำให้เกิดอาการต้อตาทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเมื่อหยุดใช้ยา ทันทีจะเกิดอาการขาดยา ได้แก่ อ่อนเพลียมาก ง่วงนอนจัด นอนหลับคล้ายคนหมดสติ ปวดกล้ามเนื้อและ หัวอาหารอยู่บ่อยๆ ความคิดสับสนกระวนกระวาย บางรายมีอาการซึมเศร้า และอาจถึงฆ่าตัวตายได้ (บังอร สุปรีดา, 2546)

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อสุขภาพ อนามัยของผู้เสพ คือ ทำให้ร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง ความคิดอ่านช้า อีกทั้งการเสพยาบ้าติดต่อกันเป็น เวลานานอาจส่งผลกระทบทำให้ผู้เสพยาบ้าสมองเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด และการรับรู้เปลี่ยนไป (อังกูร ภัทรากร, 2545) และยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ที่เสพยาบ้าจนติด จะต้องเพิ่มปริมาณการใช้จ่ายมากขึ้นเรื่อยๆ และต้องใช้ตลอดเวลาไม่สามารถหยุดเสพยาได้ ทำให้ ต้องสูญเสียเงินสำหรับซื้อยามาเสพยา นอกจากนี้ผู้เสพยาที่อยู่ในวัยทำงานก็อาจสูญเสียความสามารถในการ ประกอบอาชีพและทำให้ขาดรายได้ นำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวตามมา ส่วนผู้เสพยาซึ่งอยู่ในวัย เรียนก็จะทำให้เกิดปัญหาในการเรียนหรือต้องหยุดเรียนเพื่อเข้ารับการรักษา อีกทั้งยังส่งผลกระทบด้าน สังคม เช่น เกิดปัญหาความไม่มั่นคงปลอดภัยในสังคมจากการที่ผู้เสพยาบ้าอาจมีการก่ออาชญากรรม ต่างๆ เพื่อให้ได้เงินมาซื้อยาบ้า และเมื่อมองภาพใหญ่ของประเทศพบว่ายาบ้าส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวง ต่อความมั่นคงของประเทศชาติ ทั้งจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจและปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ผู้เสพยาบ้าจะต้องรับการรักษาในระบบต่างๆ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ ซึ่งโดยทั่วไปสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ ส่วนใหญ่มักจะให้การรักษาแก่ผู้เสพยาบ้าในรูปแบบของ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) แต่ อย่่างไรก็ตามประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าเหล่านี้ในภาพรวมยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังจะเห็น ได้จากการที่พบว่า ผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งในระหว่าง กระบวนการบำบัดรักษา และภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด, 2553) ซึ่งการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำนี้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยแม้ในผู้ป่วยที่ผ่าน การบำบัดรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษาแล้ว ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในหลายๆ เรื่องเช่น การศึกษาของสุลินดา จันทรเสนา (2549) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในสถาบันธัญญารักษ์ ร้อยละ 66 เป็นผู้ที่รับการบำบัดซ้ำเป็นครั้งที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของปราณีพร บุญเรือง (2543) พบว่าวัยรุ่นผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในชั้นถอนพิษยาของศูนย์บำบัดรักษายา เสพติดขอนแก่น ร้อยละ 77 มีการกลับไปเสพยาซ้ำภายใน 1 ปี ส่วนข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู

แห่งชาติบรมราชชนนี (2555) พบว่าหลังการบำบัดแบบ Matrix Program ผู้เสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้จนครบกำหนดเวลา มีแนวโน้มกลับไปเสพยาบ้าซ้ำร้อยละ 5 – 8 นอกจากนี้ กนก อุทวิชัย และคณะ (2557) ได้ศึกษาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยสารเสพติดประเภทต่างๆ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงานการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด (บสต. 5) ของผู้ป่วยสารเสพติดในระบบสมัครใจทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดจนครบและได้รับการจำหน่ายจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึง พฤษภาคม 2553 พบว่าผู้ป่วยมีการกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำร้อยละ 25.6 ซึ่งแม้ว่าการศึกษาข้างต้นจะพบขนาดของปัญหาการเสพยาบ้าซ้ำที่แตกต่างกันทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวล้วนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาบ้าซ้ำยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข

Marlatt & Gordon (1985) นักวิชาการที่ศึกษาในเรื่องการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (relapse) กล่าวว่า การที่บุคคลมีการใช้สารเสพติดซ้ำ อาจเกิดจากปัจจัยภายในบุคคลจากตัวผู้เสพยาเสพติดเอง เช่น ความอยากลอง อยากทดสอบตนเอง ความอยาก ภาวะอารมณ์ และความเครียด และปัจจัยภายนอกซึ่งเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความขัดแย้งกับผู้อื่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ และลักษณะการดำเนินชีวิต เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้าซ้ำยังมีค่อนข้างจำกัด โดยในระยะแรก นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 50 ราย พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวเสพยาบ้า และการเลี้ยงดูของบิดามารดา เป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมา อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ (2550) ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างซึ่งถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ติดยาเสพติดชนิดแอมเฟตามีนซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาการติดยาซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และอยู่ระหว่างการบำบัด ในระบบสมัครใจระบบบังคับ และระบบต้องโทษจากสถานบำบัดต่างๆ ทั่วประเทศ จำนวน 103 คน และ ผู้ติดยาเสพติดที่สามารถหยุดเสพยาได้ 2-5 ปี และปัจจุบันไม่เสพยาเสพติดใดๆ จำนวน 13 คน ผลการวิจัยพบปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างผู้เลิกยาเสพติดได้และผู้ติดยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าตนเองในความสำเร็จที่ผ่านมา ความภูมิใจ และวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ติดยาเสพติดซ้ำมีความสำเร็จและความภูมิใจน้อยกว่าผู้เลิกยาเสพติดได้ นอกจากนี้ผู้เลิกยาเสพติดได้จะมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่และมีความกล้าเผชิญปัญหามากขึ้น ในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดซ้ำ เมื่อเจอปัญหาจะใช้วิธีการเผชิญที่ไม่เหมาะสม เช่น กลับไปหาเพื่อนหรือเก็บตัว ในที่สุดก็กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และล่าสุด ปิยวรรณ ทศนาญชลี (2554) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษากระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด จำนวน 6 คน พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เสพยาบ้าซ้ำ คือ ตัวของผู้เข้ารับการบำบัดเองที่มีความต้องการยุติการเสพยาบ้า การมีสภาพจิตใจเข้มแข็งมุ่งมั่นต่อการเลิกเสพยาบ้า และการมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด ประกอบกับการมีบุคคลที่เอื้อต่อการไม่เสพยาบ้าซ้ำ เช่น เป็นผู้ไม่พึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา ปล่อยวางต่อสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ อดทนและรอคอยได้ เป็นต้น รวมถึงมีการตีตัว

ออกห่างจากสังคมยาเสพติด และขัดขวางกระบวนการเสพติดซ้ำด้วยตนเอง ส่วนสาเหตุภายนอกที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมไม่เสพติดซ้ำ เช่น การแสดงความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว และการให้โอกาสการทำงาน เป็นต้น

ผลการวิจัยในประเทศไทยข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการเสพติดซ้ำส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้เสพติดโดยตรง และเมื่อวิเคราะห์ต่อจะพบว่าปัจจัยดังกล่าวล้วนสะท้อนถึงการขาดภาวะที่เรียกว่า “resilience to drug use” สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศ เช่น Hawkins, Catalano and Miller (1992) Braverman (1999) และ Meschke and Patterson (2003) ที่พบว่า resilience เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในวัยรุ่น นอกจากนี้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Dillon et al. (2007) ยังเป็นข้อค้นพบสำคัญที่สนับสนุนว่า “resilience to drug use” (ซึ่งในการศึกษาเรื่องนี้ผู้วิจัยจะเรียกชื่อเป็นภาษาไทยว่า “พลังต้านการเสพติด”) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดของวัยรุ่น โดยอธิบายว่า **พลังต้านการเสพติด (resilience to drug use)** หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์ที่เครียดและกดดันจากการไม่หวนกลับไปเสพติด หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพติด โดย resilience ในมุมมองนี้ ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของบุคคล แต่เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Fraser, Kirby & Smokowski, 2004) และแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ตัดสินใจที่จะไม่เสพยา

Resilience เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน จึงมีการให้ความหมายโดยกล่าวถึงคุณลักษณะที่แตกต่างกัน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) เป็นคุณลักษณะประจำตัวที่ช่วยในการลดผลกระทบด้านลบจากความเครียดซึ่งบุคคลเผชิญ และส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Wagnild & Young, 1993; Jacelon, 1997) 2) เป็นกระบวนการในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือกดดันของบุคคล (Olsson et al., 2003; Sinclair & Wallston, 2004) 3) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เครียด/เป็นอันตราย/กดดันได้อย่างประสบความสำเร็จ (Grotberg, 1995; Vinson, 2002; Connor & Davidson, 2003; Friberg et al., 2003; Olsson et al., 2003; Takviriyannun, 2008; ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, 2550; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์-เกียรติ, 2551) และ 4) เป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) รวมถึงกระบวนการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันจนนำไปสู่การปรับตัวได้สำเร็จ (Allen, 1998; Dillon et al., 2007)

แม้ว่า **resilience to drug use** หรือ **พลังต้านการเสพติด** เป็นแนวคิดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเสพติดหรือไม่เสพติดของวัยรุ่น แต่เป็นแนวคิดเชิงซ้อนซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายๆ ด้านไปพร้อมกัน (Resilience as a multi-factorial concept) สอดคล้องกับ Meschke & Patterson (2003) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมเสพติดของวัยรุ่นมีความซับซ้อนและเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน โดยอธิบายเพิ่มเติมว่าการที่วัยรุ่นจะใช้ยาเสพติดหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นกับการมีปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น เพราะแม้ว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด แต่หากวัยรุ่นคนนั้นมีปัจจัยปกป้องก็จะช่วยให้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดลดลง อีกทั้งหากวัยรุ่นสามารถจัดการกับสิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดได้ ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นคนนั้นสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดในบริบทที่ถู่วยุให้เกิดการใช้ยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ไม่ใช้ยาเสพติด ดังนั้น การประเมินว่าวัยรุ่นมีพลังต้านการเสพติดมากน้อยเพียงใดจึงจำเป็นต้องประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ปัจจัยปกป้อง (protective factors) และกระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดัน (coping process) ที่วัยรุ่นใช้เพื่อให้เกิดการปรับตัวได้สำเร็จ

ในประเทศไทยมีการนำแนวคิด resilience มาใช้โดยเรียกชื่อภาษาไทยที่แตกต่างกัน เช่น “พลังสุขภาพจิต” หรือ พลัง “ฮึด ฮึด ลู้” (กรมสุขภาพจิต, 2554) “ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต” (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ พลิตนนท์เกียรติ, 2551) “ความสามารถในการฟื้นพลัง” (พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545) และ “ความแข็งแกร่งในชีวิต” (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2011) และแม้ว่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือประเมิน resilience to drug use เช่น เครื่องมือประเมินปัจจัยปกป้องการติดยาเสพติดสำหรับวัยรุ่นไทย (the Resilience Factors Scale for Thai adolescents: RFS) พัฒนาโดย Takviriyannun (2008) และเครื่องมือประเมินภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพติด (Resilience Quotient) ของเยาวชน ในการศึกษาของ เมธปิยา เกิดผล แต่งรัตน (2556) แต่เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้ง 2 เรื่องนี้ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อมุ่งประเมินในแง่ของปัจจัยปกป้องหรือลักษณะส่วนบุคคลที่ดีของวัยรุ่นเท่านั้น โดยไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงและความสามารถในการเผชิญกับความเครียดไปพร้อมๆ กัน เช่นเดียวกับวรรณกรรมในต่างประเทศซึ่งพบว่าเครื่องมือประเมิน resilience ที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่มุ่งประเมินคุณลักษณะของ resilience ในสามรูปแบบแรก คือ คุณลักษณะประจำตัว กระบวนการปรับตัว และผลลัพธ์การปรับตัว ดังนั้น การพัฒนาเครื่องมือประเมิน resilience โดยเฉพาะ resilience to drug use ในลักษณะของแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ตามรูปแบบสุดท้ายจึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา อย่างไรก็ตามแม้จะพบว่าการศึกษาของ มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่มอง resilience to drug use ในลักษณะของแนวคิดเชิงซ้อน โดยนำข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) ดังข้างต้นมาพัฒนาเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่น และเก็บรวบรวมข้อมูลในวัยรุ่นชายอายุ 12- 21 ปี ที่ต้องคดีเสพยาบ้าและถูกส่งตัวมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในระบบบังคับบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 140 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 56.40 มีพลังต้านการเสพยาบ้าในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด แต่เครื่องมือนี้

เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใหม่ จึงยังมีข้อจำกัดหลายประการในการนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

จากความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือประเมิน “พลังต้านการเสพยาบ้า” (Resilience to Amphetamine Use) ให้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่สามารถนำมาใช้คัดกรองวัยรุ่นซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาบ้า และวัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการบำบัดรักษายาบ้าแล้ว ที่อาจกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ โดยพัฒนาต่อจากเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพยาบ้า ของมนัสสุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) เนื่องจากได้นำแนวคิด resilience to drug use ของ Dillon et al. (2007) มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าในบริบทของวัยรุ่นไทย ซึ่งแนวคิดนี้มีความโดดเด่น คือ มองพลังต้านการเสพยาเสพติดในลักษณะของแนวคิดเชิงซ้อน โดยคำนึงถึงบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดจากปัจจัยแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ไปพร้อมๆ กัน จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานเรื่องพลังต้านการเสพยาเสพติดตามที่ Meschke & Patterson (2003) ได้เสนอไว้ข้างต้น นอกจากนี้ Dillon et al. (2007) ยังมองว่า resilience เป็นกระบวนการที่เป็นไดนามิก ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ประการของ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด และได้ชี้แนะต่อว่าบุคคลที่มีพลังต้านการเสพยาเสพติด หมายถึงบุคคลที่มีปัจจัยป้องกันสูงกว่าปัจจัยเสี่ยง ทำให้บุคคลผู้นั้นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่เสพยาเสพติดและใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกแทน ส่งผลให้สามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดได้ดี และลดการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ที่เคยมีปัญหากการใช้สารเสพติดมาก่อนได้ (Hawkins, Catalano and Miller, 1992) ดังนั้น หากสามารถพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานสำหรับประเมินว่าผู้เสพยาบ้าที่เข้าสู่ระบบการบำบัดมีพลังต้านการเสพยาบ้ามากน้อยเพียงใด ก็จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำให้แก่ผู้ป่วยเสพยาบ้า ทั้งที่อยู่ในระหว่างและหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแล้วเป็นรายบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย 2 ข้อ ดังนี้
 - 2.1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า
 - 2.2 เพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในเรื่องนี้ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาเครื่องมือ (instrument development) และ 2) การประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น (an evaluation of the developed instrument's psychometric properties) เพื่อศึกษาการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และเพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำ จึงมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากร คือ วัยรุ่นไทยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ซึ่งมารับบริการบำบัดรักษายาบ้า ในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาบ้า และการติดตามผลหลังการบำบัดรักษายาบ้า ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ซึ่งได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

วัยรุ่นเสพยาบ้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี (แบ่งเกณฑ์ช่วงอายุตามแบบรายงานบสต.) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory System) ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงขั้นการติดตามหลังการรักษา ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่

ยาบ้า หมายถึง ยาหรือสารเคมีในกลุ่มแอมเฟตามีน ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 โดยออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้เสพไม่ว่าจะเป็นโดยวิธีรับประทาน สูดดม ฉีด หรือวิธีใดก็ตามทำให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว สดชื่น กระฉับกระเฉง เพลิดเพลิน มีความสุข หากผู้เสพใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลายสุขภาพและทำให้เกิดอาการทางจิตได้

เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งถูกกำหนดโดยเพศกำเนิด ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

อายุที่เริ่มเสพยาบ้า หมายถึง อายุที่เริ่มเสพยาบ้าเป็นครั้งแรกนับเป็นปี ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา หมายถึง จำนวนครั้งที่วัยรุ่นเข้าบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ทั้งในสถานบำบัดของรัฐและเอกชน ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลซึ่งอาศัยร่วมชายคาเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทางสายเลือด ทางนิตินัย หรือทางพฤตินัย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง แพน เป็นต้น มีการรับสารเสพติดชนิดต่างๆ เข้าสู่ร่างกายของบุคคล ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีการดึงศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว โดยประเมินจากแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ที่ระบุว่าพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่น ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามหลังการรักษา

การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า หมายถึง ความรู้สึกของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีต่อความรุนแรงของภาวะการเสพยาบ้าซึ่งตนเผชิญอยู่ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน ว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการทำหน้าที่ของตนมากน้อยเพียงใด ประเมินจากแบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้ยาบ้าของสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและทัศนคติของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ที่มีต่อตนเองในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน เกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเองว่าสำคัญ มีคุณค่าและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้จนประสบความสำเร็จ โดยประเมินจากแบบสอบถามความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's Self-Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) และเสาวนีย์ สำนวน (2545) ได้นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้าแสดงออก เพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน เพื่อให้ความเครียดนั้นหมดลงหรือลดอันตรายนลงหรือแก้ไขสิ่งคุกคามให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นหรือทำให้ตนเองสบายใจขึ้นและสามารถรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ได้ โดยประเมินจากแบบสอบถามการเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent Coping Scale ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และวีณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดการเผชิญปัญหาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ และเสาวนีย์

สำนวน (2545) นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า โดยแบ่งกลุ่มวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ คือ

- **มุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน** หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การเล่นเกม การหาความเพลิดเพลินและผ่อนคลาย หรือทำความเข้าใจสาเหตุเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างเป็นระบบ

- **มุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียดในระหว่างการบำบัดรักษา เช่น การขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลหรือคำปรึกษาแนะนำจากบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา เพื่อน ครู และผู้ให้การบำบัด เป็นต้น

- **แบบหลีกเลี่ยงปัญหา** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าใช้วิธีการหนีปัญหาหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การกระทำที่ลดความตึงเครียดแต่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การตำหนิหรือโทษตนเอง หรือหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับความจริง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยว ท้อแท้ใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยหากมีอาการในระดับที่รุนแรงและเกิดขึ้นในระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน อาจเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม โดยประเมินจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต

ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงความหนักแน่นและมั่นคงของครอบครัวในการควบคุมและจัดการกับความยุ่งยากหรือปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างที่วัยรุ่นเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ Uthris (1999) ได้แปลมาจากตรรกะชี้วัด Family Hardiness Index ของ McCubbin, McCubbin and Thompson (1986) เพื่อนำมาใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และต่อมา มนัสสุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาปรับปรุงเพื่อใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัววัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งเข้ารับการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียง

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือและสิ่งของต่างๆ จากเพื่อนระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) สร้างขึ้นโดยชอว์กิง ซูครุช (2541) เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ซึ่งมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) นำมาดัดแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เครื่องมือมาตรฐานสำหรับคัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำ
2. นำไปสู่การพัฒนาแนวทางและการวางแผนให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้แก่วัยรุ่นเสพยาบ้าทั้งที่อยู่ในระหว่างและหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแล้ว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังต้านการเสพติด” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้า ใช้รูปแบบการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วารสาร บทความ หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ สรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นและยาบ้า
 - 1.1 ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น
 - 1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า
 - 1.3 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า
 - 1.4 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า
 - 1.5 การกลับไปเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
2. นโยบาย ระบบ และขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย
 - 2.1 ความหมายของการบำบัด
 - 2.2 นโยบายเร่งรัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย
 - 2.3 ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย
 - 2.4 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและพลังต้านการเสพติด
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่ง (Resilience)
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพลังต้านการเสพติด (Resilience to drug use)
 - 3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพติด
4. เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Resilience และ Resilience to Drug Use
 - 4.1 เครื่องมือประเมิน Resilience ที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศ
 - 4.2 เครื่องมือประเมิน Resilience ที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย
5. หลักการและแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย
 - 5.1 ความหมายและความสำคัญของเครื่องมือการวิจัย
 - 5.2 แนวทางการพัฒนาเครื่องมือวิจัย
 - 5.3 การเลือกและสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย
 - 5.4 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย
 - 5.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

- 5.6 วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยแบบอื่นๆ
6. การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Resilience และ Resilience to drug use
 - 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ
 - 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ
8. สรุปร่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับพลังต้านการเสพติดในประเทศไทย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่นและยาบ้า

1.1 ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น

ความหมายของวัยรุ่น

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

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

กล่าวโดยสรุป วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่เตรียมความพร้อมสำหรับการปรับตัวจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ และยังเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับปัญหา ความตึงเครียด ความสับสน วุ่นวาย เนื่องจากต้องการหาเอกลักษณ์แห่งตน และสร้างค่านิยม ทศนคติในการดำเนินชีวิตของตนเอง

การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยเชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ สำหรับการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น ได้มีผู้ที่กำหนดช่วงอายุไว้ต่าง ๆ กัน ซึ่งเป็นการยากที่จะกำหนดได้อย่างแน่นอนว่าวัยรุ่นควรเริ่มจากอายุเท่าไร และสิ้นสุดเมื่อใด ในปัจจุบันมีการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้อย่างหลากหลาย เพราะเป็นวัยที่ขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการและการเจริญเติบโต ดังนี้

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

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

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

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) ได้กล่าวเกี่ยวกับการแบ่งช่วงของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะโดยใช้เกณฑ์ความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ตัดสินคือ 1) ช่วงอายุประมาณ 12-15 ปี เป็นช่วงวัยแรกรุ่น ซึ่งยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็กอยู่มาก 2) ช่วงอายุประมาณ 16-17 ปี เป็นช่วงระยะรุ่นตอนกลางจะมีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ 3) ช่วงอายุประมาณ 18-25 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนปลาย จึงมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเป็นผู้ใหญ่

อุบลรัตน์ เฟิงสถิต (2549) ได้แบ่งระยะวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วงวัย ดังต่อไปนี้ 1) วัยแรกรุ่น (Puberty) เป็นช่วงที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้น ลักษณะของวัยนี้ ก็จะมีลักษณะของวัยที่แตกต่างกับวัยอื่น 2) วัยรุ่นตอนต้น (Preadolescence and Adolescence) เป็นช่วงที่รวมเอาวัยแรกรุ่นเข้าไว้ด้วยกันจนถึงอายุได้ประมาณ 17 ปี และ 3) วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence or Youth) มีอายุโดยประมาณ 17-21 ปี

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

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

กล่าวโดยสรุป สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดช่วงอายุตามเกณฑ์การแบ่งของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต (บสต.) กระทรวงสาธารณสุข คือ ช่วงอายุ 12 - 24 ปี

พัฒนาการของวัยรุ่น

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของคำว่าพัฒนาการ (Development) ดังนี้

สุชา จันท์เอม (2540) กล่าวว่า พัฒนาการ หมายถึง ลำดับของการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนการเปลี่ยนแปลง (process of change) ของมนุษย์ทุกส่วนที่ต่อเนื่องกันไปในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต การเปลี่ยนแปลงนี้ จะก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ เป็นขั้น ๆ จากระยะหนึ่งไปสู่อีก

ระยะหนึ่งเพื่อที่จะไปสู่วุฒิภาวะ ทำให้มีลักษณะและความสามารถใหม่ๆเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับ

ทิพย์ภา เชษฐเขาวลิต (2541) ได้ให้คำจำกัดความของพัฒนาการ ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน มีขั้นตอน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านเจริญเติบโตงอกงามและถดถอย และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลรวมของวุฒิภาวะและประสบการณ์

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พัฒนาการเป็นกระบวนการพัฒนาของมนุษย์ในทุก ๆ ด้านของชีวิตตั้งแต่จุดเริ่มต้นของชีวิตจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในลักษณะของการเจริญงอกงามและการถดถอย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งนำไปสู่ความมีวุฒิภาวะ สรุปพัฒนาการด้านต่างๆได้ ดังนี้

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

2. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ (Emotion Development) พัฒนาการทางอารมณ์ค่อยๆ ก่อประสานกันมาตั้งแต่เด็ก บางส่วนมาจากพันธุกรรม มีพื้นฐานมาตั้งแต่แรกเกิดและส่วนหนึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู โดยเป็นช่วงที่สามารถเห็นลักษณะของอารมณ์ชัดเจนขึ้น เช่น อารมณ์รัก ชอบ โกรธ เกลียด หลงใหล สับสน และหงุดหงิดเป็นต้น ส่วนใหญ่จะมีอารมณ์รุนแรง อ่อนไหว และเปลี่ยนแปลงง่าย (วินัดดา ปิยศิลป์, 2545)

3. พัฒนาการทางด้านสังคม (Social Development) การเข้าสังคมของวัยรุ่นจะกว้างขวางขึ้นไม่ชอบรวมกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัว เพราะต้องการอิสระกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมากเกิดการรวมตัวและเลียนแบบบุคคลที่ตนชื่นชอบ วัยรุ่นจะเริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง อยากเป็นตัวของตัวเอง ชอบเป็นอิสระ ไม่เชื่อฟังใครยกเว้นเพื่อนในกลุ่มเดียวกันมีค่านิยม ความเชื่อ และความคิดคล้ายกันในกลุ่ม พฤติกรรมวัยรุ่นจึงเป็นการทำตามเพื่อน และต้องการการยอมรับในกลุ่มเด็กหญิงเริ่มสนิทกับเพศตรงข้ามและเริ่มจับกันเป็นคู่ ๆ (สุชา จันท์เอม, 2540)

4. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา (Intellectual Development) วัยรุ่นมีการพัฒนาด้านนี้เป็นอย่างมาก โดยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และเจริญสูงสุดเมื่ออายุ 16 ปี วัยรุ่นชอบเรียนรู้โดยวิธีลองผิดลองถูก จึงเป็นวิธีสำคัญที่ทำให้ได้พบปัญหา ได้ค้นพบวิธีแก้ไขปัญหามากกว่าจะได้เป็นที่พอใจ วัยรุ่นมีความกระตือรือร้นและมีความสามารถเพิ่มขึ้นหลายอย่างสามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถอภิปรายแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผลแสดงความสามารถในการอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่นได้ รู้จักสังเกตความรู้สึกของคนอื่น (สุชา จันท์เอม, 2540) ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางนี้ยังมีความคิดเพื่อฟันอยู่แต่ความคิดเป็นนามธรรมมากขึ้นสามารถเชื่อมโยงหาเหตุผลและเข้าใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ดีพอสมควร

5. พัฒนาการทางด้านเพศ (Sexual Development) ในช่วงก่อนเข้าสู่วัยรุ่น พัฒนาการทางเพศยังอยู่ในระดับต่ำทั้งทางร่างกายและจิตใจ เริ่มสนใจเรื่องเพศโดยหาข้อมูลจากเพื่อนในโรงเรียนและครอบครัว เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น เริ่มมีการพัฒนาเข้าสู่การมีวุฒิภาวะ เกิดความวิตกกังวลและอยากรู้ อยากเห็นเกี่ยวกับร่างกายของตนเองและเปรียบเทียบกับกลุ่มเพื่อน มีความคิดเพื่อฝันเรื่องเพศและอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความรู้สึกผิด กิจกรรมทางเพศมักไม่เกี่ยวกับการสัมผัสถูกเนื้อต้องตัวหรือมีเพศสัมพันธ์ แต่เป็นการพูดคุยกันทางโทรศัพท์ในกลุ่มเพื่อน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลาง พัฒนาการทางกายเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์ เริ่มมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง มีพลังทางเพศสูง พฤติกรรมทางเพศมักเกิดจากการอยากลองและเป็นไปตามธรรมชาติ มีการสัมผัสกอดจูบ ส่วนวัยรุ่นตอนปลายมีการเจริญเติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและสังคม มีการแสดงพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น เริ่มพัฒนาการความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมทางเพศ (Neinstein and Anderson, 1996 อ้างถึงใน บัณฑิต ใจตรงดี, 2545)

1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า

ยาบ้าหรือสารแอมเฟตามีน เป็นสารที่ถูกสังเคราะห์ขึ้นในปี ค.ศ.1887 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวเยอรมัน ชื่อ เอเดเลอโน (Edeleano) เป็นผู้สังเคราะห์สารนี้ขึ้นเป็นคนแรกและตั้งชื่อว่า “แอมเฟตามีน” ในสมัยสงครามโลกครั้งที่สองใช้กระตุ้นความกล้าหาญและความอดทนของทหารทั้งสองฝ่าย โดยประมาณกันว่ามีการใช้ยาบ้ากว่า 72 ล้านเม็ดระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง หลังสงครามยุติการใช้ยาบ้าจึงเริ่มแพร่ขยายออกไปสู่สังคม สำหรับในประเทศไทยแอมเฟตามีนเริ่มแพร่ระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ.2510 และทวีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมไทย ได้แก่ ปัญหาอาชญากรรม และปัญหาการค้ำประเวณี เป็นต้น (สำนักงาน ป.ป.ส., 2546) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ออกประกาศกระทรวงโดยระบุให้แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 และแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543) ต่อมาการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนรุนแรงมากขึ้น มีการกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศและถือเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องได้รับการแก้ไขรัฐบาลจึงกำหนดให้แอมเฟตามีนจัดอยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 ซึ่งเดิมเรียกว่า “ยาม้า” เนื่องจากนำมาใช้ในม้าแข่งและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและคนขับรถบรรทุก และมีชื่อเรียกแตกต่างกันหลายชื่อ เช่น ยาขยัน ยาแก้ง่วง ยาโต้ป ยาตื่นตัว ยาเพิ่มพลัง เพราะเมื่อเสพยาแล้วจะทำให้มีเรี่ยวแรงขยันทำงาน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2539 นายบรรหาร ศิลปะอาชา ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นริเริ่มให้เปลี่ยนชื่อเป็น “ยาบ้า” เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2539 เพื่อให้ผู้เสพตระหนักถึงโทษของยาที่ทำให้ผู้เสพไม่สามารถควบคุมสติได้ เกิดความรังเกียจ ทำให้ไม่อยากเสพและกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539

1.2.1 ความหมายของยาบ้า

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2538) ได้ให้ความหมายว่า ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความทรงจำ ความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว ทางการแพทย์ได้คิดค้นขึ้นมาเพื่อ บำบัดโรคจิตซึมเศร้า โรควงเวียนศีรษะ ปวดหัว ปวดฟันแล้วเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเสพติด และมีผลข้างเคียง สูง เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดตีบ มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว หวาดระแวง ประสาทหลอน เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (2539) สรุปความหมาย ของยาบ้าไว้ว่า ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า เหนื่อย ซ้ำ ได้แก่ ยาในกลุ่มแอมเฟตามีน ฟิโมลีน เป็นต้น ในอดีตแพทย์ใช้รักษาโรคซึมเศร้า โรควงเวียนศีรษะ ใช้เป็นยา ลดความอ้วน ซึ่งปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะให้ผลข้างเคียงทางกายและเกิดอาการทางจิตได้

พชชา วงศ์สุวรรณ (2552) ได้สรุปความหมายไว้ว่า ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท มีผลทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ไม่เหน็ดเหนื่อย แต่เมื่อเสพติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำลายสุขภาพ ร่ายกายและสุขภาพจิต

กล่าวโดยสรุป ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ ประเภท 1 โดยออกฤทธิ์กระตุ้นต่อ ระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้เสพไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม เกิดความรู้สึกตื่นตัว สดชื่น กระฉับกระเฉง เพลิดเพลิน มีความสุข หากผู้เสพใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำลายสุขภาพและเกิดอาการทางจิตได้

1.2.2 กลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการติดสารแอมเฟตามีน

เมื่อร่างกายได้รับสารแอมเฟตามีน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- กลไกโรรมาติก ไฮดรอกซิเลชัน (Aromatic Hydroxylation) กลายเป็นฟีนอลิคอนิไมน (Phenolicomine) โดยเฉพาะพี-ไฮดรอกซีแอมเฟตามีน (P-hydroxyamphetamine) ซึ่งยังสามารถ ออกฤทธิ์อยู่

- กลไกเบต้า-ไฮดรอกซิเลชัน (Beta-Hydroxylation) ทำให้กลายเป็นสารที่มีหมู่ไฮดรอกซิล (Hydroxyl group) มาจับกับกลไกทั้งสอง ทำให้สารพิไฮดรอกซินอร์ด ซึ่งถูกดึงกลับไปออกฤทธิ์ เหมือนเพิ่มฤทธิ์ของแอมเฟตามีน นอกจากนี้การเสพสารแอมเฟตามีนนานๆไม่ได้มีผลกับการขับสารออกจาก ร่างกาย แต่จะมีการดูดกลับของ (3)H-amphetamine เข้าไปในสมองส่วน pons medulla จึงเป็น ผลให้ร่างกายไม่ได้เพิ่มอัตราการขับสารออกจากร่างกายและสารแอมเฟตามีนยังมีฤทธิ์ต่อตำแหน่งดรี เนอร์จิก (Adrenergic site) โดยมีฤทธิ์คล้ายตัวส่งกระแสประสาท ซึ่งมีลักษณะการออกฤทธิ์ 4 ประการ คือ (เทียง บุรณวิทย์, 2531)

1) ออกฤทธิ์ให้เป็นตัวนำกระแสประสาทที่เป็นอะดรีนาลีน (Adrenaline neurotransmitter) หลั่งออกมาจากตำแหน่ง Pre-synaptic site มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นที่ตำแหน่ง Post-Synaptic fiber

2) เมื่อมีกระแสประสาทเกิดขึ้นใน Pre- synaptic site จะมีการเพิ่มปริมาณของสารตัวนำส่งที่จะปล่อยออกมา

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

4) ทำให้เกิดการติดยา เมื่อสารแอมเฟตามีนถูกสันดาปโดยน้ำย่อย Liver microsomal enzyme จะได้สารพี-ไฮดรอกซีแอมเฟตามีน (P-hydroxyamphetamine) ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวนำกระแสประสาทเทียมเพื่อเข้าไปจับกับตัว Neurohumor ซึ่งเป็นสารเคมีในเซลล์ประสาทที่สามารถกระตุ้นหรือปรับการทำงานของเซลล์ประสาท ทำให้มีการลดประสิทธิภาพการปล่อยตัวนำกระแสประสาทออกมา ต้องใช้ตัวนำกระแสประสาทมากขึ้นจึงจะได้ผล และเมื่อต้องการตัวนำกระแสประสาทมาก ก็ต้องใช้สารแอมเฟตามีนในปริมาณที่มากขึ้นด้วย

1.2.3 เกสัชจลนศาสตร์ของสารแอมเฟตามีน

สารแอมเฟตามีนนั้นสามารถดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหารและระบบหายใจดังนั้นผู้เสพจึงสามารถเสพได้ทั้งวิธีการกิน การสูบ หรือการฉีดโดยจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมง หลังกินและภายในไม่กี่วินาทีหลังฉีดแอมเฟตามีน นั้นสามารถออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 ชั่วโมง สารแอมเฟตามีนจะถูกกำจัดออกจากร่างกายในรูปเดมร้อยละ 75 และอีกร้อยละ 20-25 เมตาบอลิซึมผ่าน monoamine oxidase และถูกขับออกทางปัสสาวะ ภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังใช้ยา หากปัสสาวะมีสภาวะเป็นกรดจะทำให้ขับแอมเฟตามีนได้เร็วกว่าสภาวะเป็นด่าง เพราะจะทำให้สารแอมเฟตามีนที่เป็นด่างแตกตัวได้ดีกว่า

1.2.4 กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้า

การออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง จะกระตุ้นให้สมองเกิดการตื่นตัว เพิ่มปฏิกิริยาการพูดและการเคลื่อนไหว สามารถทำงานได้เป็นเวลานานโดยไม่มีอาการเหนื่อยล้า ทำให้เป็นสุข (NIDA, 2009) เมื่อใช้สารเป็นเวลานานจะกระตุ้นสมองส่วนที่ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งทำให้เกิดอาการทางจิต (Psychosis) หูแว่ว ประสาทหลอน (Hallucination) เกิดอาการกลัวและตกใจง่าย พุดจาสับสน (Confusion) ควบคุมตนเองได้น้อย อาจส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้และถ้าหากใช้สารในปริมาณที่มาก (Over dose) จะออกฤทธิ์กดประสาทและจะส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เสียชีวิตได้ (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543)

การออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มือสั่น ม่านตาขยาย อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติหวัหะ เจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะความดันโลหิตสูง บางรายอาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกถึงแก่ความตายได้

การออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้น หายใจผิดปกติ เหนื่อยง่าย เหงื่อออกมากผิดปกติ ปากแห้ง คอแห้ง

การออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้องอย่างรุนแรง (สุชาติ เลาบรีพัตร, 2544) ผู้ที่ใช้สารเป็นเวลานานเมื่อหยุดใช้จะมีอาการขาดยา โดยจะมีอาการอ่อนเพลียอย่างรุนแรง รู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ความคิดสับสน ปวดศีรษะ เหงื่อออกง่าย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดท้อง บางครั้งอาจมีอาการทรมานทุรายได้

1.2.5 การติดยาบ้า

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

- 1) มีภาวะดื้อยา (Tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งคือ ต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม หรือเสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ของสารลดลง
- 2) มีภาวะถอนยา (Withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงภาวะถอนยาของสารแอมเฟตามีน หรือ เมื่อเสพสารแอมเฟตามีนหรือได้รับสารที่ใกล้เคียงกันแล้วทำให้อาการถอนหายไป
- 3) มีความยากลำบากในการควบคุมการใช้สารแอมเฟตามีนในแง่ของการเริ่มกลับไปใช้ การหยุดหรือระดับของการใช้ยา
- 4) ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสารแอมเฟตามีนมาเสพ
- 5) ยังคงใช้สารแอมเฟตามีนต่อไปแม้จะรู้ว่ามียาผลเสียต่อสุขภาพ
- 6) มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสพสารแอมเฟตามีน

1.2.6 เส้นทางการติดยาบ้า

เส้นทางการติดยาตั้งแต่เริ่มเสพจนกระทั่งติด สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะเริ่มต้นเสพยา เป็นช่วงทดลองเสพยาหรือกินนานๆ ครั้ง เพื่อเข้าสังคมหรือกลุ่มเพื่อน โดยผู้เสพมักจะมีความรู้สึกคิดว่าตนเองทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
- 2) ระยะเสพยาต่อเนื่อง เป็นระยะที่ผู้เสพยาเริ่มเสพติดเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ ช่วยลดความเครียด ความเหงา ทำให้เสพบ่อยขึ้นโดยมีข้ออ้างต่างๆ นานา เริ่มเสียการเรียนและความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและ/หรือ มีอาการขาดยาให้เห็นเมื่อหยุดเสพระยะหนึ่ง
- 3) ระยะหมกมุ่น เป็นระยะที่ผู้เสพต้องเสพยาในปริมาณมากขึ้น และบ่อยขึ้น เพราะเกิดอาการดื้อยา จะเสียการเรียนหรือการทำงานและมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเป็นประจำ ความสามารถของสมองในด้านความคิดและความจำแย่งลงเพราะเซลล์สมองบางส่วนถูกทำลายด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด

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

1.3 สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้าไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่เกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยสนับสนุนกันดังนี้

1.3.1 ออยากทดลอง การเสพยาบ้าของวัยรุ่นเกิดจากอยากลอง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง แสดงความคึกคะนอง เกิดความสงสัยว่ายาเสพติดมีรสชาติเป็นอย่างไร เมื่อมีโอกาสและสิ่งแวดล้อมอำนวยจึงทำให้เกิดความต้องการทดลองได้ง่าย

1.3.2 การหนีปัญหาโดยการเสพยาเสพติดเพื่อลืมปัญหาหรือความทุกข์ต่างๆโดยพยายามใช้ฤทธิ์ของยาเปลี่ยนความรู้สึกจากทุกข์ให้มีความสุขเคลิบเคลิ้มลุ่มลุ่มกระปรี้กระเปร่าสบายใจ

1.3.3 บุคลิกภาพของวัยรุ่นเอง เช่น การเป็นคนใจร้อน ตี้อารมณ์ การมีพฤติกรรมเลียนแบบกลัวว่าตนเองจะแตกต่างไปจากเพื่อนและถูกชักจูงได้ง่าย อีกทั้งต้องการให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง มีชีวิตที่อ้างว้างว่าหวู่ขาดที่พึ่งทางใจ หรือถูกกดดัน คาดหวังมากเกินไปจนไม่สามารถทนได้ ความอ่อนแอทางด้านจิตใจ ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นสูงห่างเหินกับผู้ใกล้ชิด เข้ากับผู้อื่นได้ยาก

1.3.4 สภาพครอบครัวที่แตกแยก ขาดความอบอุ่น บิดาหรือมารดาติดยาเสพติด ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเลียนแบบ เห็นเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งความง่ายในการหาซื้อยาเสพติดและราคาถูกยอมทำให้มีการเสพกันอย่างแพร่หลาย

1.3.5 การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันมีสภาพเศรษฐกิจรัดตัว ทำให้คนมีภาวะเครียดสูง ประกอบกับยาเสพติดสามารถซื้อได้ง่าย จึงเป็นปัจจัยให้คนมาเสพยาเสพติดเพื่อระงับความเครียดกันเพิ่มมากขึ้น

1.3.6 กลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด ชักจูงแนะนำให้ใช้ เนื่องจากวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับจากเพื่อน อาศัยกลุ่มเพื่อนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ถ้าเพื่อนชักชวนประพฤติในสิ่งที่สังคมยอมรับโดยเฉพาะอยู่ในสถานที่ที่มีแหล่งผลิตและจำหน่ายมาก วัยรุ่นบางรายเป็นผู้จำหน่ายเองหรือบางรายเป็นทั้งผู้เสพและผู้ขายในเวลาเดียวกัน

1.4 ผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า

ผลกระทบจากการเสพยาบ้ามีผลทั้งต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลมากมาย (นันทิกา ทวีชาติ, 2548) สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบทางร่างกาย สำหรับผู้ที่เสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในช่วงแรกที่เสพยา จะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีแรง กระปรี้กระเปร่า คึกคัก ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ปากแห้งและเหงื่อออกมาก เป็นต้น แต่เมื่อเสพต่อไปนานๆจะเกิดอาการติดยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ทรุดโทรม สมองเสื่อม เมื่อมีอาการขาดยาจะมีอาการน้ำมูกน้ำตาไหล ปวดกระดูกปวดกล้ามเนื้อ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสติและมีอันตรายถึงชีวิตได้

1.4.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ในระยะแรกผู้เสพยาบ้าจะรู้สึกสดชื่น รู้สึกร่าเริงผ่อนคลาย ความเครียด เป็นสุข พุดมาก เมื่อเสพยาในปริมาณสูงขึ้นไปทำให้ความคิดสับสน ขาดการยับยั้ง ขาดสมาธิจะทำให้การรับรู้และการตัดสินใจเสียไป มีความรู้สึกหวาดระแวง กังวลและหวาดกลัว มีอาการประสาทหลอนเมื่อเสพเป็นเวลานานมีความประพฤติก่ออาชญากรรมผิดแปลกไปจากเดิม มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ การรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความสนใจในตนเอง ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย (ทวิพร วิสุทธิมรรค, 2543)

1.4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนไปอาจทำให้บิดามารดาเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันกล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเสพยาบ้าสมาชิกในครอบครัวเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกผิดและเสียใจ เกิดความอับอายแก่บุคคลอื่นในสังคม

1.4.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเสพติดยาบ้าผู้เสพจะต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้น ตลอดเวลาและหยุดเสพไม่ได้ทำให้ต้องเสียเงินทองในการซื้อยามาเสพ ประกอบกับวัยรุ่นบางคนยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของครอบครัวไม่สามารถหาเงินได้ได้ด้วยตนเองทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการบำบัดรักษา ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ อีกทั้งต้องใช้งบประมาณในการปราบปรามยาเสพติดด้วย

1.4.5 ผลกระทบต่อสังคม จากพฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนไป เนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ประกอบกับความต้องการที่จะได้เงินมาซื้อยาทำให้ผู้เสพทำทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสมซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรมตามมาได้

1.4.6 ผลกระทบต่อประเทศชาติ โดยเฉพาะความมั่นคงของประเทศเนื่องจากประชากรที่เสพติดยาบ้าส่วนมากอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่จะต้องเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่เป็นกำลังสำคัญของสังคมและประเทศชาติ ถ้าวัยรุ่นกลุ่มนี้เติบโตขึ้นมาอาจเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพซึ่งจะมีผลต่อประเทศชาติ มีผลทำให้ประเทศชาติอ่อนแอ ทำให้เศรษฐกิจตกต่ำ เกิดปัญหาสังคมตามมาสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ

จากผลกระทบที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นเสพยาบ้าควรได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.5 การกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

1.5.1 ความหมายของการกลับไปเสพซ้ำ

การกลับไปเสพซ้ำ (relapse) เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความล้มเหลวหรือเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของระบบบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกถึงความล้มเหลวของบุคคลที่จะคงพฤติกรรมในการเลิกสารเสพติด เมื่อเวลาที่เปลี่ยนไป (Marlatt, 1985) จึงมีนักวิชาการให้ความสำคัญศึกษาถึงสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำกันอย่างกว้างขวาง และมีผู้ให้คำนิยามของการกลับไปเสพซ้ำ ดังนี้

Marlatt & Gordon (1985) ให้ความหมายว่า การเสพยาเสพติดซ้ำจะเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ไม่ได้เริ่มจากการใช้ยาครั้งแรกหลังจากที่ผ่านการบำบัดรักษาและหยุดเสพยาได้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่เริ่มจากการที่ผู้เสพยามีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคมปกติ และกลับไปเสพยาเสพติดในที่สุด

Deley & Marlatt (1998) ได้ให้ความหมายของการเสพยาซ้ำว่า เป็นเหตุการณ์ของการใช้สารเสพติดและเป็นกระบวนการของการถอยหลังไปสู่พฤติกรรมที่เบี่ยงเบน หลังจากที่ได้เลิกได้ระยะหนึ่ง

Gorski & Kelley (1999) อธิบายว่า การเสพยาซ้ำ เป็นกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพที่ผิดปกติในร่างกายจนทำให้ผู้ที่เคยเลิกใช้สารเสพติด กลับไปใช้สารเสพติดใหม่

Jackson (2014) กล่าวว่า การเสพยาซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง หรือการที่บุคคลไม่สามารถคงพฤติกรรมเลิกสารเสพติดไว้ได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป

นิภาวัล บุญทับถม (2551) อธิบายว่า การเสพยาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ใช้สารเสพติดซึ่งสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ระยะหนึ่งแล้วหันกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก

จากความหมายและคำจำกัดความดังกล่าว สรุปได้ว่า การเสพยาซ้ำ (Relapse) หมายถึง การที่ผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเคยเข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกใช้สารเสพติด และสามารถเลิกเสพยาสารเสพติดได้ในระยะเวลาหนึ่ง จากนั้นเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและกลับไปเสพยาสารเสพติดซ้ำอีกครั้ง

1.5.2 กระบวนการของการเสพยาซ้ำ

การที่ผู้ติดยาบ้า/สารแอมเฟตามีนและสารเสพติดอื่นๆ ซึ่งเคยเลิกเสพยาได้แล้วจะกลับไปเสพยาซ้ำ อาจมีการให้ความหมายหลายอย่างที่แตกต่างกันไป ดังนี้

Jackson (2014) ได้กล่าวถึงแนวคิดการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง หรือการที่บุคคลไม่สามารถคงพฤติกรรมเลิกสารเสพติดไว้ได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป ว่าอาจเกิดขึ้นได้ในสองลักษณะ คือ Lapse กับ Relapse โดยทบทวนพบว่า มีนักวิชาการได้พยายามให้ความหมายและกล่าวถึงข้อแตกต่างของทั้งสองคำไว้ ดังนี้

Lapse (การกลับไปใช้/การกลับไปใช้สารเสพติดในช่วงสั้นๆ) คือ กระบวนการเบื้องต้นของการกลับไปใช้ยา/สารเสพติดเดิม ซึ่งมักจะเกิดตามมาหลังระยะการหยุดเสพ (abstinence) (Marlatt, 1985) โดยเป็นการกลับไปใช้ในช่วงสั้นๆ และในบางรายแม้ว่าจะกลับไปใช้เพียงครั้งเดียวก็สามารถนำไปสู่การติดยาได้อีก

Relapse (การกลับไปเสพซ้ำ) คือ การกลับไปมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดอีกครั้งในลักษณะและรูปแบบที่เหมือนเดิมก่อนที่จะเลิกหรือหยุดใช้สารเสพติดชนิดนั้น โดยเป็นการเริ่มต้นเข้าสู่วงจรการเสพใหม่อีกครั้ง (White and Ali, 2010) และเป็นการกลับไปใช้สารเสพติดอีกจนติดใหม่อีกครั้ง แม้ว่าจะสามารถเลิกเสพยาได้นานนับสิบปีก็ตาม (Vailant, 1988)

จะเห็นได้ว่า Lapse กับ Relapse จะมีความแตกต่างกันที่ระยะเวลาและลักษณะพฤติกรรมของผู้ใช้สารเสพติด แต่อย่างไรก็ตามการหวนกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำอีก ไม่ว่าจะแบบ Lapse หรือ Relapse ล้วนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในผู้ป่วยที่รับการบำบัด ทั้งในระหว่างและภายหลังการบำบัด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสมองติดยาและปัจจัยแวดล้อมของผู้เสพยาแต่ละราย

นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงความหมายของการเสพซ้ำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่เกิดขึ้นภายหลังจากมีการหยุดใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยพฤติกรรมดังกล่าว อาจเกิดขึ้นในลักษณะที่มีความรุนแรงตั้งแต่ขนาดเบาๆ ไปจนถึงขนาดหนักขึ้น คือ พลาดไปชั่วคราว การเสพเป็นครั้งคราว และการกลับไปติดใหม่อีกครั้ง โดยเรียกพฤติกรรมที่มีความรุนแรงต่างกันนี้ว่าเป็นกระบวนการของการเสพซ้ำ ดังนี้ (ทิพาวดี เอมะวรรณะ, 2548)

1) การพลาดไป หรือ พลั้งเผลอ (Slip) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งหลังจากที่ผู้ใช้เกิดอาการถอนพิษสารเสพติด หรือการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งเนื่องจากมีอาการทางร่างกายเกิดขึ้นจากการหยุดใช้สารเสพติด

2) การเสพชั่วคราว (Lapse) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดอีกเป็นเวลา น้อยกว่า 7 วันติดต่อกัน

3) การกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำๆ และมีการพลาดไปเสพยาบ่อย และมีการใช้สารเสพติดต่อเนื่องกันนานมากกว่า 7 วัน

4) การกลับไปเสพสลับการรักษา (Relapse Episode) หมายถึง การมีช่วงเวลา ที่กลับไปเสพซ้ำนานเกิน 7 วัน แล้วตามด้วยการเลิกเสพยาได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากต้องเข้ารับการ รักษาในสถานบำบัด หรือจากการได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลแวดล้อม

5) การกลับไปติดสารเสพติดซ้ำอีก (Readdiction) หมายถึง มีการกลับไปเสพ ซ้ำเป็นเวลายาวนานมากกว่า 30 วัน จนกระทั่งผลักดันให้ผู้ใช้สารเสพติดผู้นั้น ต้องกลายเป็นคนติดสาร เสพติดอีก โดยติดทั้งทางร่างกายและเป็นกิจวัตรส่วนตัวไป

1.5.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพยา

Marlatt & Gordon (1985) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพยา ดังนี้

1) ปัจจัยภายใน คือ ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้เสพยาเอง เช่น ความอยากลองหรืออยากทดสอบตนเองว่าสามารถหยุดใช้สารเสพยาได้จริงหรือไม่ ความอยาก ภาวะอารมณ์ และความเครียด

2) ปัจจัยภายนอก คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เสพยาเอง เช่น ความขัดแย้งกับบุคคลอื่น สภาพแวดล้อมต่างๆ การเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และการดำเนินชีวิต

ทิพาวดี เอมะวรรณ (2548) ได้อธิบาย สาเหตุของการกลับไปเสพยาซ้ำว่า เกิดจากปัจจัยอย่างอื่นร่วมด้วย ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย

1.1) ปัจจัยด้านกายภาพ (Physiological factors) ได้แก่ ความอดทนของร่างกายต่อสารเสพยา และอาการที่เกิดจากภาวะถอนพิษสารเสพยา เช่น อาการอยากยา (Craving) จากอาการขาดยา (Withdrawal) ซึ่งเกิดขึ้นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง คือ สารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine)

1.2) ขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สารเสพยา

2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Social and Environment factors) ได้แก่

2.1) มีการแพร่ระบาดของยาเสพยาในชุมชนที่อาศัย

2.2) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุกคาม ทั้งนี้เมื่อผู้เสพยาได้รับการบำบัดรักษาสามารถเลิกใช้สารเสพยาได้แล้ว ถ้าไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน อาจทำให้เกิดปัญหาอย่างอื่นตามมา เช่น ปัญหาในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจบทบาท ไม่ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological factors)

3.1) การขาดแรงจูงใจในการเลิกสารเสพยา ทำให้ไม่มีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในแนวทางที่ดีมากขึ้น

3.2) การขาดสติปัญญาในการจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทำให้ไม่สามารถเลิกใช้สารเสพยาได้สำเร็จ

3.3) การกลับไปเสพยา อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาความกดดันส่วนตัวและความกดดันจากบุคคลอื่น ความเสียใจ อารมณ์ไม่เป็นสุข หรือความวิตกกังวล เป็นต้น

3.4) ความเชื่อของบุคคล ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างมากในการเลิกสารเสพยา เพราะถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าสารเสพยาเป็นอันตรายต่อร่างกาย มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ก็จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพยาได้

2. นโยบาย ระบบ และขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย

2.1 ความหมายของการบำบัด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพและสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาการเสพยาเสพติดทางกาย เป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดรักษา แต่มีได้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดและแก้ไขคนที่ตกเป็นทาสของยาเสพติดได้อย่างถาวร

ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คือ การดำเนินการให้การบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ผู้ติดยาเสพติดโดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาการติดยาเสพติดที่ ประสบความสำเร็จ จะต้องเป็นการบำบัดรักษาโดยองค์รวม เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้มี การพัฒนาในทุกๆ ด้านการติดยาเสพติด

2.2 นโยบายเร่งรัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย

เนื่องจากการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งผู้นำประเทศและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการโดยใช้นโยบายและมาตรการในลักษณะต่างๆ เพื่อเร่งรัดให้ผู้ใช้สารเสพติดได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว ดังจะเห็นได้จากการที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้มีประกาศฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 เรื่อง **“การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู”** (ราชกิจจานุเบกษา, 2557) ซึ่งสถาบันสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2559) ได้นำประกาศดังกล่าวมาทำเป็นแนวทางการนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้และได้รับการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่ผลลัพธ์ของการบำบัดที่พึงประสงค์ โดยมีนโยบายและระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้และผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

1. เจตนารมณ์ของประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การนำผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ ด้วยข้อยืนยันทางการแพทย์ปรากฏว่าผู้เสพยาเสพติดจะทำให้เป็นโรคสมองติดยา ดังนั้นจึงควรให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยความยินยอม เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดกลับฟื้นคืนสภาพจากการเสพยาเสพติด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน ได้อย่างปกติ ซึ่งจะเป็นคุณประโยชน์กับผู้เสพยาเสพติดให้มีโอกาสทบทวนและกลับตัวเลิกใช้ยาเสพติดโดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในการบำบัดฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง ในระยะเวลา 12 เดือน

ด้วยเจตนารมณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงมิได้กำหนดโทษกรณีผู้เสพยาเสพติดฝ่าฝืนไม่ทำตามกระบวนการของประกาศนี้ แต่อย่างไรก็ตามอาจมีผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่งถึงแม้จะได้โอกาสให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมตัวเองให้บำบัดฟื้นฟูจนครบกระบวนการ และถึงแม้จะได้รับการบำบัดฟื้นฟูจนครบกระบวนการแล้วแต่ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้เด็ดขาด จึงเห็นสมควรกำหนดการเข้าบำบัดฟื้นฟูตามประกาศนี้เป็นจำนวน ไม่เกิน 5 ครั้ง

2. กลไกการดำเนินงาน

(1) เพื่อให้การปฏิบัติตามประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ฉบับที่ 108/2557 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดและกรุงเทพมหานคร รับผิดชอบกำกับติดตามการดำเนินงาน

(2) อาศัยอำนาจตาม ข้อ 3 ของ ประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 ให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดและกรุงเทพมหานคร โดยผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ประกาศจัดตั้งกลไกตามที่กำหนด ดังนี้

2.1) ศูนย์เพื่อการคัดกรองอำเภอและเขต โดยให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานที่อื่นตามความเหมาะสมเป็นศูนย์เพื่อการคัดกรอง โดยพิจารณาจากสภาพการแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นหลัก ประกอบด้วย 1) หัวหน้าศูนย์ ทำหน้าที่ควบคุมและบริหารจัดการ 2) เจ้าหน้าที่คัดกรอง ทำหน้าที่ในการคัดกรองเบื้องต้น 3) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล โดยมีบทบาทภารกิจ ในการจำแนกคัดกรองเบื้องต้น เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสพติดภาวะแทรกซ้อนทางกายและจิต และการวินิจฉัยเพื่อส่งต่อผู้เสพติดเข้าบำบัดฟื้นฟูตามความเหมาะสม และจัดเก็บและรวบรวมประวัติผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแผนและผลการบำบัดฟื้นฟู และข้อมูลสถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูอย่างเป็นระบบพร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

2.2) ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ เขต เทศบาลนคร เทศบาลเมือง ทั้งนี้ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ เขต เทศบาลนคร เทศบาลเมือง มีบทบาทภารกิจ ดังนี้

(1) รับรายงานตัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเข้าสู่การติดตามดูแลต่อเนื่อง

(2) ประกาศแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ประชาชนผู้มีจิตอาสาหรืออาสาสมัครภาคประชาชน

(3) พัฒนาศักยภาพผู้ทำหน้าที่ติดตาม

(4) จำแนกรายชื่อและมอบหมายภารกิจการติดตามดูแล

(5) จำแนกรายชื่อผู้ประสงค์รับความช่วยเหลือตามประเภทของความประสงค์ เช่น การศึกษา อาชีพ เป็นต้น

(6) จัดทำข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับผู้สมควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

(7) ดำเนินการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

(8) รายงานผลการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

2.3) ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจังหวัด

บทบาทภารกิจ :

- (1) กำหนดแนวทางการติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูของจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร
- (2) ธารรงค์เพื่อสร้างล้าใจและเสริมสร้างเจตคติการให้โอกาสผู้เสพติด
- (3) เป็นศูนย์กลางสนับสนุนช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ
- (4) รายงานผลการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

2.4) ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูกรุงเทพมหานคร

บทบาทภารกิจ :

- (1) กำหนดแนวทางการติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูของจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร
- (2) ธารรงค์เพื่อสร้างล้าใจและเสริมสร้างเจตคติการให้โอกาสผู้เสพติด
- (3) เป็นศูนย์กลางสนับสนุนช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ
- (4) รายงานผลการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

3. แนวทางการดำเนินงานตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่

108/2557

กิจกรรม 1. การนำผู้เสพติดเข้าบำบัดฟื้นฟูและการคัดกรอง

แนวทางการดำเนินงาน

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดและกรุงเทพมหานคร กำหนดแผนการค้นหาเพื่อนำผู้เสพติดเข้าบำบัดฟื้นฟู โดย (1) การจัดทำประชาคมในหมู่บ้าน/ชุมชน (2) การตั้งด่านตรวจปัสสาวะ (3) การจัดระเบียบสังคม หรือวิธีการอื่นใดตามความเหมาะสมของจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร โดยเมื่อมีการตรวจปัสสาวะผู้ต้องสงสัยแล้วพบว่ามีการเสพติดในปัสสาวะ และเจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจปัสสาวะพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรม ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นและสังคม และผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ให้ผู้นั้นยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูได้รับการคัดกรอง

การคัดกรองเบื้องต้น ดำเนินการภายหลังผู้เสพติดลงนามในแบบยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู

ทั้งนี้ให้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่คัดกรอง ณ สถานที่ปฏิบัติการ หรือดำเนินการ ณ สถานที่ตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรอง เจ้าหน้าที่คัดกรองต้องแจ้งผลการคัดกรอง รูปแบบและระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟู ตลอดจนการติดตาม ดูแลต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูให้ผู้ยินยอมและ/หรือญาติได้รับทราบพร้อมคำแนะนำวิธีการปฏิบัติ และจัดทำเอกสารผลการคัดกรองและส่งเข้าบำบัดฟื้นฟูให้ผู้ยินยอมลงนามรับทราบและปฏิบัติ เจ้าหน้าที่คัดกรองต้องจัดทำบันทึกข้อมูลประวัติผู้ได้รับการคัดกรองให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เพื่อประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู

กรณีผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูเป็นประชาชนจากจังหวัดอื่นให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรองส่งต่อผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาลที่ตั้งตามที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู

กรณีตรวจสอบภายหลังพบว่าผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูเป็นผู้อยู่ระหว่างการบังคับบำบัดตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ให้ถอนชื่อออกจากการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช.ที่ฉบับที่ 108/2557 เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูแบบบังคับบำบัดจนครบกระบวนการ

กรณีตรวจสอบภายหลังพบว่าผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ให้พนักงานสอบสวนเจ้าของคดีนำผู้ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูไปดำเนินการตามกระบวนการ และถอนชื่อออกจากการบำบัดฟื้นฟู

กรณีผลการตรวจปัสสาวะเบื้องต้นพบว่ามีสารเสพติด แต่ผู้เสพติดไม่ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูให้ดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กรณีตรวจสอบพบสิ่งที่ต้องสงสัยว่าเป็นยาเสพติด ให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบชนิด ประเภท ปริมาณ และน้ำหนัก และบรรจุสิ่งของที่สงสัยว่าเป็นยาเสพติดลงในภาชนะแข็งแรง ปลอดภัยเท่าที่ทำได้ แล้วปิดฉลากบนภาชนะบรรจุนั้น และจัดทำบันทึกการส่งมอบและรับมอบสิ่งของที่สงสัยว่าเป็นยาเสพติดโดยลงลายมือชื่อเจ้าของ สิ่งของที่สงสัยว่าเป็นยาเสพติดเป็นผู้ส่งมอบ และเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับมอบไว้เพื่อเป็นหลักฐานปิดภาชนะบรรจุและบันทึกการส่งมอบและรับมอบตามแบบฟอร์ม และเจ้าหน้าที่นำส่งสิ่งของที่สงสัยว่าเป็นยาเสพติดไปตรวจพิสูจน์ที่สถานตรวจพิสูจน์ตามที่คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกำหนดโดยเร็ว และให้นำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจับยึดและตรวจพิสูจน์ยาเสพติดมาบังคับโดยอนุโลม

กิจกรรม 2. การบำบัดฟื้นฟู

แนวทางการดำเนินงาน

การคัดกรองเบื้องต้นเพื่อประเมินสภาพการเสพติดตรวจสอบภาวะโรคทางกายและทางจิต ตรวจสอบประวัติจำนวนครั้งของการเข้าบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช.ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การสัมภาษณ์ ชักถามประวัติ พร้อมส่งต่อไปเข้ารับการ

บำบัดฟื้นฟูตามความเหมาะสม กรณีผลการคัดกรองเป็น “ผู้เสพ” ให้ส่งเข้าบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรณีผลการคัดกรองเป็น “ผู้ติดหรือ ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง” ให้ส่งเข้าบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือกรุงเทพมหานครให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่สถานพยาบาลกำหนด

การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้ว่าราชการจังหวัด/กรุงเทพมหานครประกาศสถานที่เพื่อเปิดเป็นค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแต่งตั้งบุคลากรเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ

กิจกรรม 3. การประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

แนวทางการดำเนินงาน

การประเมินเพื่อรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู กระทำเมื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบตามระเบียบ หรือข้อบังคับของสถานพยาบาล โดยการบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข/กรุงเทพมหานครให้ประเมินตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสถานพยาบาลนั้นออกเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ฝ่ายวิชาการทำการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และให้ผู้อำนวยการค่ายจัดทำเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูทั้งจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข/กรุงเทพมหานคร และรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องรายงานตัวยืนยันเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พร้อมเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู แบบสำรวจผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ที่ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูตามสถานที่และวันที่กำหนด

กิจกรรม 4. การติดตาม ดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

แนวทางการดำเนินงาน

เมื่อผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูพร้อมด้วยเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และแบบสำรวจผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ไปรายงานตัวที่ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู อำเภอหรือเขตหรือเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง เจ้าหน้าที่ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต้องแจ้งให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ที่มารายงานตัวทราบว่า จะได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือ ประคับประคองจากกำนันผู้ใหญ่บ้านหรืออาสาสมัคร หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ โดยการเยี่ยมบ้านอีกอย่างน้อย 4 – 7 ครั้ง

กรณีผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูไม่เข้มารายงานตัวที่ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้ตรวจสอบรายชื่อผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจากระบบรายงานสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (NISPA) เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู อำเภอหรือเขตหรือเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง ตรวจสอบ

รายชื่อผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู จำแนกตามที่อยู่และมอบหมายภารกิจให้ผู้ที่ทำหน้าที่ติดตาม เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครภาคประชาชน หรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ

ก่อนลงพื้นที่เพื่อติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูควรมีการตรวจสอบข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เมื่อลงพื้นที่เพื่อ ติดตามเยี่ยมบ้านควรสร้างความเข้าใจกับครอบครัว ญาติ และชุมชน ถึงเจตนาของการติดตามเพื่อต้องการช่วยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูให้ลด ละ เลิก ยาเสพติด ให้ได้ ผู้ทำหน้าที่ติดตามต้องรายงานผลการติดตามให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลช่วยเหลือ อำเภอหรือเขตหรือเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง

ศูนย์เพื่อประสานการดูแลช่วยเหลืออำเภอหรือเขตหรือเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง จำแนกประเภทและจำนวนผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ และหาข้อมูลเพิ่มเติมถึงศักยภาพ ความเป็นไปได้ ความพร้อมของผู้ขอรับความช่วยเหลือและสรุปเป็นผลการพิจารณาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และประสานงานเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือเบื้องต้นหากเกินศักยภาพของศูนย์ฯ อำเภอ/เขต ให้จัดส่งข้อมูลต่อไปยังศูนย์เพื่อประสานการดูแลช่วยเหลือจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานอื่นๆ แล้วแต่กรณีหน่วย สนับสนุนช่วยเหลือของจังหวัดเพื่อให้ความช่วยเหลือ ดังนี้

ศูนย์เพื่อประสานการดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางในการประสานการสนับสนุนช่วยเหลือโดยการจัดการประชุมหารือเพื่อวางแผน ตลอดจนกำกับ ติดตามให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และรวบรวมรายงานผลการติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูและผลการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

โดยสรุป แนวทางการนำผู้เสพติดเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 นี้ อาจส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระบบสมัครใจให้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแนวทางหลายประการที่ช่วยเหลือ ให้โอกาสในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งมองว่าผู้เสพติดคือผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแล มากกว่าการเป็นผู้กระทำผิดที่ต้องบังคับบำบัดหรือต้องโทษ

2.3 ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด แบ่งเป็น 3 ระบบ (สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2557) คือ

2.3.1 **ระบบสมัครใจ** เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดสารเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ โดยรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.3.1.1 การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัด โดยมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ไม่ต้องนอนในสถานบำบัด

- 2) แพทย์ให้การบำบัดรักษาตามสภาพปัญหา และอาการของผู้ป่วย
- 3) มารับการบำบัด ตามเวลานัด โดยมีญาติมาด้วยทุกครั้งเพื่อ
ประโยชน์แก่ผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จในการบำบัด
- 4) ระยะเวลาการบำบัด 4 เดือน (16 สัปดาห์)
- 5) นัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ เป็นเวลา 1 ปี

2.3.1.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือ การค้างคืนในสถานพยาบาล เพื่อดูแล
อย่างใกล้ชิดในระยะถอนพิษยา นอกจากนี้ ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย
เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคอีกด้วย

2.3.2 **ระบบบังคับ** หมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด
รักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545
ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพจะถูกนำเข้ารับการบำบัดในระบบนี้ และหากผู้เข้ารับการบำบัด มี
ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี โดยการนำผู้เสพติดเข้าบังคับบำบัด เริ่ม
จากการที่ผู้เสพติดถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
พ.ศ.2545 และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลจะสั่งให้พนักงานคุมประพฤติตรวจพิสูจน์ว่า
เป็นบุคคลที่เป็นผู้เสพติดจริง และวางแผนการฟื้นฟูสำหรับผู้เสพติดเป็นรายบุคคลต่อไป

2.3.3 **ระบบต้องโทษ** เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิด
เกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย
เรือนจำหรือทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ ใน
กรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี สถานพินิจได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟูสำหรับเยาวชนในสถานพินิจ

2.4 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกสารเสพติด
ได้และกลับสู่สังคม จนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกสารเสพติดได้
จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ครบทุกขั้นตอน โดยยึดตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้แบ่ง
ขั้นตอนการบำบัดรักษาออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ (อังกูร ภัทรกรและนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

2.4.1 **ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission)**

โดยก่อนที่จะเริ่มต้นในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้น ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะ
เข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา แพทย์ หรือพยาบาล ต้อง
ร่วมกันซักจูงแนะนำให้ผู้ติดยาเสพติดเต็มใจเข้ารับการบำบัดรักษา ขั้นเตรียมการเป็นระยะแรกของการ
รักษาที่เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา เข้าใจวิธีการรักษายอมรับ
ความจริงว่าการติดยาเสพติดมีโทษร้ายแรง ยอมรับว่าตนมีปัญหาอะไร ยอมรับที่จะแก้ไขพฤติกรรมของ
ตนเอง โดยสมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเตรียมความ
พร้อมให้กับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาลูกและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จะใช้เวลาประมาณ 1-7

วัน โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ครอบครัวและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตว่าปกติหรือมีอาการทางจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการซักจูง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจเข้ารับการรักษา และแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

2.4.2 *ขั้นบำบัดด้วยยา (Detoxification)*

เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการขาดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการยาที่มีอาการทรมาณอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดยาไม่ให้มีอาการทรมาณและสามารถผ่านอาการอยากยาได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมๆ กับการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วยการประเมินถึงความรุนแรงของการขาดยา และค้นหาปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยาการเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษาและเข้าสู่ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพการรักษาในขั้นนี้แบ่งการรักษาเป็น 2 รูปแบบ คือการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน ดังนี้

2.4.2.1 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นที่นิยมโดยทั่วไป เพราะสะดวกในเรื่องสถานที่ค่าใช้จ่าย ใช้บุคลากรน้อย สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้จำนวนมาก แต่ผลการรักษาไม่แน่นอน เพราะผู้ป่วยยังคงกลับไปอยู่กับสภาพแวดล้อมเดิม บางครั้งระหว่างการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีการลักลอบใช้ยาเสพติด ข้อดีของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ ถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ทุกอย่าง ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมแสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้ โอกาสเลิกได้ระยะยาวมีมาก ผลสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ การรักษาให้คำแนะนำ (Counseling) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้ กิจกรรมต่างๆ คล้ายการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ ถอนพิษยา รักษาโรคแทรกซ้อน ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ทำกลุ่มบำบัด และสุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

2.4.2.2 การรักษาแบบผู้ป่วยใน การรักษาแบบผู้ป่วยในต้องแยกผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป จัดสถานที่ให้ปลอดภัยปลอดสารเสพติด การรักษาในขั้นตอนนี้นอกจากให้การถอนพิษยาแล้ว จะต้องให้กิจกรรมอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ปรุมนิเทศเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบในการปฏิบัติขณะรับการรักษา กลุ่มบำบัดและกิจกรรมต่างๆ รักษาโรคแทรกซ้อน กิจกรรมนันทนาการ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เช่น ช่วยดูแล ให้กำลังใจ สนับสนุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเพื่อป้องกันการลักลอบใช้ยาเสพติดในหอผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดระยะบำบัดยาเป็นระยะแรก que ผู้ป่วยหยุดใช้ยาทันที จึงอาจเกิดภาวะขาดยา (Withdrawal) ได้ อย่างไรก็ตามแม้อาการจะไม่รุนแรงมากนัก การรักษาด้วยยาก็ยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางราย ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยมีดังนี้

1) อาการรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) มักพบหลังหยุดเสพยาไม่นาน อาจพบรุนแรงในบางรายและอะอะอาละวาดได้ ผู้ป่วยมักมีความสับสน ชัดแย้งในจิตใจสูงและหวาดระแวง เครียดหงุดหงิด การดูแลผู้ป่วย อาจมีความจำเป็นต้องยึดผู้ป่วยไว้ และทำให้สงบในที่ปลอดภัยให้ Benzodiazepines เช่น Diazepam เพื่อควบคุมอาการกระสับกระส่าย ถ้าผู้ป่วยยังกระสับกระส่ายและนอนไม่หลับอาจให้ Trazodone (Desirel) ในรายที่มีอาการทางผิวหนัง ทั้งอาการคันหรือการแพ้

2) การหมดแรง หลับมาก หลังจากเสพหนัก (Crash) มักพบหลังยาบ้า หมดฤทธิ์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะเป็นอยู่นาน 12-96 ชั่วโมง อาจหลับอยู่เป็นวันๆ (Hyper somnolence) การดูแลผู้ป่วยควรระวังต้องให้น้ำและอาหาร ผู้ป่วยตามสมควร แต่อย่าให้ยาที่มีฤทธิ์ง่วงนอน การให้ยาที่ยิ่งทำให้ง่วง ทั้ง Benzodiazepines และ Antipsychotic drugs ในระยะนี้ต้องระวังเพราะอาจเกิดการหายใจได้ ผู้ป่วยที่หลับมากในช่วงนี้ การปลุก ผู้ป่วยต้องดูให้เหมาะสม เพราะถ้าปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไป จะทำให้หงุดหงิดจนถึงมีอาการเอะอะหรือ อาละวาดได้

3) อาการซึมเศร้า (Depression) มักพบหลังหยุดเสพ 3-4 วัน ในรายที่มีอาการซึมเศร้าควรให้ยาต้านซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกฤทธิ์ทั้ง Dopamine และ Serotonin หรือ กลุ่ม Selective Serotonin Receptor Inhibitors (SSRI) ซึ่งจะช่วยเพิ่ม Serotonin ในสมองไม่ให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

2.4.3 *ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)*

เป็นการบำบัดรักษาเพื่อปรับสภาพจิตใจ และเสริมสร้างให้สุขภาพแข็งแรง โดยต้องแก้ไข ปรับปรุงทั้งนิสัย ความประพฤติ และจิตใจที่เคยถูกรบกวนด้วยฤทธิ์ของสารเสพติดขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด เพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถเลิกสารเสพติดได้อย่าง แท้จริง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาระยะนี้มีทั้ง 2 รูปแบบ คือ การรักษา แบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน

2.4.3.1 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งในปัจจุบัน ใช้รูปแบบแมทริกซ์ (Matrix model) ใช้เวลา 16 สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย และครอบครัว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังการเสพยา กระบวนการติดยา เสพติด และขั้นตอนต่างๆ ในการเลิกยา เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4.3.2 การรักษาแบบผู้ป่วยใน ใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสาย ใหม่ (FAST model) โดยเป็นรูปแบบที่มีฐานแนวความคิดมาจากรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) ใช้เวลาการบำบัด 4-6 เดือน โดยเพิ่มการฝึกการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ระยะนี้จะเน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่ เข้มแข็งและมั่นคง ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปใช้ชีวิตกับสังคมภายนอกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมใน กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัว ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตนดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และ ชุมชน ขั้นตอนนี้ต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายฝ่ายด้วยกันและทำงานเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด เป็นต้น และจากการที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนีมีวิสัยทัศน์ว่าเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นเลิศด้านการบริการและด้านวิชาการ

จึงมีพันธกิจหน่วยงานที่สำคัญ คือ การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพใจกลุ่มผู้ติดสารเสพติด รวมถึงการพัฒนาระบบการป้องกัน ค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ให้มีมาตรฐานทางวิชาการมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานทุกระดับ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดและนำไปใช้ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน

นอกจากนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั่วประเทศ ถือเป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด อีกทั้งเป็นที่พึ่งทางวิชาการสำหรับโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดังนั้น โรงพยาบาลธัญญารักษ์แต่ละแห่งยังได้มีการนำเอารูปแบบการบำบัดอื่นๆ เข้ามาใช้ในการดูแลรักษาผู้ติดสารเสพติด เช่น การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy: CBT) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาได้อย่างเป็นเหตุผล สามารถจัดการกับการอยากยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ การบำบัดแบบสั้น (brief intervention: BI) และการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy: MET) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน เป็นต้น (นันทา ชัยพิชิต, 2556)

2.4.4 *ขั้นติดตามหลังรักษา (Follow up or Aftercare)*

เมื่อผู้ติดยาเสพติดเข้าบำบัดรักษามีสภาพจิตใจเข้มแข็งพอจะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมภายนอกได้ด้วยตนเองแล้ว สถานบำบัดรักษา/สถานพักฟื้นจะให้กลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อเริ่มต้นทดลองใช้ชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดต่อไป ผู้บำบัด ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น มีหน้าที่ต้องติดตามผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษา การดูแลติดตามหลังรักษาเป็นการช่วยให้กำลังใจและแนะนำแนวทางปฏิบัติตนให้กับผู้เลิกยาเสพติด เพื่อให้หลีกเลี่ยงปัญหาทางจิตใจและทางกายต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการติดยาเสพติดและให้อยู่ห่างไกลจากสิ่งแวดล้อมที่จะชักนำโดยเฉพะยาเสพติด โดยใช้ระยะเวลาในการติดตามหลังรักษา 1-5 ปี

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและพลังด้านการเสพยาเสพติด

3.1 ความหมายของ Resilience

จากการศึกษาเอกสารวิชาการทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่ามีการให้ความหมาย Resilience ไว้อย่างหลากหลาย โดยผลการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามีนักวิชาการบางท่านได้ให้ความหมายของแนวคิดนี้ไว้ ดังนี้

สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, n.d.) ได้กล่าวว่า Resilience เป็น กระบวนการในการจัดการกับความทุกข์ การเจ็บป่วย ความเศร้าโศก การถูกคุกคามจากแหล่งของความเครียดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน เพื่อกลับคืนจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้น

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

Grotberg (1995) ให้ความหมายว่า resilience คือ ความสามารถในการฟื้นตัว จากภาวะบีบคั้นที่ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางลบต่างๆ เป็นความสามารถที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และช่วยให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่างๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ความสามารถดังกล่าวนี้ สามารถได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

Connor & Davidson (2003) กล่าวว่า resilience หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคล (coping behaviors)

Haase (2004) เสนอ The Adolescent Resilience Model เพื่อเป็นรูปแบบการสร้าง Resilience ของวัยรุ่น โดยกล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ resilience ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบการใช้ความสามารถของตนเองและอาศัยแหล่งสนับสนุนจากสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

สำหรับในประเทศไทยพบว่าการนำแนวคิด resilience มาใช้โดยเรียกชื่อแตกต่างกัน และให้ความหมายของแนวคิดนี้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้บัญญัติศัพท์ Resilience ในภาษาไทย โดยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” หรือ “พลัง อึด อึด ลู้” และให้ความหมายว่า หมายถึง ความสามารถของคนเราที่ใช้ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ภายหลังที่พบเหตุการณ์รุนแรงหรือความยากลำบากในชีวิต

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550) ใช้คำว่า “ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญ วิ ก ฤ ต” หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤติของชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว และเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤติ นั้นๆ

ศุภรัตน์ เอกอัครวิน และเยาวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2551) ใช้คำว่า “ความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤติ” หมายถึง ความสามารถเฉพาะของบุคคลที่พัฒนาได้ เป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้อย่างสำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติ

Takviriyun (2008) อธิบายว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีส่วนช่วยให้บุคคลที่ตกอยู่ในสภาพการณ์ที่เสี่ยงผ่านพ้นวิกฤติหรือประสบความสำเร็จในการปรับตัว ได้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงนั้นๆ

จากการให้ความหมายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า แม้ว่านักวิชาการไทยมีการแปล resilience มาใช้ในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป แต่ค่อนข้างจะมีความหมายไปในทางเดียวกัน คือ เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวได้สำเร็จเมื่อต้องเผชิญภาวะเสี่ยง เหตุการณ์ทุกข์ยาก หรือภาวะวิกฤติต่างๆ ดังนั้น

resilience ตามความหมายนี้ จึงเป็นผลลัพธ์ทางบวกอันเกิดจากการที่บุคคลประสบความสำเร็จในการปรับตัวจากจากภาวะเครียดและกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้น

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพลังต้านการเสพติด (Resilience to drug use)

แนวคิด resilience เมื่อนำมาใช้ในบริบทของผู้ใช้สารเสพติด จะมีความหมาย ดังนี้

Hawkins, Catalano and Miller (1992) อธิบายว่า Resilience to drug use เป็นกลไกในการเป็นกันชนที่มีอิทธิพลทำให้วัยรุ่นมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น

Meschke and Patterson (2003) ได้ให้ความหมายว่า Resilience to drug use ว่าเป็นกระบวนการที่เป็นไดนามิก เมื่อเกิดความเสี่ยงก็จะเกิดกลไกการป้องกันและด้วยเหตุนี้จึงเกิดพฤติกรรมส่งเสริมความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมในการแก้ปัญหาขึ้น เช่น การเสพยาเสพติดเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจะมีการส่งเสริมความสามารถของเยาวชนในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้

Grotberg (1995) และ Haase (2004) มีมุมมองเกี่ยวกับ “resilience” ที่สอดคล้องกัน และให้นิยามคำนี้ว่า หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต โดยสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และมีหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่า Resilience to drug use เป็นปัจจัยที่ปกป้องต่อการเสพยาเสพติดของบุคคล ได้แก่ Braverman (1999) และ Hawkins, Catalano and Miller (1992) ซึ่งจะเห็นได้ว่า Resilience to drug use เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงต่อการเสพยาบ้าได้

Dillon et al. (2007) ได้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาความหมายของ “Resilience to drug use” (พลังต้านการเสพยาเสพติด) ของวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา และได้ข้อสรุปว่า Resilience to drug use หมายถึง “ความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาเสพติดได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยใช้ปัจจัยปกป้องที่เหมาะสม แม้ว่าจะตกอยู่ในสถานการณ์ หรือสิ่งเร้าที่เสี่ยง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด” นอกจากนี้ Dillon et al. (2007) ยังกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการเกี่ยวกับ Resilience to drug use ของวัยรุ่น ได้แก่

- 1) การที่วัยรุ่นมีการค้นหาปัจจัยต่างๆ ของตนทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยา
- 2) การที่วัยรุ่นใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด
- 3) การที่วัยรุ่นมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ จนสามารถปฏิเสธการใช้ยาเสพติดได้

3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้า

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ผสมผสานกับแบบจำลอง The Adolescent Resilience Model (ARM) ของ Haase (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แม้จะไม่พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้าโดยตรง เนื่องจากแนวคิดพลังด้านการเสพยาบ้ายังเป็นเรื่องใหม่ซึ่งยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดรวมถึงยาบ้า ในกลุ่มวัยรุ่น ดังนี้

1. เพศ เพศเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการติดยาเสพติด โดยพบว่าเพศชายมีอัตราการเสพติดสารแอมเฟตามีนสูงกว่าเพศหญิง (สุริวัฒน์ คุวิเศษแสง, 2545; สุวรรณิ แสงอาทิตย์, 2550) และเมื่อมองเพศจากมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมจะพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการเข้าสู่เส้นทางการเสพยาแตกต่างกัน (ศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ, 2556) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้ยาบ้าได้ดีกว่าเพศชาย (ลัดดาวัลย์ ฉินประสิทธิ์, 2547) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมี resilience มากกว่าเพศชาย (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) และจากการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2541; เสาวนีย์ สำนวน, 2545; สุลินดา จันทระเสนา, 2549) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Frisher et al. (2007) พบว่าเพศสามารถทำนายการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นได้

2. อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด การที่วัยรุ่นเริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะ เป็นสารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายและมีการเสพยาให้เห็นอยู่ทั่วไป เช่น บุหรี่ สุรา ทำให้ขาดความระมัดระวัง ดังนั้น เมื่อเสพยาไปนานๆ จะเพิ่มความถี่ของการเสพยา และเสี่ยงต่อการเสพยาสารเสพติดอื่นที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (Dillon et al., 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราภรณ์ ลิ้มนิจสรกุล (2546) พบว่าถ้าวัยรุ่นเริ่มเสพยาสารเสพติดก่อนอายุ 15 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสารเสพติดมากกว่าวัยรุ่นที่เริ่มเสพยาเมื่ออายุมากกว่า 19 ปี ถึง 2 เท่า และถ้าเริ่มใช้สารเสพติดเมื่ออายุมากขึ้น จะลดความน่าจะเป็นของการเสพติดสารเสพติดประมาณร้อยละ 14 ในแต่ละปี นอกจากนี้การศึกษาของนิมิต รัศมี (2544) พบว่าบุหรี่ป็นสิ่งเสพติดขั้นพื้นฐานที่นำนักเรียนไปสู่การเสพยาบ้าในที่สุด และจากการศึกษาของธนวรรณ อาษารัฐ (2538) ที่พบว่ากลุ่มติดยาเสพติดส่วนใหญ่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20 ปี ด้วยวิธีการสูบร้อยละ 87.00 โดยใช้บุหรี่ปาก่อนถึงร้อยละ 63.84 และในปัจจุบันมีการใช้สารเสพติดที่มีฤทธิ์รุนแรงมากขึ้นกว่าครั้งแรกถึงร้อยละ 38.5 สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ คณะโต (2551) ที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าคิดเป็น 47.18 เท่า และผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าคิดเป็น 30.18 เท่า

3. จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา พบว่าจำนวนครั้งของการบำบัดที่มากจะมีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่เข้ารับการบำบัดหลายครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ติดในระดับรุนแรง คือมีการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังการศึกษาของนิรุจน์ อุทธาและคณะ (2548) พบว่าจำนวนครั้งที่มากจะสะท้อนความรุนแรงของการติดยาบ้าและเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Supreda et al. (2006; อ้างถึงในธนิตา หิรัญเทพและคณะ, 2556) ที่พบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับบำบัดรักษาจะสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำและเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร (2556) ที่สนับสนุนว่าประวัติการบำบัดรักษา สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้สูงที่สุด เป็น 12.6 เท่าของคนที่ไม่เคยรับการรักษา

4. การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าจะมีความสัมพันธ์กับความตระหนักของวัยรุ่นต่อการติดยา (ยุทธนา มุ่งสมัคร, 2546) และมีความสัมพันธ์กับประวัติการใช้สารเสพติดและการใช้สารในทางที่ผิด (Abuse) ความถี่และความนานของระยะเวลาของการเสพยา รวมทั้งระบบที่ผู้เสพยาเข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบัน จากการศึกษาของวรวิญญา จิตผ่อง (2552) พบว่าระดับความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 61.2 อยู่ในระดับที่รุนแรงและยังพบอีกว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดจะมีระดับความรุนแรงของการกลับไปเสพยาซ้ำน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นที่ผ่านการบำบัดแล้วมีการกลับมาเสพยาซ้ำมีระดับความรุนแรงของการเสพยาเพิ่มมากขึ้นในทางตรงข้ามการศึกษาของ von Sydow et al. (2002) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น รับรู้ว่าตนเองเกิดความเจ็บป่วยจากการเสพยาเสพติด จึงปฏิเสธที่จะไม่เสพยาเสพติด เพราะเกรงว่ายาเสพติดจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งวัยรุ่นเหล่านี้ให้เหตุผลว่าตนปฏิเสธการเสพยาเนื่องจากไม่อยากเจ็บป่วยและยังไม่อยากเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติด

5. ภาวะซึมเศร้า ผู้เสพยาบ้ามักมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเป็นทั้งต้นเหตุหรือผลลัพธ์จากการเสพยา จากรายงานพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้เสพยาบ้ามีภาวะผิดปกติของอารมณ์ร่วมด้วยและพบมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า ผู้เสพยาบ้ามีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจน ทั้งที่อาการอาจมีผลกระทบต่อความสามารถและการใช้ชีวิต และสามารถรักษาให้หายได้ ภาวะซึมเศร้าเองเป็นสาเหตุของการกลับไปเสพยาซ้ำและเป็นอาการที่รุนแรงมากในช่วงหยุดเสพยา (withdraw) ในผู้เสพยาบ้าที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วยจะรู้สึกดีขึ้นหลังเสพยาและมีความรู้สึกอยากยาสูงมาก ทำให้คงการเสพยาอย่างต่อเนื่อง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) นอกจากนี้การศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง วิตกกังวล มักจะหันมาเสพยาบ้า สอดคล้องกับการศึกษาของพิชิตพงษ์ อริยะวงศ์ (2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ทำอะไรไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีความภูมิใจเกี่ยวกับตนเอง และไม่มีความสุขในสิ่งที่ตนเองเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะมีภาวะซึมเศราร่วมด้วย (วาสนา พัฒนกิจจร, 2541; อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ, 2550; วราภรณ์ รักษาเงินและคณะ, 2556)

6. การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว พบว่าวัยรุ่นที่เกิดและเติบโตในครอบครัวที่มีประวัติใช้สารเสพติดไม่ว่าจะเป็นบุหรี่ยาสูบ หรือสารเสพติดรุนแรงอื่นๆ มาก่อน มีแนวโน้มจะใช้สารเสพติดเมื่อโตขึ้น เนื่องจากการที่บิดามารดาเสพยาเสพติด ทำให้บุตรเกิดการเลียนแบบและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การเสพยาเสพติดของบุตรที่เป็นวัยรุ่น (Hoffman and Cerbone, 2002) และจากการศึกษาของจิตวิทยา พวงเพ็ชร (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เสพยาบ้าและมารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ มีบิดามารดาติดสุรา และบุหรี่ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 20.6 และ 17.6 ตามลำดับ มีพี่น้องติดยาบ้า หรือสารระเหย คิดเป็นร้อยละ 9.7 และ 0.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุลินดา จันทระเสนา (2549) ที่พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าร้อยละ 30 มีสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ชาย น้องชาย ลูกพี่ ลูกน้อง ใช้ยาบ้าใน ครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของประธาน รัชต์จรรย์ (2544) ที่พบว่านักเรียนที่มีพี่น้องมีประวัติ ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดยาบ้าเป็นสามเท่าของนักเรียนที่มีพี่น้องที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติดและเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่จะกลับไปเสพยาหรือไม่เสพยาเสพติดซ้ำ (ธนิตา ทิรัญเทพและคณะ, 2556)

7. การเห็นคุณค่าในตนเอง

7.1 ความหมาย

มีผู้ให้นิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ ดังนี้

Rosenberg (1965) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง (self-esteem) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) มีความเชื่อมั่นและรู้ว่าตนเองมีความสามารถ (sense of competence)

Coopersmith (1984) ได้ให้คำจำกัด การเห็นคุณค่าในตนเอง ว่าเป็นการตัดสินใจที่มีความมั่นใจของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับและไม่ยอมรับของ ตนเองและแสดงถึงขอบเขตความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่า ของตนเอง

Berk (1989) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบของการเข้าใจ ตนเองและเป็นตัวประเมินถึงคุณค่า ความรู้สึก บุคลิก ความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งเชื่อม กับทัศนคติของการยอมรับตัวเอง และการนับถือตนเอง

Maslow (1970) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความ เชี่ยวชาญและมีความสามารถ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้สึกนับถือตนเอง (self-respect) เป็นทัศนคติของ บุคคลที่มีต่อตนเอง มีความเคารพ ยอมรับในตนเองว่ามีความสำคัญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่ง ต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตนเอง การ เป็นคนเข้มแข็งมั่นคง มีความสามารถ มีความชื่นชมในตนเอง มีความเชื่อมั่น พึ่งตนเอง และมีความเป็น อิสระ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อคุณค่าที่บุคคลอื่นมีต่อตน (esteem from others) ซึ่งเห็นได้จากการมีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่ง มีอำนาจ ความรุ่งเรือง ได้รับการยอมรับความเอาใจใส่ให้มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรีและเป็นที่ยกย่องของสังคม

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการนี้หากได้รับการตอบสนองเป็นที่น่าพอใจ ก็จะนำซึ่งความนับถือตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความเข้มแข็ง ความสามารถ มีศักยภาพ และมีประโยชน์ต่อสังคม หากสิ่งเหล่านี้พัฒนาขึ้นไปอีก ก็จะเข้าสู่ขั้นบรรลุสัจจะแห่งตน (self actualization) คือ การเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ รู้สึกถึงคุณลักษณะและศักยภาพของตน สามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์

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

กล่าวโดยสรุป การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและทัศนคติต่อตนเองว่ามีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถประสบความสำเร็จได้ จึงให้คุณค่าแก่ตนเอง นับถือตนเอง รักตนเองรวมถึงการให้ความสำคัญแก่ตนเอง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมาข้างต้นรู้ได้ด้วยการใช้การประเมินตนเอง

7.2 การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เป็นความรู้สึกสะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลตัดสินความมีคุณค่าของตนเองและทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้เกิดความพึงพอใจและความสุข มีผลต่อความแข็งแกร่งของวัยรุ่นตามมา ส่วนบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการรับรู้ตนเองด้อยค่าหรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่ชอบแสดงความคิดเห็น ไม่มั่นใจในตนเอง มักอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาและไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ทำให้มีความรู้สึกทางด้านลบมาก สิ่งผลทำให้บุคคลนั้นมีความแข็งแกร่ง (Resilience) ต่ำด้วย

มีการศึกษาหลายเรื่องชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นเสพยาบ้าจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Shives, 1986; ภาวิณี อยู่ประเสริฐ, 2540; อริญญา แพบัญญ์, 2544) สิ่งนี้อาจเนื่องมาจากการถูกสังคมรังเกียจ (stigma) ทำให้มักแยกตัวออกจากสังคมรวมกลุ่มกันเฉพาะผู้เสพยาเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและไม่ยอมเข้ารับการรักษา สิ่งเหล่านี้ยิ่งส่งผลทำให้วัยรุ่นเสพยาเสพติดมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลงไปอีก (สุชาติ เลาบรพิตร, 2544) เมื่อต้องมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคม อาจขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นแตกต่างไปจากคนอื่น ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลงไปด้วยขาดความสามารถที่จะกระทำการสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จเป็นเหตุให้ความแข็งแกร่งต่ำ เช่น มีความวิตกกังวลสูง หรือมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นกับการ

เห็นคุณค่าในตนเองของมนัส สุนทรโชติ (2554) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น (r=.195)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

8. ความเข้มแข็งของครอบครัว

8.1 ความหมาย

McCubbin, McCubbin and Thompson (1986) ได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) จากแนวคิดของ Kobasa (1979) ซึ่งเป็นความเข้มแข็งในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตและสังคม แล้วนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการวัดความเข้มแข็งในครอบครัวและได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัวว่า เป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤติหรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวให้คงอยู่ในภาวะปกติ โดยนำเสนอว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นลักษณะโครงสร้างของครอบครัวที่ช่วยลดความรุนแรงของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วยในครอบครัว

8.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้อธิบายองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวไว้หลายท่าน ดังนี้

McCubbin and Thompson (1991) กล่าวว่าองค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวมี 4 คุณลักษณะ ดังนี้คือ

คุณลักษณะที่ 1 การให้คำมั่น และการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวร่วมกัน (co-oriented commitment) หมายถึงความเข้มแข็ง ภายในครอบครัวที่เกิดจากความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการทำงานและรับผิดชอบร่วมกัน

คุณลักษณะที่ 2 ความมั่นใจ (confident) หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของครอบครัวในการวางแผนล่วงหน้า การตั้งเป้าหมาย การได้รับการชื่นชมจากความพยายามที่สามารถอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นด้วยการใส่ใจและการเห็นคุณค่าและความหมายในสิ่งนั้นๆ

คุณลักษณะที่ 3 ความท้าทาย (challenge) หมายถึง ความพยายามของครอบครัวในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งที่ทำหาย ดิ้นตัวในสถานการณ์ใหม่ๆ และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ เหล่านั้นอย่างเต็มที่

คุณลักษณะที่ 4 การควบคุมสิ่งเร้าภายนอก (control external) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการควบคุมความเป็นไปในครอบครัว ไม่หวั่นไหวหรือเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอก

Goddard (2000) ได้เสนอแนวคิดว่าองค์ประกอบที่ทำให้ครอบครัวเข้มแข็งมี 5 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

องค์ประกอบที่ 1 การเอาใจใส่ (caring) ครอบครัวจะเข้มแข็งขึ้นเมื่อมีการแสดงความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเมื่อมีคนใดคนหนึ่งทำผิด ครอบครัวจะหาทางในการกระตุ้นและให้กำลังใจต่อกัน ครอบครัวที่เข้มแข็งจะหาโอกาสที่จะใช้เวลาร่วมกันและให้ความรักที่ดีต่อกัน

องค์ประกอบที่ 2 การให้คำมั่นต่อกัน (commitment) สมาชิกในครอบครัวจะให้คำมั่นต่อครอบครัว และให้คุณค่าและความสำคัญกับครอบครัว เช่น ปฏิบัติตามธรรมเนียมของครอบครัว ธรรมเนียมปฏิบัติของครอบครัวเป็นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวได้สร้างความหมายขึ้นซึ่งมีความหมายพิเศษที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ความรู้สึกมั่นคง และปลอดภัยกับสมาชิกในครอบครัว

องค์ประกอบที่ 3 รับฟังและยอมรับซึ่งกันและกัน (listen and acceptance) ในครอบครัวที่เข้มแข็งสมาชิกจะพูดคุยกันอย่างเปิดเผย รับฟังกัน และให้คำแนะนำซึ่งกันและกันด้วยความยอมรับ

องค์ประกอบที่ 4 มีความผูกพันกันระหว่างชุมชนและครอบครัว (community and family tie) ครอบครัวที่เข้มแข็งจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคล สถาบัน หรือ ชุมชนภายนอกครอบครัว เมื่อครอบครัวประสบความยุ่งยากขึ้นก็สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือสถาบันอื่นๆ ภายนอกมีความยืดหยุ่นและเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลง (Flexibility and Openness to change) ครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีความยืดหยุ่นต่อภาวะเครียดต่างๆ หรือสิ่งที่เคยปฏิบัติมา เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ครอบครัวก็พร้อมที่จะยืดหยุ่นและเปิดรับต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวมากขึ้น

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

คุณลักษณะที่ 1 การให้คำมั่นและการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวร่วมกัน หมายถึงความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการทำงานและรับผิดชอบร่วมกับสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เขาจะมีความตั้งใจและเป้าหมายร่วมกันที่จะทำให้เกิดความสมานฉันท์ กลมเกลียว ความสงบสุขของครอบครัว เมื่อบุคคลมีการให้คำมั่นกับครอบครัว เขาจะมอบชีวิตให้กับครอบครัว ทำหน้าที่เพื่อครอบครัว เข้าใจพร้อมจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามความสงบสุขของครอบครัว การให้คำมั่นกับครอบครัวจะทำให้เกิดการส่งเสริมความงอกงามให้กับสมาชิกของครอบครัว สมาชิกจะห่วงใยกับความสุขและความสุขสบายของสมาชิกคนอื่นๆ การให้คำมั่นและการทุ่มเทใจอย่างแรงกล้าให้กับครอบครัวจะทำให้บุคคลทำทุกอย่างเพื่อครอบครัวและต้องการทำสิ่งที่ดีที่สุดกับครอบครัว

คุณลักษณะที่ 2 การนับถือคุณค่าและความไว้วางใจ (respect and trust) หมายถึงสมาชิกในครอบครัวมีความนับถือต่อความเป็นตัวตนของกันและกัน เห็นคุณค่าของกันและกันในฐานะที่เขาเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว สมาชิกมีความซื่อสัตย์และไว้วางใจซึ่งกันและกัน และใน

ขณะเดียวกันสมาชิกก็มีการเห็นคุณค่าของตนเองด้วย การแสดงความนับถือและความไว้วางใจเป็นการเคารพในความแตกต่างกันของบุคคลแม้เราจะไม่เข้าใจหรือเห็นด้วยก็ตาม

คุณลักษณะที่ 3 ความรับผิดชอบ (responsibility) หมายถึงการมีความรับผิดชอบร่วมกันในเหตุการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว รวมถึงการแบ่งความรับผิดชอบร่วมกันในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว การมีความรับผิดชอบในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดความนับถือตนเอง การชื่นชมการพึ่งพาอาศัยกันและกันของบุคคลและการพัฒนาจริยธรรม

คุณลักษณะที่ 4 การติดต่อสื่อสาร (communication) หมายถึง การถ่ายทอดและแสดงปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีสัญลักษณ์แฝงระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความหมายต่อกันขึ้นในครอบครัว การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวจึงเป็นการใช้คำพูดและภาษาท่าทางเพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับพลังด้านการเสพยาบ้า

ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในครอบครัวและกำหนดบุคลิกภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล จากการศึกษาของ Conger (2002) พบว่า ครอบครัวที่อ่อนแอและอยู่ในภาวะความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเป็นครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ต่างคน ต่างอยู่และไม่รู้สึกถึงความเป็นครอบครัวเดียวกันซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของเด็กส่ง ผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรม การใช้ความรุนแรง ความก้าวร้าว การต่อต้านสังคม และปัญหาการเรียน ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน ให้ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน และให้กำลังใจกันส่งผลทำให้เด็กมีสุขภาพจิตและการปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการวิจัยของ Fincham et al. (1994) และ Losel and Bliesener (1994) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดากับมารดาเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรที่แข็งแกร่งและน่าพึงพอใจ และจากการศึกษาของ Frisher et al. (2007) ได้ศึกษาผู้ใช้สารเสพติดพบว่าครอบครัวที่มีขนาดใหญ่ส่งผลต่อสมาชิกเนื่องจากการดูแลไม่ทั่วถึง การเลี้ยงดูไม่ดี ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่ำ มีความบาดหมางกัน มีความขัดแย้งรวมถึงรูปแบบของการสื่อสารที่ไม่ดี (Chassin, 2000) ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น

9. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น (Dawes et al., 1999; ซ่อกิ่ง ชูครุฑ, 2541) การสนับสนุนของเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นไปเสพยาเสพติด (Madler as cited in Santrock, 2001) และเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมีกำลังใจที่จะรับการบำบัดรักษาซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อนสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกันของวัยรุ่นที่เสพยาบ้ากับกลุ่มเพื่อน 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของและบริการแก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้า และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล

คำแนะนำในการเข้ารับการรักษา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งจากศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ($r = .309$)

10. การเผชิญความเครียด

10.1 ความหมาย

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอก โดยต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์มากมาย

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

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

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือการกระทำใดๆ โดยพฤติกรรมและการแสดงออกที่พยายามระงับ บรรเทา หลีกเลียง หรือขจัดภาวะหรือส่งคุกคามนั้น เพื่อที่จะรักษาสภาพความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับพลังด้านการเสพยาบ้า

การเผชิญความเครียดถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพลังด้านการเสพยาบ้า เมื่อวัยรุ่นประสบกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียดและกดดันหรือเสี่ยงต่อการไปเสพยาบ้า หากวัยรุ่นมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดได้ ทั้งนี้การเผชิญความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามที่บุคคลในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายใน โดยต้องใช้กำลังหรือความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการที่บุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันก่อให้เกิดผลที่แตกต่างกันและการที่บุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยประกอบกัน (Lazarus and Folkman, 1984) สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพหรือความสำเร็จในการเผชิญปัญหานั้นประเมินได้จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องรวมถึงกระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันที่วัยรุ่นใช้ด้วย (Meschke and Patterson, 2003)

Frydenberg and Lewis (1997) ได้จัดกลุ่มการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (Solving the Problem หรือ Problem - Focused) แสดงให้เห็นถึงความพยายามของบุคคลในการใช้

ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การคบเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมุ่งเน้นในด้านบวก และการแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ (Reference to Others) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญและการรวบรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา

3) การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Non-Productive) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่แสดงถึงความไม่สามารถในการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อบุคคลและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลด้วย ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ได้แก่ การมีความกังวล การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การไม่รับรู้ปัญหา การไม่เผชิญปัญหา การเก็บปัญหาไว้คนเดียว การลดความตึงเครียดและการตำหนิตนเอง

จากการศึกษาของมนัส สุทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพติด (r=.541, r=.367 ตามลำดับ) และการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่น (r= -.246)

4. เครื่องมือที่ใช้ประเมิน Resilience และ Resilience to Drug Use

4.1 เครื่องมือประเมิน Resilience ที่พัฒนาขึ้นในต่างประเทศ

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

1) Resilience Scale (RS) พัฒนาโดย Wagnild & Young (1993) ซึ่งกล่าวว่าพลังต้าน (Resilience) เป็นคุณลักษณะเชิงบวกที่ทำให้คนนั้นๆ เกิดการปรับตัวได้ ทั้งนี้พบว่า RS เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้ในการศึกษาได้ในหลากหลายกลุ่มอายุ และเหมาะสำหรับใช้ศึกษาในเด็กวัยรุ่นมากที่สุด เครื่องมือนี้สร้างจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม ที่เป็นมาตรวัด 7 ระดับ จำแนกเป็น 2 องค์ประกอบ คะแนนสูงหมายถึงมีพลังต้านสูง มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ และมีการรายงานค่าความเที่ยงซึ่งสูงถึง .91 อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าเครื่องมือนี้ไม่มีข้อคำถามเชิงลบเลย จึงอาจไม่เป็นผลดีกับการตอบและผลการวิเคราะห์ที่ได้

2) **Adolescent Resilience Scale (ARS)** ของ Oshio, KaneKo, Nagamine & Nakaya (2003) สร้างจากการทบทวนงานวิจัย โดยมีการนำไปใช้กับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น เพียง 1 เรื่องเท่านั้น ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 19-23 ปี เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแสวงหาหนทางใหม่ (Novelty seeking) การควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) และการมองอนาคตในแง่บวก (positive future orientation) คัดคะแนนรวมทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ย เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงของแต่ละองค์ประกอบย่อยอยู่ที่ .72 - .75

3) **Cornor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)** พัฒนาโดย Connor & Davidson (2003) โดยกล่าวว่า Resilience เป็นความสำเร็จใจการเผชิญกับความเครียด เครื่องมือนี้จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว ใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายทั้งคนทั่วไป ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้ป่วยโรควิตกกังวล และผู้ป่วย Post Traumatic Disorder (PTSD) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ จำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ คัดคะแนนรวม โดยคะแนนสูงหมายถึงมีพลังด้านสูง มีค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha .89

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

5) **Brief-Resilience Coping Scale (BRCS)** พัฒนาโดย Sinclair & Wallston (2004) เพื่อใช้ประเมินแนวโน้มของการเผชิญกับความเครียดซึ่งต้องใช้การปรับตัวที่สูงมาก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ แต่เนื่องจากเป็นเครื่องมือฉบับสั้นจึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งในแง่ของความตรงและความเที่ยง แม้กระนั้น ผู้พัฒนาเครื่องมือชี้แนะว่าเครื่องมือนี้อาจใช้สำหรับการคัดกรองผู้ที่มีความต้องการได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด โดยเฉพาะในการ ศึกษาระยะยาว อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องอื่นๆ ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ต่อ

4.2 เครื่องมือประเมิน Resilience ที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษา 2 เรื่อง ที่นำแนวคิด Resilience มาใช้กับการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่นไทย ดังนี้

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

2) เมธปียา เกิดผล แต่งรัตน (2556) ได้พัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยกล่าวถึงภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติด (Resilience Quotient) ว่าหมายถึง พลังต้านทานต่อความกดดันทางอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดจากสิ่งเร้าหรือแรงกระทบจากภายนอกและแรงผลักดันจากภายในของคนที่จะทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ซึ่งเยาวชนที่มีภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดจะมีสภาวะจิตใจที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) มีความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ (Restraint) 2) มีความมุ่งมั่นในความสำเร็จ (Constancy) และ 3) มีความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ (Challenge) โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินแนวคิดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เยาวชนซึ่งเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ อายุ 15-18 ปี ในชุมชนแออัดคลองเตย พบว่าค่าความเชื่อมั่น .91

5. หลักการและแนวคิดในการการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

5.1 ความหมายและความสำคัญของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย หมายถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งที่ใช้เป็นสื่อสำหรับนักวิจัย ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรในการวิจัยที่กำหนดไว้ ข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือการวิจัย นับเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัย เชิงทดลอง (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2557)

อดุลย์เดช ไสลบาท (2557) ได้สรุปความสำคัญของเครื่องมือการวิจัย ไว้ว่า เครื่องมือวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของการวัดการประเมินตัวแปรในการวิจัยเป็นตัวเชื่อมระหว่างปัญหา วัตถุประสงค์และสมมุติฐานในการวิจัยกับข้อมูลที่จะนำมาใช้เป็นหลักฐานช่วยให้การรวบรวมข้อมูลกระชับ ตรงประเด็น ต่อเนื่อง เป็นขั้นตอน ซึ่งจะช่วยลดความผิดพลาดของการรวบรวมข้อมูล ช่วยในการจัดเตรียมข้อมูล เพื่อให้การวิเคราะห์ง่ายขึ้น เช่น การจัดหมวดหมู่ข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูลและคู่มือลงรหัส และการวางแผนการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสามารถแบ่งประเภทของเครื่องมือการวิจัยได้ เป็นเครื่องมือในการทดลอง มักเป็นอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ได้แก่ เครื่องชั่ง ตวง วัด ต่างๆ และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบ/แบบวัดความรู้แบบบันทึกข้อมูล/แบบบันทึกการสังเกต และแบบตรวจสอบ/บันทึกรายการ

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ (2558) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปริมาณทางด้านสังคมศาสตร์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์ศึกษาปรากฏการณ์ต่างๆ ในสังคม ซึ่งมีมโนทัศน์ต่างๆ ทั้งที่สามารถบอกคุณลักษณะอย่างตรงไปตรงมาได้ เช่น น้ำหนักตัว อุณหภูมิ ผลการตรวจระดับสารเคมี หรือ สารต่างๆ ในเลือด และตัวแปรทางจิตวิทยาที่ไม่สามารถวัด และตรวจสอบได้ด้วยอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีที่บอกปริมาณ/ขนาดของสิ่งที่ต้องการวัดอย่างตรงไปตรงมา หากแต่เป็นการวัดผ่านค่านิยมเชิงปฏิบัติการของมโนทัศน์ต่างๆ ที่ต้องการศึกษา ดังนั้น การได้มาซึ่งเครื่องมือที่ระบุคุณลักษณะของมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษาจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการวัดนั้นมีความถูกต้องตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดอย่างแท้จริง และเชื่อมั่นว่าคะแนนที่ได้จากการวัดนั้นมีความแม่นยำไม่ว่าจะวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาเลือกเครื่องมือที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาตั้งแต่ที่มาของเครื่องมือ การสร้างและพัฒนาเครื่องมือมีการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพตรงตามมโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา

5.2 แนวทางการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

แนวทางการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย จำแนกเป็น 3 แนวทาง (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2558) ดังนี้

1) การสร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อวัดมโนทัศน์ที่ได้กำหนดไว้แล้วในทฤษฎี ทฤษฎี หรือรูปแบบ ได้อธิบายความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่างๆ ในการอธิบายปรากฏการณ์ในสังคม แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้วิจัยต้องการนำไปตรวจสอบหรืออธิบายในบริบทย่อยที่ต้องการศึกษา ทฤษฎีได้กำหนดแนวทางการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้วัดมโนทัศน์ในทฤษฎีนั้นๆ ไว้ให้ เช่น ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้ได้มีการจัดทำแนวทางในการสร้างแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ ซึ่งมีเผยแพร่ในเว็บไซต์ โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจวิธีการของการสร้างแบบสอบถามตามแนวทางที่ได้อธิบายไว้ จากนั้นสร้างข้อคำถามแบบปลายเปิดไปสัมภาษณ์หรือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แล้วนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและนำไปสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามเพื่อใช้วัดตัวแปรตามทฤษฎี จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ปรับแก้ไข และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป ในกระบวนการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือสามารถใช้วิธีการ ดังนี้ จากตัวอย่างของการสร้างข้อคำถามตามแนวทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบหาอำนาจจำแนกของข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยใช้สถิติค่าที่เปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มคะแนนสูงและกลุ่มคะแนนต่ำ และคัดเลือกข้อคำถามที่ใช้ได้โดยประเมินจากข้อคำถามที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม นอกจากนี้อาจใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ซึ่งเป็นสถิติที่สามารถนำมาใช้ในการจัดกลุ่มตัวแปรหรือองค์ประกอบจากข้อคำถามที่สร้างขึ้นได้

2) การสร้างเครื่องมือเพื่อวัดมโนทัศน์ใหม่ ซึ่งไม่เคยมีเครื่องมือที่ใช้วัดมาก่อนหน้านี้ การสร้างเครื่องมืออาจทำได้โดยการใช้ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาคุณลักษณะของมโนทัศน์นั้น มาการสร้างข้อคำถาม เช่น แบบสอบถามในการวัด Self-regaining Scale จากนั้นนำมาตรวจสอบโครงสร้างของมโนทัศน์ ทดสอบความตรงโดยหาความสัมพันธ์กับแบบสอบถามมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3) การยืมเครื่องมือจากต่างประเทศมาใช้ มโนทัศน์ในการวิจัยบางมโนทัศน์เป็นมโนทัศน์ที่มีการรายงานหรือเป็นที่รู้จักแล้วในวงวิชาการ และมีการพัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานไว้แล้วแต่อยู่ในบริบทที่ต่างกัน และเป็นภาษาต่างประเทศ ผู้วิจัยสามารถนำแบบสอบถามมาตรฐานดังกล่าวมาใช้โดยการแปลเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับ (Back translation) วิเคราะห์และเพิ่มเติมข้อคำถามบางข้อที่เข้ากับบริบทของคนไทย และนำไปทดสอบทางสถิติเพื่อหาคุณภาพของแบบแบบสอบถามต่อไป

โดยสรุป ในการสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการสร้างข้อคำถามของแบบสอบถามเพื่อจะได้ข้อมูลที่มีความตรงกับสิ่งที่จะศึกษา นอกจากนี้กระบวนการทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เช่น ความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ก็เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพก่อนนำมาใช้ต่อไป

5.3 การเลือกและสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย

บุญเรือง ศรีเหรียญ (2556) ได้กล่าวว่า ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาว่าในการวิจัยของตนเองต้องการวัดตัวแปรอะไรบ้าง และจะใช้เครื่องมือชนิดใดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยอาจได้มาจากคัดเลือกเครื่องมือที่มีอยู่แล้วมาใช้ หรือ พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยได้สรุปประเด็นที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องพิจารณาในการเลือกเครื่องมือที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือนั้นสร้างขึ้นเพื่อวัดอะไร มีความสอดคล้องกับเรื่องที่จะวิจัยหรือไม่
2. เครื่องมือนั้นสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีอะไร ทฤษฎีแต่ละทฤษฎีอาจให้แนวคิดที่ต่างต่างกันดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงต้องศึกษาเครื่องมือที่ผู้สร้างนำมาใช้
3. เครื่องมือนั้นสร้างขึ้นเพื่อใช้กับคนกลุ่มใด เพราะคนแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของวัยสภาวะด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม
4. เนื้อหาหรือคำถามที่อยู่ในเครื่องมือนั้นยังคงทันสมัยอยู่หรือไม่ และข้อคำถามย่อยภายในสอดคล้องกันเพียงพอหรือไม่ เครื่องมือบางฉบับสร้างขึ้นเป็นเวลานานเกินไปอาจล้าสมัยหรือไม่สอดคล้องกับสถานการณ์
5. การนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือมีบางชนิดอาจต้องอาศัยผู้ที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะในการเก็บข้อมูล หรือการแปลผล เช่น เครื่องมือวัดทางจิตวิทยาหรือพัฒนาการ
6. คุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ ความตรง ความเที่ยง และคุณสมบัติอื่นสำหรับเครื่องมือที่ดีควรอยู่ในระดับที่ยอมรับได้เพราะการนำเครื่องมือที่ดีของคุณภาพมาใช้จะมีผลเสียต่องานวิจัยทั้งหมด
7. ความเหมาะสมในด้านของระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการนำเครื่องมือมาใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือมาตรฐานบางฉบับมีคุณภาพดี แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแก่เจ้าของลิขสิทธิ์ในราคาที่แพง มาก เครื่องมือที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการนำไปใช้ อาจไม่คุ้มค่าแก่การนำไปใช้
8. ลิขสิทธิ์ของเครื่องมือ การพัฒนาเครื่องมือแต่ละฉบับถือเป็นทรัพย์สินทางปัญญา การละเมิดลิขสิทธิ์นอกจากมีความผิดตามกฎหมายแล้ว ยังอาจมีผลทำให้ไม่สามารถเผยแพร่งานวิจัยได้ โดยเฉพาะกรณีที่เป็นเครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศ

นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการเลือกเครื่องมือการวิจัยจากเดิมที่มีอยู่แล้วมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยสรุปเป็นขั้นตอน (บุญเรือง ศรีหิรัญ, 2556) ดังนี้

1. ขั้นตอนการเลือกเครื่องมือวิจัยจากเครื่องมือเดิมที่มีอยู่แล้ว ประกอบด้วย

- 1.1 ระบุชนิดของเครื่องมือที่ต้องการ ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา
- 1.2 ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสืบค้นเครื่องมือที่อยู่ในขอบข่ายตามที่ต้องการ
- 1.3 เลือกเครื่องมือวิจัยที่ได้มาทั้งหมด โดยพิจารณาจากเกณฑ์ในการเลือกที่ได้กล่าวข้างต้น จากนั้นทำการเปรียบเทียบเครื่องมือที่ผ่านการคัดกรองทั้งหมดและเลือกเครื่องมือวิจัยที่พิจารณาแล้วเห็นว่าดีที่สุดในการศึกษาวิจัยนั้น ๆ แต่ถ้าเห็นว่าไม่มีเครื่องมือใดที่เหมาะสมที่สุดอาจต้องดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้
- 1.4 ดัดแปลงเครื่องมือวิจัยที่ได้มาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา
- 1.6 เปลี่ยนแปลงคำถามวิจัยและ/หรือตัวแปรที่ต้องการศึกษาจากนั้นสืบค้นเครื่องมือวิจัยที่เหมาะสม
- 1.7 สร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการวิจัยและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษามากใช้ในกรณีที่มีแนวคิดที่ต้องการวัดไม่เคยมีผู้ศึกษามาก่อน หรือไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิจัย

ตามที่ได้กล่าวไปแล้วว่า การสร้างเครื่องมือใหม่ มักใช้ในกรณีที่มีแนวคิดที่ต้องการวัดไม่เคยมีผู้ศึกษามาก่อน หรือไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิจัย บุญเรือง ศรีหิรัญ (2556) จึงได้อธิบายแนวทางในการสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ โดยสรุปเป็นขั้นตอน ดังนี้

2. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือใหม่ ประกอบด้วย

2.1 การระบุนิยามหรือสิ่งที่ต้องการวัดให้ชัดเจน โดยการวิเคราะห์นิยามที่จะศึกษา (concept analysis) ซึ่งจะทำให้ทราบว่านิยามนั้นมีขอบเขตและองค์ประกอบภายในอย่างไร และนำมาใช้ นิยามเชิงแนวคิด (conceptual definition) และนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) เพื่อให้สามารถวัดได้ในทางปฏิบัติด้วย เช่น ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุด โดยนับเป็นจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาทั้งหมดในระบบ

2.2 การสร้างข้อคำถาม จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการวิเคราะห์นิยามจนได้ความหมายขอบเขต และองค์ประกอบที่ชัดเจน ในการสร้างข้อคำถามที่ดีผู้วิจัยจะต้องยึดหลักที่สำคัญ ดังนี้

- คำถามควรมีลักษณะสั้น กระชับ ชัดเจน ใช้ภาษาเข้าใจง่าย
- คำถามต้องมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับที่จะศึกษาไม่นอกประเด็น
- หลีกเลี่ยงการสร้างคำถามที่มีเนื้อหาหลายๆ คำถาม
- หลีกเลี่ยงคำถามที่ก่อให้เกิดความอับอาย เสื่อมศักดิ์ศรี

- หลีกเลียงคำถามนำ ทำให้ผู้ตอบมีใจเอนเอียง
- คำตอบของคำถามปลายเปิดจะต้องครอบคลุมทุกคำตอบ และในบางข้อ

อาจต้องเพิ่มคำตอบ ปลายเปิด เช่น อื่นๆ โปรดระบุไว้

2.3 การกำหนดรูปแบบของการวัด โดยพิจารณาจากค่านิยมเชิงปฏิบัติการของมโนคติ หรือตัวแปรนั้นๆ จึงตัดสินใจเลือกหลายรูปแบบมี ดังนี้

1) แบบลิเคิร์ต (Likert scale) นิยมใช้มากกับแบบสอบถามที่วัดเจตคติ หรือ ความเชื่อ โดย กำหนดรูปแบบออกเป็นระดับความคิดเห็นของผู้ตอบ 1-5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็น ด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการบอกขนาดความเข้มของเจตคติ โดย ข้อคำถามจะประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ

2) แบบออสกู๊ด (Osgood) เรียกอีกชื่อหนึ่งว่าวิธีการหาความแตกต่างของ ความหมาย

3) แบบตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 รูปแบบนี้มักใช้กับแบบทดสอบ หรือแบบวัด ความรู้ซึ่งมีข้อถูกเพียงข้อเดียว รูปแบบอาจจะเป็น ใช่ – ไม่ใช่ หรือ แบบมีตัวเลือกหลายตัวเลือกก็ได้

2.4 การขัดเกลาและปรับปรุงแก้ไขแบบวัด ผู้วิจัยจะต้องตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง และ ครบถ้วนของแบบวัด

2.5 การนำแบบวัดไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา

2.6 การนำเครื่องมือไปทดลองใช้

2.7 การแก้ไขและจัดทำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะต้องนำผลจากการทดสอบมา แก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ แล้วจัดพิมพ์เครื่องมือฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ต่อไป

จะเห็นได้การสร้างเครื่องมือวิจัยขึ้นมาใหม่นั้น มีขั้นตอนที่ซับซ้อนอยู่มากทีเดียว แต่ใน การวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาเครื่องมือวิจัยขึ้นมาจากเดิมที่มีผู้ได้สร้างไว้แล้ว จึงได้ทบทวนเฉพาะขั้นตอนของ การพัฒนาเครื่องมือเพิ่มเติม ดังจะกล่าวต่อไป

5.4 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

ในการพัฒนาเครื่องมือ นั้น มีขั้นตอนที่คล้ายกับการสร้างเครื่องมือใหม่อยู่มาก มีนักวิชาการได้ พยายามสรุปขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยไว้หลายรูปแบบด้วยกัน แต่ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายเป็น แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ Crocker and Algina (1986) ที่สรุปเป็นขั้นตอนไว้ ดังนี้

1) วิเคราะห์ปัญหาวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน และกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อให้ทราบว่ามีตัวแปรใดบ้างที่ต้องรวบรวมข้อมูลและเพื่อใช้อธิบาย/อภิปรายผลการวิจัย

2) ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการ กำหนดประเด็น ย่อยของตัวแปรการวิจัย

3) วิเคราะห์นิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรการวิจัย เพื่อกำหนดประเด็นย่อยของตัวแปร ที่จะต้อง รวบรวมข้อมูล เพื่อปรับปรุงนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรการวิจัยให้สมบูรณ์ชัดเจนยิ่งขึ้น

- 4) กำหนดกรอบตัวแปรของเครื่องมือการวิจัย เพื่อจัดระเบียบหมวดหมู่ตัวแปรแต่ละตัว และสามารถใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัญหา
- 5) การเขียนคำถามและวางรูปแบบเครื่องมือการวิจัย เป็นการเขียนคำถาม คำตอบ หรือ สิ่งที่ต้องการ รวบรวมข้อมูลจากกรอบตัวแปร และจัดพิมพ์เป็นเครื่องมือการวิจัยฉบับร่าง
- 6) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านความเข้าใจใน ภาษาที่ใช้ และด้านความตรง
- 7) ปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย ฉบับที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว
- 8) ทดสอบเครื่องมือวิจัย โดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา มากที่สุด และพิจารณาการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง เพราะอาจส่งผลให้เกิดความแปรปรวน
- 9) ตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยตรวจสอบเครื่องมือในด้าน ความเที่ยงและอำนาจจำแนก
- 10) พิจารณากลุ่มคำถามและความต่อเนื่องของคำถาม เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มาสะดวกใน การวิเคราะห์ โดยควรกำหนดรหัสและคู่มือลงรหัสไปพร้อมกัน

5.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาการวิจัยได้เป็นอย่างดีนั้น จำเป็นจะต้องมีขั้นตอนที่เป็น ระบบในการสร้างและพัฒนา โดยหลังจากสร้างเครื่องมือเสร็จแล้วจะต้องนำเครื่องมือไปทดลองใช้แล้วนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าดัชนีที่บ่งชี้คุณภาพของเครื่องมือ นั้น ๆ ว่าเป็นอย่างไร ตามขั้นตอนของ “การ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” โดยคำนึงถึงค่าความตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

5.5.1 ความตรง (Validity)

ความหมาย มีผู้ให้นิยามความตรง (Validity) ที่แตกต่างกัน ดังนี้

Bingham (Wainer and Other., 1988) นิยามว่า คือ สหสัมพันธ์อย่างง่ายของ คะแนนแบบทดสอบที่สร้างขึ้นกับแบบทดสอบอื่น ๆ

Guilford (Wainer and Other., 1988) นิยาม Validity คล้ายคลึงกับนิยาม ข้างต้นว่า การทดสอบความตรงก็คือการหาสหสัมพันธ์

Guilford นิยามในปี 1942 ว่า ความตรง คือคุณภาพของแบบทดสอบที่สร้างขึ้นอย่างมี ประสิทธิภาพในการทำนายอนาคตของพฤติกรรมและครอบคลุมไปถึงการนิยามว่าความตรง ของแบบทดสอบเท่ากับสหสัมพันธ์ของแบบทดสอบที่สร้างกับองค์ประกอบที่วัด ซึ่งไม่เหมือนกับ ความ เชื่อมั่น ความตรงไม่ใช่คุณลักษณะทั่ว ๆ ไปของแบบทดสอบ แต่เป็นคุณลักษณะที่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะ ดังนั้นแบบทดสอบควรจะมีค่าความตรงสูงในจุดมุ่งหมายหนึ่งแต่ไม่จำเป็นต้อง มีความตรงในจุดมุ่งหมาย ทั้งหมด

Lindquist ในหนังสือสถิติพื้นฐานของปี 1942 นิยาม Validity เหมือนกับคนอื่น ๆ แต่ Bingham นิยามโดยเสนอว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการวัดคุณลักษณะที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง สมมติว่ามีเกณฑ์ของความเชื่อมั่นอย่างสมบูรณ์และการทดสอบแสดงถึงเกณฑ์อย่างสมบูรณ์แล้ว ค่าความตรงที่สูงที่สุดของแบบทดสอบควรจะมีสัมพันธ์กับคะแนนของแบบทดสอบที่วัดได้กับคะแนนจริงของแบบทดสอบนั่นเอง ซึ่งในทฤษฎีการทดสอบดั้งเดิม (Classical test theory) ควรจะแสดงรากที่สองของความเชื่อมั่น ซึ่งนี่ก็คือกฎ รากที่สองของความเชื่อมั่นก็คือค่าที่มีได้มากที่สุดของความเที่ยงตรง

Cureton (Wainer and Other., 1988) ในบทแรกของ หนังสือ Educational Measurement ได้นิยาม Validity ว่าเป็น สหสัมพันธ์ของคะแนนที่สังเกตได้ ของแบบทดสอบกับเกณฑ์ของคะแนนจริง เราแสดงความแตกต่างของการทดสอบความเที่ยงตรง จาก อำนาจการทำนายของแบบทดสอบ โดยนิยามต่อว่าเป็นสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่สังเกตได้ของแบบทดสอบกับเกณฑ์ของคะแนนที่สังเกตได้ และความแตกต่างทั้งคู่จะเรียกว่า relevance ซึ่งก็คือสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจริงของทั้งตัวทำนายและตัวเกณฑ์

สรุปได้ว่าความตรง หมายถึง คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น เพื่อใช้วัดในคุณลักษณะ/พฤติกรรม/เนื้อหาสาระที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และ วัดได้ถูกต้องตามความเป็นจริง

ธรรมชาติของความตรง

ในเครื่องมือการวิจัย มีธรรมชาติของความตรงที่นักวิจัยควรพิจารณา ดังนี้ (Gronlund, 1985)

- 1) ความตรง เป็นประเด็นที่อ้างอิงจากการตีความหมายของผลที่ได้รับจากการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ใช่เป็นความตรงของเครื่องมือโดยตรง
- 2) ความตรงเป็นการนำเสนอผลในลักษณะของระดับว่ามีมากหรือน้อยที่มีค่าที่แตกต่างกัน
- 3) ความตรงเป็นคุณสมบัติเฉพาะประเด็น/จุดประสงค์ที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น แต่จะไม่มีเครื่องมือประเภทใดที่มีความตรงที่ครบถ้วนสมบูรณ์ในทุกประเด็นหรือจุดประสงค์
- 4) ความตรงเป็นความคิดรวบยอดเชิงเดี่ยว เป็นค่าของตัวเลขที่ได้มาจากหลักฐาน หลากหลายแหล่ง หลักการพื้นฐานที่ใช้พิจารณาตีความหมายของความเที่ยงตรง ได้แก่ จุดประสงค์ เนื้อหา เกณฑ์ หรือโครงการ เป็นต้น

ประเภทของความตรง มีการจำแนกประเภทความตรง ไว้ดังนี้

Lyman (1963. 25-31) ได้แบ่งประเภทของความตรง เป็นดังนี้

1. Face Validity
2. Content Validity
3. Empirical Validity
4. Construct Validity

Allen and Yen (1979. 95-114) ได้แบ่งประเภทของความตรง เป็นดังนี้

1. Content Validity
 - 1.1 Face Validity
 - 1.2 Logical or Sampling Validity
2. Criterion-Related Validity
 - 2.1 Predictive Validity
 - 2.2 Concurrent Validity
3. Construct Validity

Anastasi (1982. 131-155) ได้แบ่งประเภทของความเที่ยงตรง เป็นดังนี้

1. Content Validation
 - 1.1 Face Validation
2. Criterion-Related Validation
 - 2.1 Predictive Validation
 - 2.2 Concurrent Validation
3. Construct Validation
 - 3.1 Convergent Validation
 - 3.2 Discriminant Validation

Popham (1990. 93-117) ได้แบ่งประเภทของความเที่ยงตรง เป็นดังนี้

1. Content-Related Evidence of Validity
2. Criterion-Related Evidence of Validity
 - 2.1 Predictive Validity Evidence
 - 2.2 Concurrent Validity Evidence
3. Construct-Related Evidence of Validity

Trochim (1999) ได้ใช้คำว่า Construct Validity เป็นคำทั่ว ๆ ไปสำหรับเรียก ความตรง และได้จำแนกประเภทต่าง ๆ ของความตรงเชิงโครงสร้างได้ดังนี้

1. Translation Validity
 - 1.1 Face Validity
 - 1.2 Content Validity
2. Criterion-related Validity
 - 2.1 Predictive Validity
 - 2.2 Concurrent Validity
 - 2.3 Convergent Validity
 - 2.4 Discriminant Validity

ความหมายของความตรงประเภทต่างๆ

1. Content Validity

Anastasi (1982) ได้ให้ความหมายว่า คือการตรวจสอบอย่างเป็นระบบในเนื้อหาของ แบบทดสอบที่กำหนด ว่าครอบคลุมตัวอย่างของขอบเขตพฤติกรรมที่ต้องการจะวัดหรือไม่ Popham (1990) ให้ความหมายว่า content-related evidence แสดงถึงระดับของกลุ่ม ของข้อสอบ งาน หรือ คำถามที่บรรจุในแบบทดสอบนั้นถูกสุ่มมาจากบางส่วนของมวลประชากร ของข้อสอบ หรือขอบเขตของ เนื้อหา

Lyman (1963) ให้ความหมายว่า Content Validity มีชื่อเรียกอีกมากมายเช่น logical validity, course validity, curricular validity และ textbook validity ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไม่มี วิธีการสถิติ อย่างไรก็ตามการตรวจสอบเนื้อหาจะต้องมีรายละเอียด เราอาจจะตรวจสอบแบบทดสอบ วัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในแต่ละข้อว่าครอบคลุมมวลความรู้หรือทักษะที่สำคัญใน โปรแกรมการเรียน การสอนที่ให้หรือเปล่า หรือเราอาจจะเริ่มต้นกับขอบเขตของรายละเอียดใน โปรแกรมการเรียนการสอน ดูว่า ข้อสอบนั้นครอบคลุมจุดที่สำคัญต่างๆ หรือไม่

2. Face Validity

Trochim (1999) ให้ความหมายว่า เป็นวิธีที่อ่อนที่สุดที่จะพยายามแสดงหลักฐานความ เที่ยงตรง สมมติว่ามีแบบวัดความสามารถทางคณิตศาสตร์อยู่ เมื่ออ่านข้อคำถาม และ ตัดสินใจว่า ข้อนี้วัด ความสามารถทางคณิตศาสตร์ หรือมีแบบวัดเจตคติต่อการทำแท้งแล้วสรุปว่า ข้อนี้สามารถวัดเจตคติได้ แน่นนอน วิธีเหล่านี้เป็น face validity เป็นวิธีการที่มีหลักฐานแสดงความเที่ยงตรงที่อ่อนที่สุดเพราะว่า เป็นการตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับบุคคล และบุคคลที่จะมาตัดสินว่าข้อคำถามวัดคุณลักษณะนั้นๆ ควรจะเป็นผู้ ตัดสินที่มีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม เราสามารถเสริมให้ face validity มีคุณภาพได้โดยการทำอย่าง เป็นระบบ ตัวอย่างเช่น ถ้าจะประเมิน face validity ของแบบวัดความสามารถทางคณิตศาสตร์ โดยการ

ส่งแบบวัดไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่น่าเชื่อถือ ซึ่งเลือกมาอย่างพิถีพิถันเพื่อตรวจสอบและตัดสินแบบวัดดังกล่าว และเมื่อผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญถูกส่งกลับมา แล้วผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก็ถือว่าแบบวัดความสามารถทางคณิตศาสตร์ฉบับนี้ เป็นแบบวัดที่มี Face validity ซึ่งสามารถใช้วัดความสามารถทางคณิตศาสตร์ได้

3. Logical Validity

ลัวน และ อังคณา สายยศ (2539) กล่าวว่า ความเที่ยงตรงเชิงเหตุผล (Logical Validity) เป็นความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าข้อสอบแต่ละข้อนั้นวัดได้ตรง ตามตารางวิเคราะห์รายละเอียด (Table of Specifications) หรือไม่ ถ้าเป็นแบบทดสอบวัดผล สัมฤทธิ์แบบอิงกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญทางสาขาวิชานั้นจะต้องพิจารณาว่าแบบทดสอบฉบับนี้มีข้อสอบแต่ละข้อตรงตามพฤติกรรมที่จะวัด และจำนวนข้อสอดคล้องกับตารางวิเคราะห์รายละเอียดหรือไม่ ส่วนแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์แบบอิงเกณฑ์นั้น ผู้เชี่ยวชาญทางสาขาวิชาจะต้องพิจารณาว่า ข้อสอบของแบบทดสอบที่สร้างขึ้นนั้นวัดได้ตรงตามจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมหรือไม่

4. Criterion-Related Validity

Anastasi (1982) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ชี้ให้เห็นถึงความรับผิดชอบของแบบทดสอบในการทำนายพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์เฉพาะ สำหรับจุดมุ่งหมายคือการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ (criterion) อาจจะทำได้ทั้งการวัดโดยตรงและการวัดโดยอ้อมโดยใช้แบบทดสอบที่ถูกออกแบบมาเพื่อทำนาย ดังนั้น สำหรับแบบทดสอบวัดความถนัดทางช่างกล เกณฑ์ อาจจะเป็นผลของการปฏิบัติได้เหมือนช่าง หรือสำหรับแบบทดสอบความถนัดทางวิชาการ อาจจะใช้เกรดเฉลี่ย และการวัดทางจิตอาจจะใช้การประเมินหรือข้อมูลอื่นที่พิจารณาได้จากพฤติกรรมของแต่ละคนในชีวิตประจำวัน

Popham (1990) ให้ความหมายว่า Criterion-related evidence แสดงถึงคะแนนของแบบทดสอบที่สัมพันธ์อย่างเป็นระบบกับเกณฑ์อย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ในเนื้อหาของเกณฑ์ก็ คือตัวแปรที่เราสนใจ ซึ่งถูกนิยามโดยระบบของโรงเรียน การจัดการของบริษัท หรือลูกค้า การเลือกเกณฑ์และกระบวนการวัดที่ใช้เพื่อให้ได้คะแนนเกณฑ์มา ในความเป็นจริงแล้ว ค่าของความ เที่ยงตรงเชิงเกณฑ์ขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องกับการใช้เกณฑ์การวัด

5. Concurrent and Predictive Validity

Trochim (1999) ให้ความหมายของความเที่ยงตรงทั้ง 2 ชนิดดังนี้

1) Predictive Validity เป็นการประเมินความสามารถเพื่อทำนายบางอย่างในเชิงทฤษฎี เช่น เราอาจจะมีทฤษฎีว่าการวัดความสามารถทางคณิตศาสตร์ควรจะสามารถทำนายความสามารถทางวิศวกรรมของบุคคลได้ดี เราควรจะใช้การวัดของเราหาความสัมพันธ์กับความสามารถทางวิศวกรรม (ซึ่งมักประเมินในภายหลัง หรือในอนาคต) และหากพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงระหว่างการวัด

ความสามารถทางคณิตศาสตร์กับความสามารถทางวิศวกรรม ความสัมพันธ์กันสูงนี้ควรจะเป็นหลักฐาน แสดงความเที่ยงตรงเชิงทำนาย แสดงว่าการวัดของเรานั้นมีความถูกต้องสามารถทำนายได้จริงตามทฤษฎี

2) Concurrent Validity เป็นการประเมินความสามารถที่แตกต่างระหว่างกลุ่มตาม ทฤษฎี ตัวอย่างเช่น ถ้าเรามีแบบทดสอบวัดความซิมเซรั้า แบบวัดของเราควรจะสามารถจำแนกความ แตกต่างระหว่างบุคคลที่วินิจฉัยแล้วว่ามีอาการซิมเซรั้าและบุคคลที่วินิจฉัยแล้วว่าไม่ซิมเซรั้า ซึ่งความตรง เองสภาพนี้หากมีค่าสูง จะสามารถใช้แบบวัดนั้นจำแนกความแตกต่าง ระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่มีคุณลักษณะ โดดเดี่ยวกันได้

6. Construct Validity

Anastasi (1982) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถของแบบทดสอบที่สามารถวัด โครงสร้างทฤษฎีหรือคุณลักษณะ เช่น โครงสร้างของเขาวงกตปัญญา ความถนัดทางช่างกล ความคล่องแคล่วทางภาษา หรือความวิตกกังวล เป็นต้น แต่ละโครงสร้างได้พัฒนาขึ้นเพื่อการอธิบายหรือการจัด ระเบียบการสังเกตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งค้นหาได้จากการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันในการวัดพฤติกรรม

Trochim (1999) ให้ความหมายว่า ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเป็นระดับที่อ้างอิงถึง ความถูกต้องของแบบวัดที่ยึดโครงสร้างของทฤษฎีเป็นฐาน ซึ่งคล้ายคลึงกับความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity) ซึ่งความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างก็เกี่ยวข้องกับการสรุปอ้างอิงเช่นเดียวกัน แต่ความ เที่ยงตรงภายนอกจะสรุปอ้างอิงจากการศึกษาของคุณไปยังบุคคลอื่น ๆ ทั้งสถานที่ และเวลา ส่วนความ เที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจะสรุปอ้างอิงจากการวัดของคุณไปยังมโนภาพ (Concept) ของการวัดของคุณ หลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างนั้น ประการแรกผู้สร้างแบบวัด จะต้องตั้งสมมติฐาน โครงสร้างเชิงทฤษฎี (Hypothetical Construct) เช่น “ความรักสัตว์” การสร้างสมมติฐานโครงสร้างเชิง ทฤษฎีจะต้องตั้งอยู่บนประสบการณ์การวิจัยของผู้สร้าง ประการสอง พัฒนาแบบทดสอบให้วัดตามโครง สร้าง โดยมีชื่อของแบบวัดว่า แบบสำรวจความรัก สัตว์ เช่น เราอาจจะสร้างแบบวัด 30 ข้อสำหรับวัด “ความรักสัตว์” ผู้ที่ได้คะแนนสูงในแบบวัดนี้จะ บ่งชี้ว่าเป็นผู้มีความรักสัตว์ และผู้ที่ได้คะแนนต่ำจะบ่งชี้ว่า เป็นผู้ไม่มีความรักสัตว์

7. Convergent Validity

Trochim (1999) ให้ความหมายว่า Convergent Validity เป็นระดับของความคล้าย คลึงกันของแบบวัดที่ควรจะคล้ายคลึงกันตามทฤษฎี ตัวอย่างเช่น ความเที่ยงตรงเชิงเหมือนของ แบบทดสอบวัดความสามารถทางคำนวณที่เราพัฒนาขึ้น อาจจะไปมีความสัมพันธ์กับคะแนนที่ได้จากแบบ วัดความสามารถทางคำนวณฉบับอื่น ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดความสามารถทางคณิตศาสตร์เหมือนกัน ซึ่ง หากวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับแล้ว พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูง ก็จะเป็น หลักฐานบ่งชี้ว่าเครื่องมือที่เราพัฒนาขึ้นมีความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (Convergent Validity)

8. Discriminant Validity

Trochim (1999) ให้ความหมายว่า ความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) เป็นระดับของความแตกต่างกันของแบบวัดที่ควรจะต้องแตกต่างกันตามทฤษฎี ตัวอย่างเช่น ความเที่ยงตรงเชิงจำแนกของแบบทดสอบวัดความสามารถทางคำนวณ เราอาจจะไปหาความสัมพันธ์กับคะแนนของแบบวัดความสามารถทางภาษา และหากพบว่าคะแนนจากแบบวัดทั้งสองฉบับนี้ไม่มีความสัมพันธ์กัน ก็จะเป็นหลักฐานบ่งชี้ว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงเชิงจำแนก

9. Factorial Validity

Allen and Yen (1979) ให้ความหมายว่า Factorial Validity เป็นรูปแบบของความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างซึ่งสามารถหาได้โดยการใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

แนวทางปฏิบัติเบื้องต้นในการสร้างเครื่องมือวิจัยให้มีความตรง

ในการสร้างเครื่องมือวิจัยให้มีความตรง มีแนวทางการปฏิบัติเบื้องต้น ดังนี้ (อาธง สุทธาศาสตร์, 2527)

1. ในการกำหนดความหมายของตัวแปรต้องให้มีความสอดคล้องและครอบคลุม ประเด็นที่ต้องการโดยใช้แนวคิด ทฤษฎี และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ
2. การกำหนดข้อคำถาม/สร้างเครื่องมือวิจัย ควรคำนึงถึงหลักตรรกศาสตร์และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวทาง
3. ให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาเบื้องต้นในการพิจารณาความเหมาะสมและความครอบคลุม
4. ระมัดระวังในความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและการกำหนดความหมายของตัวแปรที่ต้องการอยู่ตลอดเวลา

5.5.2 ความเที่ยง หรือความเชื่อมั่น (Reliability)

ความหมาย นักวิชาการได้นำเสนอความหมายของความเที่ยง หรือความเชื่อมั่น ดังนี้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2543) กล่าวว่า ความเที่ยง หรือความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือซึ่งวัดในสิ่งที่ต้องการวัด โดยไม่ว่าจะวัดกี่ครั้ง หรือวัดในสภาพการณ์ที่ต่างกัน จะได้รับผลการวัดคงเดิม

Kerlinger (1986) กล่าวว่า ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นมีความหมายใน 3 ลักษณะดังนี้

- 1) ความเชื่อมั่นเป็นความคงที่ ความเชื่อถือได้ และความสามารถที่ทำนายได้

- 2) ความเชื่อมั่นที่เป็นความถูกต้องในการวัดสิ่งที่ ต้องการวัดอย่างไม่ ผิดพลาด
- 3) ความเชื่อมั่นเป็นคุณสมบัติของการวัดที่ไม่มีความคลาดเคลื่อน ใน การวัดให้ผลการวัดที่ถูกต้องชัดเจนแน่นอน

เครื่องมือในการวิจัยที่ดีจะต้องมีความเชื่อมั่นได้ว่าผลที่ได้จากการวัดจะมีความคงที่ ชัดเจนไม่ เปลี่ยนแปลงไปมา ผลการวัดครั้งแรกเป็นอย่างไร เมื่อวัดซ้ำโดยใช้เครื่องมือวัดผลชุดเดิม จะวัดกี่ครั้งก็จะ ให้ผลการวัดเหมือนเดิม ใกล้เคียงกัน หรือสอดคล้องกัน

แนวทางปฏิบัติเบื้องต้นในการสร้างเครื่องมือให้มีความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น ในการสร้างเครื่องมือวิจัยให้มีความเชื่อมั่นมีแนวทางปฏิบัติเบื้องต้น ดังนี้

(Kerlinger,1986)

1. เขียนข้อคำถามที่ต้องการให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือที่อาจจะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ ไม่ สอดคล้องกัน
2. เขียนข้อคำถามให้มีจำนวนข้อมากที่สุด แล้วตัดข้อคำถามที่มีคุณภาพต่ำออกภายหลัง การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. ถ้าข้อคำถามใดจำเป็นต้องมีคำอธิบายเพิ่มเติมก็ให้เพิ่มเติมอย่างชัดเจน
4. ระมัดระวังการใช้เครื่องมือในสถานการณ์ปกติ มิฉะนั้นข้อมูลที่ได้อาจจะไม่สอดคล้อง กับความเป็นจริง

เกณฑ์พิจารณาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ค่าความความเที่ยงหรือเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย มีเกณฑ์สำหรับพิจารณาดังนี้

(Burns and Grove,1997)

1. เครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของมนุษย์ควรมี ความ เที่ยงหรือความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ขึ้นไป
2. เครื่องมือที่มีมาตรฐานทั่ว ๆ ไปควรมีความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นเท่ากับ0.8 แต่ถ้า เป็นเครื่องมือ ที่สร้างและพัฒนาขึ้นควรมีความเที่ยง หรือความเชื่อมั่นอย่างน้อย 0.70
3. เครื่องมือที่ใช้วัดเจตคติ ความรู้สึก ควรมีความเที่ยง/ความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป
4. เครื่องมือที่ใช้ในการสังเกต ควรมีค่าความเที่ยง/ความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป

5.6 วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยแบบอื่นๆ

ในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นอกจากจะนำมาหาความตรง และความเที่ยง/ความเชื่อมั่นแล้ว ยังมีคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ควรพิจารณาและได้รับการตรวจสอบ ดังนี้

5.6.1 อำนาจจำแนก (Discrimination)

ความหมาย

อำนาจจำแนก (Discrimination) หมายถึง คุณภาพของเครื่องมือที่สร้างขึ้นแล้วสามารถจำแนกกลุ่ม/บุคคลแยกออกจากกันเป็นกลุ่มตามลักษณะที่ตนเองเป็นอยู่/เกณฑ์ของความรอบรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุญเชิด ภิญโญอนันต์พงษ์. มปป.)

ประโยชน์ของอำนาจจำแนก มีดังนี้

- 1) ใช้เป็นเกณฑ์ในการปรับปรุงข้อสอบเป็นรายตัวเลือกว่าควรปรับปรุงที่ตัวเลือกตัวใดในแต่ละข้อ
- 2) เป็นเกณฑ์ในการจัดข้อสอบแบบคู่ขนานที่แต่ละข้อที่วัดในจุดประสงค์เดียวกันในแต่ละฉบับต้องมีอำนาจจำแนกเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน
- 3) เกณฑ์การแปลความหมายค่าอำนาจจำแนก
ค่าอำนาจจำแนกที่เป็นบวกมีเกณฑ์การแปลความหมาย (รังสรรค์ มณีเล็ก และคณะ, 2546) ดังนี้

ค่าอำนาจจำแนก ความหมาย

- 1.00 จำแนกดีเลิศ
- 0.80 - 0.99 จำแนกดีมาก
- 0.60 - 0.79 จำแนกดี
- 0.40 - 0.59 จำแนกได้ปานกลาง
- 0.20 - 0.39 จำแนกได้บ้าง
- 0.00 - 0.19 จำแนกไม่ค่อยได้

5.6.2 ความยาก (Difficulty)

ความหมาย

ความยาก (Difficulty) หมายถึง เป็นคุณภาพของเครื่องมือที่เป็นแบบทดสอบที่แสดงสัดส่วนของผู้สอบที่ตอบข้อนั้นได้ถูกต้องต่อผู้สอบทั้งหมด

ประโยชน์ของค่าความยากของข้อสอบ มีดังนี้

- 1) จัดข้อสอบเรียงเป็นฉบับโดยเรียงลำดับจากข้อง่ายไปยาก
- 2) เป็นเกณฑ์ในการจัดแบบทดสอบแบบคู่ขนานที่มีความยากง่ายเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน
- 3) ช่วยปรับปรุงคุณภาพของข้อสอบเป็นรายตัวเลือกว่าจะปรับปรุงที่ตัวเลือกใด

5.6.3 ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือที่มีจำนวนน้อย แต่มีคุณค่าเท่ากับจำนวนมากๆ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) การใช้จำนวนข้อคำถามน้อย ๆ ที่มีความครอบคลุมเนื้อหา/ประเด็นเท่ากับการใช้ จำนวนข้อคำถามมาก ๆ ข้อ
- 2) การใช้เวลาน้อยในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่สามารถได้ข้อมูลเท่ากับการใช้เวลามาก
- 3) การใช้งบประมาณในการสร้าง/เก็บข้อมูลจำนวนน้อย ๆ แต่ได้ผลที่คุ้มค่ามากกว่าการใช้งบประมาณที่มากกว่า

5.6.4 ความเป็นปรนัย

เครื่องมือในการวิจัยที่มีความเป็นปรนัยจะต้องมีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543)

- 1) ความเป็นปรนัยของเครื่องมือวัด เป็นลักษณะของเครื่องมือที่มีความชัดเจนที่จะนำไปใช้ได้ถูกต้องและมีความเข้าใจที่สอดคล้องกัน อาทิ แบบสอบถามที่มีความเป็นปรนัยของเครื่องมือ หมายถึง แบบทดสอบนั้นมีข้อคำถามชัดเจน อ่านง่าย สื่อความหมายที่มีความเข้าใจ ที่สอดคล้องกันโดยไม่ต้องตีความหมาย
- 2) ความเป็นปรนัยของกฎเกณฑ์การให้คะแนน เป็นลักษณะของกฎเกณฑ์การให้คะแนนที่มีความชัดเจนในลักษณะที่ต้องการวัด โดยกำหนดให้ผู้ใดตรวจให้คะแนนก็จะให้คะแนนในลักษณะเดียวกัน
- 3) ความเป็นปรนัยของการแปลความหมายคะแนน ที่เป็นความชัดเจนในการนำคะแนนที่ได้จากการให้คะแนนไปใช้ได้อย่างสอดคล้องกัน

5.6.4 ความหมายในการวัด

ความหมายในการวัด (Meaningfulness) หมายถึง ข้อคำถามที่กำหนดในเครื่องมือวัดเมื่อวัด แล้วจะต้องมีความหมายที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด โดยพิจารณาจากประเด็นที่ต้องการศึกษาที่จำแนกเป็นรายละเอียดย่อย ๆ ที่แสดงความแตกต่างกัน หรือการใช้ข้อมูลระดับนามบัญญัติหรือระดับเรียงลำดับที่ไม่มีความหมายในเชิงปริมาณ แต่มีความพยายามที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาบวก ลบ คูณและหาร เหมือนกับข้อมูลในระดับช่วงหรืออัตราส่วนซึ่งทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีความหมายในการวัด

5.6.5 ความสามารถในการนำไปใช้ความสามารถในการนำไปใช้ (Usability)

หมายถึง เครื่องมือที่ดีจะต้องสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ที่ต้องการใช้ได้ดี

(Gronlund,1985) มีดังนี้

- 1) นำไปใช้ได้ง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ง่ายทั้งผู้ดำเนินการและผู้ให้ข้อมูล
- 2) ใช้เวลาที่เหมาะสม ไม่น้อยหรือมากเกินไป เพราะถ้าเวลามากเกินไป อาจจะทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการตอบ แต่ถ้าเวลาน้อยเกินไปจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียด วิตกกังวล หรือให้ข้อมูลแบบเร่งรีบ
- 3) ให้คะแนนง่าย สะดวก รวดเร็วและยุติธรรม
- 4) คำนวณค่ากับเวลา แรงงานและงบประมาณ
- 5) แปลผลที่ได้ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้

6. การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

6.1 ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

Factor analysis มีชื่อเรียกในภาษาไทย หลายคำ เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบ การวิเคราะห์ตัวประกอบ การวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นต้น สำหรับการเขียนรายงานครั้งนี้จะใช้คำว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2549) ให้ความหมายคือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิคทางสถิติ สำหรับวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis techniques) ที่ออกแบบมาเพื่อช่วยให้ นักวิจัยได้ใช้แสวงหาความรู้ความจริงดังกล่าว เช่น นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis หรือ EFA) ในการพัฒนาทฤษฎี หรือนักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis หรือ CFA) ในการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎี

กัลยา วานิชบัญญัติ (2551) สรุปว่า เป็นการวิเคราะห์หลายตัวแปรเทคนิคหนึ่งเพื่อการสรุปรายละเอียดของตัวแปรหลายตัว หรือเรียกว่าเป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดจำนวนตัวแปรเทคนิคหนึ่งโดยการศึกษาถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร และสร้างตัวแปรใหม่เรียกว่า องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจะเป็นการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความร่วมกันสูงมารวมกันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบมีความร่วมกันน้อย หรือไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

Mary Ann Coughlin & William Knight () ได้สรุปว่า เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลาย ๆ ตัว เพื่อค้นหาว่า ตัวแปรนี้สามารถรวมกลุ่มกันได้หรือไม่ ซึ่งจะกลายเป็นองค์ประกอบเดียวกัน

โดยสรุป การวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง เทคนิควิธีทางสถิติที่จะจับกลุ่มหรือรวมกลุ่มหรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ ตัวแปรภายในองค์ประกอบเดียวกัน จะมีความสัมพันธ์กันสูง ส่วนตัวแปรที่ต่างองค์ประกอบ จะสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มี สามารถใช้ได้ทั้งการพัฒนาทฤษฎีใหม่ หรือ การทดสอบหรือยืนยันทฤษฎีเดิม

6.2 ประเภทของเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เทคนิคของการวิเคราะห์องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Stevens, 1992, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 : 309 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) คือ

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะใช้ในกรณีที่ผู้ศึกษาไม่มีความรู้ หรือมีความรู้น้อยมากเกี่ยวกับโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อศึกษาโครงสร้างของตัวแปร และลดจำนวนตัวแปรที่มีอยู่เดิมให้มีการรวมกันได้

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะใช้กรณีที่ผู้ศึกษาทราบโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือคาดว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรควรจะเป็นรูปแบบใด หรือคาดว่าตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กันมากและควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน หรือคาดว่าไม่มีตัวแปรใดที่ไม่มี ความสัมพันธ์กัน ควรจะอยู่ต่างองค์ประกอบกัน หรือกล่าวได้ว่า ผู้ศึกษาทราบโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือคาดว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นอย่างไรและจะใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมาตรวจสอบหรือยืนยันความสัมพันธ์ว่าเป็นอย่างที่คาดไว้หรือไม่ โดยการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้างนั่นเอง

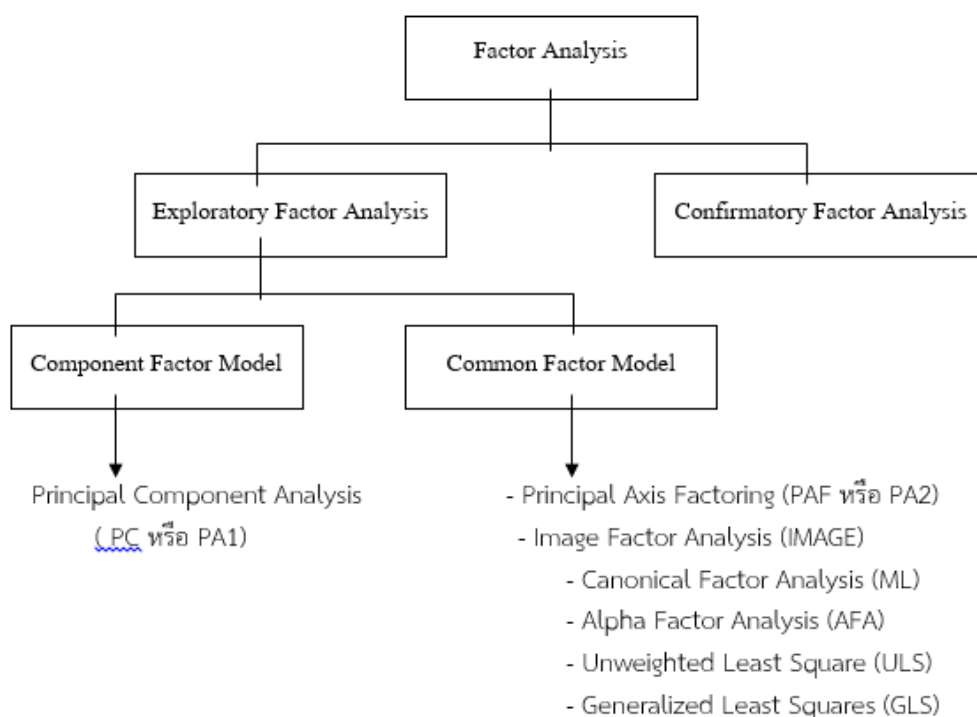
6.3 วัตถุประสงค์ของเทคนิค Factor Analysis

การศึกษาโดยใช้เทคนิค Factor Analysis มีวัตถุประสงค์ (Stevens, 1992, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 : 309 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ดังนี้

1) เพื่อศึกษาว่าองค์ประกอบรวมที่จะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยที่จำนวนองค์ประกอบรวมที่หาได้จะมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนตัวแปรนั้น จึงทำให้ทราบว่า มีองค์ประกอบรวมอะไรบ้าง โมเดลนี้ เรียกว่า Exploratory Factor Analysis Model (EFA)

2) เพื่อต้องการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์ประกอบว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบด้วยตัวแปรอะไรบ้าง และตัวแปรแต่ละตัวควรมีน้ำหนักหรืออัตราความสัมพันธ์กับองค์ประกอบมากน้อยเพียงใด ตรงกับที่คาดคะเนไว้หรือไม่ หรือสรุปได้ว่าการทดสอบว่าตัวประกอบอย่างนี้ตรงกับโมเดลหรือตรงกับทฤษฎีที่มีอยู่หรือไม่ โมเดลนี้เรียกว่า Confirmatory Factor Analysis Model (CFA) ซึ่งเทคนิคของ Factor Analysis สามารถสรุปได้เป็นรูปแบบดังนี้

สรุปรูปแบบการวิเคราะห์ตัวประกอบ



ภาพที่ 1 สรุปแนวทางการวิเคราะห์ตัวประกอบ

6.4 ประโยชน์ของเทคนิค Factor Analysis

การศึกษาโดยใช้เทคนิค Factor Analysis มีประโยชน์ (Stevens, 1992, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 : 309 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ดังนี้

1) ลดจำนวนตัวแปร โดยการรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน องค์ประกอบที่ได้ถือเป็นตัวแปรใหม่ ที่สามารถหาค่าข้อมูลขององค์ประกอบที่สร้างขึ้นได้ เรียกว่า Factor Score จึงสามารถนำองค์ประกอบดังกล่าวไปเป็นตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป เช่น การวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์ (Regression and Correlation Analysis) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) การทดสอบสมมุติฐาน T – test Z – test และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) เป็นต้น

2) ใช้ในการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากการที่ตัวแปรอิสระของเทคนิคการวิเคราะห์สมการความถดถอยมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) ซึ่งวิธีการอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหานี้ คือ การรวมตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ไว้ด้วยกัน โดยการสร้างเป็นตัวแปรใหม่หรือเรียกว่า องค์ประกอบ โดยใช้เทคนิค Factor Analysis แล้วนำองค์ประกอบดังกล่าวไปเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ความถดถอยต่อไป

3) ทำให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา เนื่องจากเทคนิค Factor Analysis จะหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรทีละคู่ แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในองค์ประกอบเดียวกัน จึงสามารถวิเคราะห์โครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ทำให้สามารถอธิบายความหมายของแต่ละองค์ประกอบได้ ตามความหมายของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบนั้น ทำให้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนได้

6.5 ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อตกลงเบื้องต้น (Stevens, 1992, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 : 309 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549)

1) ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง หรือมีค่าในมาตราระดับช่วง (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2) ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r = 0.30 - 0.70$) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรที่อยู่ในรูปเชิงเส้น (linear) เท่านั้น

3) จำนวนตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีจำนวนมากกว่า 30 ตัวแปร

4) กลุ่มตัวอย่าง ควรมีขนาดใหญ่และควรมีมากกว่าจำนวนตัวแปร ซึ่งมักมีค่าถามว่าควรมากกว่ากี่เท่า มีบางแนวคิดที่เสนอแนะให้ใช้จำนวนข้อมูลมากกว่าจำนวนตัวแปรอย่างน้อย 5 - 10 เท่า หรืออย่างน้อยที่สุด สัดส่วนจำนวนตัวอย่าง 3 ราย ต่อ 1 ตัวแปร

5) กรณีที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ตัวแปรแต่ละตัวหรือข้อมูล ไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ แต่ถ้าตัวแปรบางตัวมีการแจกแจงเบ้ค่อนข้างมาก และมีค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดผิดปกติ (Outlier) ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่ถูกต้อง

6.6 ข้อจำกัดและปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบมีข้อจำกัดและปัญหา (Stevens, 1992, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 : 309 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ดังนี้

1. ข้อจำกัดเรื่องจำนวนตัวอย่าง เนื่องจากการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องใช้จำนวนตัวอย่าง (sample size) จำนวนมาก หากใช้ตัวอย่างน้อยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะต่ำ การประมาณจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบมีหลายแนวคิด สามารถสรุปตามแนวคิดของนักสถิติ ดังตาราง 1 ที่เป็นการสรุปเกี่ยวกับการใช้ขนาดตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบจากหลายแนวคิด แต่ทั้งนี้นักวิจัยควรใช้ขนาดตัวอย่างให้สอดคล้องกับหลักการคิดขนาดตัวอย่างตามหลักสถิติ นั่นคือ ขนาดตัวอย่างต้องมีความเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงแนวคิดการใช้ขนาดตัวอย่างสำหรับการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

แนวคิดการใช้ขนาดตัวอย่าง	เสนอแนะขนาดตัวอย่าง (n) และเหตุผล
<p>1. พิจารณาการใช้ขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบอย่างเดียว</p> <p>1.1 คอมมเลย์และลี (Comrey & Lee, 1992)</p> <p>1.2 ตามกฎหัวแม่มือหรือกฎอย่างง่าย (rule of thumb)</p>	<p>1.1) ได้เสนอแนะขนาดตัวอย่างดังนี้</p> <p>จำนวน 50 ราย ถือว่า แย่มาก (very poor)</p> <p>จำนวน 100 ราย ถือว่า ไม่ดี (poor)</p> <p>จำนวน 200 ราย ถือว่า พอใช้ได้ (fair)</p> <p>จำนวน 300 ราย ถือว่า ดี (as a good)</p> <p>จำนวน 500 ราย ถือว่า ดีมาก (as excellent)</p> <p>1.2) การวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 300 ราย</p>
<p>2. การใช้ขนาดตัวอย่างขึ้นอยู่กับจำนวนองค์ประกอบที่ต้องการวิเคราะห์</p> <p>2.1) ถ้าการวิจัยนั้นมีจำนวนองค์ประกอบน้อย (2-3 องค์ประกอบ) และ/หรือมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำมาก</p> <p>2.2) กรณีมีจำนวนองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ หรือมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 0.6 หรือ</p> <p>2.3) จำนวนองค์ประกอบมีเท่ากับ 10 องค์ประกอบหรือน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.4</p> <p>2.4) การวิจัยนั้นมีจำนวนองค์ประกอบน้อย (2 – 3 องค์ประกอบ) และ/หรือมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำมาก</p>	<p>2.1) ขนาดตัวอย่างแค่ 150 รายก็เพียงพอ</p> <p>2.2) ไม่จำเป็นต้องระบุจำนวนตัวอย่าง</p> <p>2.3) ตัวอย่างควรมีมากกว่า 150 ราย</p> <p>2.4) ขนาดตัวอย่าง ควรมีอย่างน้อย 300</p>

2. ข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ข้อมูลต้องมีระดับการวัดประเภทมาตราวัดอันตรภาค (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบกลุ่ม นักวิจัยต้องทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) เสียก่อน นอกจากนี้ลักษณะข้อมูลต้องมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ปัญหาการวิเคราะห์องค์ประกอบมี 3 ประเด็น ดังนี้

1) การวิเคราะห์องค์ประกอบไม่มีตัวแปรตาม ซึ่งแตกต่างกับการทดสอบสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก สถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท และการวิเคราะห์เส้นทาง ดังนั้น สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ จึงไม่สามารถใช้แก้ปัญหาการวิจัยที่ต้องการหาตัวทำนายได้

2) ขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบไม่สามารถระบุจำนวนรอบของการสกัดได้ ดังนั้นหลังจากขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบนักวิจัยจึงไม่สามารถระบุจำนวนรอบของการสกัดองค์ประกอบได้ว่ามีกี่รอบจึงจะพอดี

3) ในปัจจุบันการวิจัยที่ต้องการทดสอบเพื่อลดจำนวนตัวแปร มีเพียงสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเท่านั้น เนื่องจากสถิตินี้สามารถรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน และทำให้เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรทีละคู่ แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในองค์ประกอบเดียวกัน หลังจากนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ถึงโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ดังนั้นเมื่อนักวิจัยต้องการวิเคราะห์ให้ได้ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น จึงมีสถิติให้เลือกใช้เฉพาะสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเพียงตัวเดียว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ทางเลือกใช้เฉพาะสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง ๆ ที่วิธีนี้มีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น

6.7 ความหมายของค่าต่างๆ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ความหมายของค่าต่างๆ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2541) มีดังนี้

1) **องค์ประกอบร่วมกัน (Common Factor)** หมายถึง องค์ประกอบที่ประกอบด้วยตัวแปร 2 ตัวขึ้นไปมารวมกันอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน โดยองค์ประกอบร่วมจะอาศัยจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หรือค่า r องค์ประกอบที่ประกอบด้วยตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์กันมาก จะเป็นองค์ประกอบที่มีความหมายในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

2) **องค์ประกอบเฉพาะ (Specific Factor)** ได้แก่ องค์ประกอบที่มีตัวแปรเพียงตัวเดียว

3) **ความร่วมมือกัน (Communalities)** หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่งกับตัวแปรอื่นๆ ที่เหลือทั้งหมด มีค่าอยู่ระหว่าง 0 กับ 1 ถ้าตัวแปรใดมีค่านี้ต่ำ ตัวแปรนั้นจะถูกตัดออก ค่านี้ดูได้จาก Initial Statistic หรือค่าทแยงมุมของ Reproduced Correlation Matrix ความร่วมมือกัน

4) **น้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)** เป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับองค์ประกอบ ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.3 (วิยะดา ต้นวัฒนากุล อังโน ยุทธ ไกรวรรณ, 2551) ตัวแปรใดมีน้ำหนักในองค์ประกอบใดมาก ควรจัดตัวแปรนั้นไว้ในองค์ประกอบนั้น ในโปรแกรม SPSS น้ำหนัก

องค์ประกอบของแต่ละองค์ประกอบดูได้จากตาราง Component Matrix ก่อนการหมุนแก้องค์ประกอบ หรือดูได้จากเส้นทแยงมุมของเมทริกซ์ของค่าไอเกน (Eigen Value)

5) **คะแนนองค์ประกอบ (Factor Score)** เป็นคะแนนที่ได้จากน้ำหนักองค์ประกอบและค่าของตัวแปรในปัจจุบันนั้น เพื่อใช้เป็นค่าของตัวแปรใหม่ที่เรียกว่า **องค์ประกอบ** คะแนนองค์ประกอบของแต่ละองค์ประกอบ อาจมีความสัมพันธ์กันบ้าง ถ้าจัดจำนวนองค์ประกอบเอาไว้มาก นั้นหมายความว่า ตัวแปรเดียวกันอาจอยู่ในหลายองค์ประกอบได้ตามน้ำหนักองค์ประกอบ

6) **ค่าไอเกน (Eigen Value)** เป็นค่าความผันแปรของตัวแปรทั้งหมดในแต่ละองค์ประกอบ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ องค์ประกอบร่วม (Common Factor) ที่ได้องค์ประกอบแรกจะเป็นองค์ประกอบที่แยกความผันแปรของตัวแปรออกมาจากองค์ประกอบอื่นได้มากที่สุด จึงมีตัวแปรร่วมอยู่มากที่สุด องค์ประกอบที่มีตัวแปรร่วมอยู่มาก จึงมีค่าไอเกน มากตามด้วย ใน SPSS จะกำหนดค่าไอเกน เป็น 1 อยู่แล้ว (default = 1) ค่าไอเกนจะเท่ากับจำนวนตัวแปร ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบจะมีค่าไอเกนต่ำกว่า 1 ในงานวิจัยถ้าผู้วิจัยกำหนดตัวแปรเอาไว้จำนวนมาก ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (จริง) ควรให้ได้จำนวนน้อยกว่าตัวแปรมาก ๆ และมีจำนวนที่เหมาะสมเพื่อ สะดวกในการวิเคราะห์ค่าสถิติอื่นๆ ต่อไป

6.8 ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบมีขั้นตอนการทดสอบ (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2541) ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดปัญหาการวิจัย ทบทวนองค์ประกอบตัวแปรจากทฤษฎี เก็บข้อมูล และเลือกวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นที่ 2 ตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงหรือไม่ และสร้างเมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ขั้นที่ 3 สกัดองค์ประกอบ (Extraction Factor Analysis : Factor Extraction หรือ Initial Factors)

ขั้นที่ 4 เลือกวิธีการหมุนแกน (Factors Rotation)

ขั้นที่ 5 เลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factors Score)

ขั้นที่ 6 ตั้งชื่อองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้

6.9 การออกแบบวิจัยและการประยุกต์ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2541) มีดังนี้

1) การออกแบบวิจัยสำหรับการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การออกแบบวิจัยสำหรับการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ ส่วนใหญ่นิยมออกแบบวิจัยแบบไม่ทดลอง (Non-Experimental Research Design) ที่เป็นการวิจัยแบบอธิบายความสัมพันธ์

(Explanatory research) ที่มีลักษณะคำถามการวิจัยที่ต้องการคาดคะเนความสัมพันธ์เพื่อใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ตรวจสอบโครงสร้างของชุดตัวแปรในรูปของจำนวนที่น้อยที่สุดของตัวแปรแฝงที่สังเกตไม่ได้หรือวัดได้โดยตรง หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นตัวแปรแฝง หรือองค์ประกอบ ซึ่ง ตัวแปรแฝงที่สังเกตไม่ได้ เหล่านี้จะถูกเรียกว่า องค์ประกอบ (Joreskog & Sorbom, 1993)

2) การประยุกต์ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีหลักในการประยุกต์ใช้ กล่าวคือ ส่วนใหญ่นักวิจัยใช้เทคนิคนี้ในการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวิจัย จึงขออธิบายในส่วน of ความตรงเชิงโครงสร้างหรือทฤษฎี (Construct) หมายถึง คุณลักษณะที่สันนิษฐานขึ้นจากพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น อึดมโนทัศน์ การรับรู้ พลังอำนาจ สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วไม่มีเครื่องมือใดที่สะท้อนให้เห็นโครงสร้างได้โดยตรง นอกจากนิยามโครงสร้างให้เป็นมโนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อสามารถตรวจสอบอ้างอิงได้เท่านั้น การตัดสินใจว่า สิ่งใดมี “โครงสร้าง” เพียงใด ทำได้โดยการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง

ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) หมายถึง ขอบเขต ความหมาย หรือ ลักษณะประจำตามทฤษฎีที่เครื่องมือวิจัยนั้น ๆ วัดได้ หรือหมายถึงความสามารถของเครื่องมือวิจัยที่สามารถวัดทฤษฎี หรือลักษณะของพฤติกรรมได้ตามที่สามารถวัดพฤติกรรมได้ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่มีความตรงตามโครงสร้างจะแสดงให้เห็นว่า ผลที่ได้จากการวัดมีความสัมพันธ์กับทฤษฎี หรือลักษณะที่กำหนดมาน้อยเพียงไร การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างจะต้องตรวจสอบทั้งเชิงเหตุผล (Logical) และการตรวจสอบเชิงประจักษ์ (Empirical)

การวิเคราะห์องค์ประกอบจึงเป็นวิธีทางสถิติสำหรับตรวจสอบโครงสร้าง โดยการลดจำนวนตัวแปรลงให้เป็นจำนวนองค์ประกอบ หรือลักษณะร่วม ซึ่งมีจำนวนไม่กีรายการ ลักษณะเช่นนี้จะช่วยให้คาบบรรยายพฤติกรรมต่างๆ ง่ายขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิคทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับคน (หรือผู้ให้ข้อมูล) จำนวนมาก ตัวแปรจำนวนมาก และองค์ประกอบจำนวนมาก การวิเคราะห์องค์ประกอบจึงมีลำดับขั้น ดังนี้

ทฤษฎี นามธรรม (Construct)



องค์ประกอบ (Factor)



ตัวแปร (Variable)



ข้อคำถาม (Item)

ลำดับขั้นของการอธิบายจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายความว่า หลายๆ ข้อคำถาม อธิบายตัวแปร 1 ตัว หลายๆ ตัวแปรอธิบายองค์ประกอบ 1 ตัว และองค์ประกอบหลาย ๆ ตัว จึงจะ อธิบายทฤษฎีหรือนามธรรมได้ 1 อย่าง

ผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบจะได้กลุ่มของความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามต่าง ๆ ใน แบบเชิงเส้นตรงที่เรียกว่า **องค์ประกอบ** (Factor) องค์ประกอบแต่ละตัวจะเป็นอิสระจากกัน เมื่อมีการ สร้างองค์ประกอบขึ้น องค์ประกอบนี้จะเข้าไปสัมพันธ์กับข้อคำถามแต่ละข้อ ทำให้เกิดเป็นน้ำหนัก องค์ประกอบ (Factor Loading) ขึ้นมา ดังนั้นน้ำหนักขององค์ประกอบแต่ละตัวจะแทนค่าสหสัมพันธ์ของ เครื่องมือกับองค์ประกอบแต่ละตัวด้วย เรียกว่า **ความตรงเชิงองค์ประกอบ** หมายถึง ค่าสหสัมพันธ์ของ แบบสอนนั้นกับอะไรก็ตามที่เป็นตัวร่วมกับกลุ่มแบบสอกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือจะกล่าวได้ว่า ความตรงเชิง องค์ประกอบ ควรเรียกว่า **ส่วนประกอบขององค์ประกอบ** (Factorial Composition)

ดังนั้น ประโยชน์หลักของการวิเคราะห์องค์ประกอบ มี 3 ด้าน คือ ด้านที่หนึ่ง ใช้ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ ด้านที่สอง ใช้ในการแก้ปัญหาที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงสำหรับเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเชิงพหุสูงมาก วิธีการอย่างหนึ่งการรวมตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันไว้ด้วยกัน โดยการสร้างเป็นตัวแปรใหม่ หรือ เรียกว่าองค์ประกอบ หลังจากนั้นจึงนำองค์ประกอบดังกล่าวไปเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ความ ถดถอยต่อไป และสุดท้าย ใช้ตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีต่างๆ ที่วัดได้จากพฤติกรรมของมนุษย์

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Resilience และ Resilience to drug use

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเรื่อง Resilience ไว้หลายงานวิจัย ดังนี้

สุจิตรา สมชิต (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลธาตุทอง จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของ ปัจจัย ความยืดหยุ่นและทนทานซึ่งมี 3 องค์ประกอบ อิทธิพลของเพศและอายุต่อปัจจัยความยืดหยุ่นและ ทนทาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต พฤติกรรมด้านลบ และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักเรียน ประชากรที่ศึกษาคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 267 คน อายุ 9 - 16 ปี ผลของการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แรงสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ภายนอก ลักษณะที่ดีภายใน ทักษะทางสังคมและ ทักษะระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บุกรินทร์ หลิมสุนทร (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความ ยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของ วัยรุ่นสลัมที่เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น โดยมีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้มรสุมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการกับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสลัม

ประชากรที่ศึกษาจำนวน 232 คน มีอายุ 11 ปี ถึง 20 ปี ที่มาเตร็ดเตร่อยู่ในสนามเด็กเล่น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือประเมินปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของเด็กของสุจิตรา สมชิต ที่ใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของ Grotberg พบว่าปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานในด้านแรงสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ภายนอก ($t=-2.346, p < .05$) และการรับรู้รสมชีวิต ($t=4.156, p<.001$) ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยเสพยาเสพติดกับกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเสพยาเสพติดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันในด้านลักษณะที่ตีภายในด้านทักษะทางสังคมและทักษะระหว่างบุคคล และคะแนนรวมทั้งสามด้านของปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าในอายุ ($t=4.529, p<.001$) รายได้ ($t=3.016, p < .01$) และระดับการศึกษา ($t=1.99, p < .05$) ระหว่างวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบไคสแควร์พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติด แต่ไม่พบว่ามีเพศกับปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน และพบว่าเพศกับการรับรู้รสมชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบบางส่วน พบว่าการรับรู้รสมชีวิตมีความสัมพันธ์กับอายุ ($r=.181, p<.01$) และระดับการศึกษา

อัจฉรา กิตติวงศ์วิสุทธิ์ (2544) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รสมชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา ประชากรที่ศึกษามีจำนวน 594 คน มีอายุระหว่าง 15-21 ปี ศึกษาอยู่ในระดับ ปวช. ของวิทยาลัยเทคนิคขอนแก่น ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือประเมินปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของเด็กของสุจิตรา สมชิต ที่ใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานของ Grotberg พบว่า เพศ การศึกษา รายได้ที่ได้รับที่พักอาศัย และการรับรู้รสมชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้ง 3 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการมีเพศสัมพันธ์ ($P<0.01$) ส่วนความยืดหยุ่นและทนทานนั้นมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว ($P<0.01$) อย่างไรก็ตามสำหรับการวิเคราะห์สถิติแบบถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศ การรับรู้รสมชีวิต ปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทานและรายได้สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19 ในขณะที่เดียวกันเพศ การรับรู้รสมชีวิต รายได้และการพักอาศัยกับบิดามารดาสามารถอธิบายพฤติกรรม การดื่มสุราได้ร้อยละ 21.1 และเพศ รายได้ การพักอาศัยกับบิดามารดา และการรับรู้รสมชีวิต สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 15.7

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลัง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น โดยศึกษาความสามารถในการฟื้นฟูพลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 634 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) วัยรุ่นตอนต้นมีความสามารถในการฟื้นฟูพลังโดยรวมค่อนข้างสูงโดยมีลักษณะความสามารถในการฟื้นฟูพลังด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพในระดับสูง 2) วัยรุ่นตอนต้นเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมากและแบบหลีกเลี่ยงในระดับปานกลาง 3) นักเรียนหญิงมีความสามารถในการฟื้นฟูพลังสูงกว่าและเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่านักเรียนชาย 4) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและปานกลาง มีความสามารถในการฟื้นฟู

พลังสูงกว่า และเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ 5) ความสามารถในการฟื้นพลังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

Takviriyun (2008) พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่าการประเมินปัจจัยปกป้องสำหรับวัยรุ่นไทย (The Resilience Factors Scale for Thai adolescents) โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้ใช้แนวคิดของ Grotberg (1995, 2003) ร่วมกับข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในกลุ่มเด็กอายุ 0 -11 ปี ของ 30 ประเทศ (รวมทั้งประเทศไทยด้วย) นำไปสู่ข้อสรุปว่าเด็กที่มีความแข็งแกร่ง (resilient children) จำเป็นต้องมีทรัพยากรที่เป็นปัจจัยปกป้อง 3 ประการ ได้แก่ 1) ฉันมี (I HAVE) ซึ่งเป็น external support 2) ฉันเป็น (I AM) ซึ่งเป็น inner strengths และ 3) ฉันสามารถ (I CAN) ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมและทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (social and interpersonal skills) นอกจากนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยปกป้องในการติ่มสุรา และนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือ Resilience Factors Scale (RFS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินปัจจัยปกป้องการติ่มแอลกอฮอล์ของเด็กวัยรุ่นไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 - 5 จำนวน 638 ราย จากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบในขั้นตอนสุดท้ายด้วยเทคนิค Exploratory Factor Analysis (EFA) พบว่าปัจจัยปกป้องจำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ทักษะการวางตัวเป็นกลางและทักษะทางสังคม การคิดเชิงบวก การกล้าแสดงออก การสนับสนุนส่วนบุคคล และการสนับสนุนอื่นๆ

นภชนก สุขประเสริฐ (2553) ศึกษาประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิและการฟื้นพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นการศึกษาแบบผสม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิ และความสามารถในการฟื้นพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ.2547 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547 จำนวน 200 คน ตอบแบบสอบถามสำหรับข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ จากนั้นคัดเลือกวัยรุ่นแบบเจาะจงที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิมากและมีค่าคะแนนความสามารถในการฟื้นพลังสูง จำนวน 8 คน เพื่อสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิ แบบวัดความสามารถในการฟื้นพลัง และชุดคำถามสัมภาษณ์ ผลการวิจัยด้านข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการฟื้นพลัง ตามสถานการณ์องค์ประกอบการมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการฟื้นพลังจากลักษณะนิสัย องค์ประกอบการมีพลังภายในจิตใจที่เข้มแข็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยเชิงคุณภาพสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่าวัยรุ่นที่มีความสามารถในการฟื้นพลังภายหลังประสบภัยพิบัติสึนามิ รายงานว่าพวกเขามีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนสำคัญในชีวิต เช่น บิดา มารดา ครู และเพื่อน เป็นต้น

พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2554) ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ระหว่างเพศ บรรยากาศในครอบครัว สถานะทางการเงิน ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรม เสี่ยงของวัยรุ่นไทย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จากโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2,715 คน ผลการวิจัยพบว่าโมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาอิทธิพลระหว่างตัวแปร พบว่าเพศชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อยกว่าเพศหญิง และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานะทางการเงินมีอิทธิพลตรงทางบวกต่อความแข็งแกร่งในชีวิตและมีอิทธิพลตรงทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยงและยังมีอิทธิพลอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงผ่านความแข็งแกร่งในชีวิต บรรยากาศในครอบครัวมีอิทธิพลตรงทางบวกต่อความแข็งแกร่งในชีวิตแต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมเสี่ยงผ่านความแข็งแกร่งในชีวิต ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตมีอิทธิพลตรงทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย วัยรุ่นชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อยกว่าวัยรุ่นหญิงและมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นหญิง

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

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภิต แสงอ่อน (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น โดยการวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษา ที่ 1 ปีการศึกษา 2557 จาก 5 โรงเรียนในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 403 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบ

ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามบรรยากาศในครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อนและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนและแรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพลังการต้านการเสพยาบ้า (Resilience to amphetamine use) ตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ในประเทศไทยจะพบว่ามีอยู่เพียง 2 เรื่อง ดังนี้

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

ชวนรัตน์ เสถียรกิตติธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลองของผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2) คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย เป็นผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมฯ และคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Jackson and Martin (1998) ได้ศึกษาผู้ใหญ่ ซึ่งในวัยเด็กเคยอยู่ในสถานบังคับดูแลในประเทศอังกฤษ 105 คน พบว่ามี 36 คนที่ถูกประเมินแล้วพบว่ามีความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติโดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการเรียน และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมีความผูกพันทางบวกกับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะบุคคลที่ให้คุณค่าทางการศึกษา มีเพื่อนดี ประสบความสำเร็จในการเรียนและมีกิจกรรมพิเศษพบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งจะมีความสามารถในการควบคุมภายใน ฟังพอใจในชีวิตมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ใหญ่ อีกกลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ

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

Haase (2004) ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นป่วยโรคมะเร็งที่ถูกทอดทิ้งและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยใช้กระบวนการ Resilience ในรูปแบบ Adolescent Resilience Model (ARM) ที่ Haase (2004) พัฒนาขึ้นโดยเน้นแนวคิดทำให้เกิดสุขภาพดี เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมสามารถกลับสู่สภาพปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งที่มีปัญหาความเครียดเนื่องจากต้องผ่านวิกฤติในชีวิต (PTSD) พบว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือโดยใช้ Adolescent Resilience Model โดยวัยรุ่นส่วนหนึ่งสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณั้้นได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ Haase (2004) ได้อธิบายว่า Adolescent Resilience Model เป็นรูปแบบที่มีความซับซ้อน มีการเคลื่อนไหวรอบทุกทิศทาง มีความสัมพันธ์กันทั้งทางบวกและทางลบ โดยที่ความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนและอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ การให้ความหมายของชีวิต บรรยากาศในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ส่วนความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นต้น

Earvolino-Ramirez (2007) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวติดตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 505 คนที่เกิดในปี 1955 บนเกาะคาวาอิมลรัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างจากทารกแรกคลอดจนมีอายุ 40 ปี พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันแม้ว่าจะเติบโตมาจากสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน โดยเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่ยากจนหรือมีปัญหา เช่น พ่อแม่หย่าร้าง ติดสุรา หรือมีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า 2 ใน 3 ของเด็กกลุ่มนี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหา ในขณะที่อีก 1 ใน 3 เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถ ไม่เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิต โดยจากการทบทวนของ John and Wiechhelt (2004) พบว่าความสามารถดังกล่าวเกิดจากปัจจัยปกป้อง

Moe, Johnson and Wade (2007) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 149 คน เป็นหญิง 75 คน และชาย 74 คน ที่อยู่ในโปรแกรม Betty Ford Children's Program ซึ่งจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาสุราและสารเสพติด สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกเด็ก 50 คนจากโครงการดังกล่าวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที โดยสอบถามความคิดเห็นของเด็กจากคำถามที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งคำถามประกอบด้วย ความรู้สึกของเด็ก ความรู้เกี่ยวกับการติดยา ความคิดเห็นของเด็กต่อพฤติกรรมติดสุราและสารเสพติดของผู้ปกครอง ประโยชน์ของข้อมูลที่เด็กได้รับจากโครงการดังกล่าว ความรู้เกี่ยวกับการรักษาการติดสุราและสารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับเลิกสุราและสารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และมุมมองที่มีต่อ Betty Ford Children's Program และผู้วิจัยได้วิเคราะห์คำตอบที่ได้และแบ่งเป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ คือ 1) พฤติกรรมการติดยา พบว่าเด็กส่วนใหญ่เล็งเห็นความสำคัญที่ผู้ปกครองของตน ตนเองและคนทั่วไปควรหยุด เลิกใช้ หรือไม่ข้องเกี่ยวกับสุราหรือสารเสพติด เด็กส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเยาวชนไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้องกับสุราและสารเสพติด 2) การรับรู้พฤติกรรมการติดยา ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ ความรู้สึกผิด (guilt) การรักษาและการเลิกยา และการเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี (negative role model) เด็กส่วนใหญ่เห็นด้วยและยอมรับว่าตนเองไม่ควรคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของตน ดังนั้นจึงไม่ควรรู้สึกผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ปกครอง เด็กส่วนใหญ่ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการรักษาและการเลิกยา โดยเชื่อมั่นว่าการรักษาเป็นหนทางที่นำไปสู่การเลิกยาและนำไปสู่ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ส่วนการเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีนั้นเด็กเห็นว่าผู้ปกครองเป็นตัวอย่างที่สำคัญในการสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นอย่างที่ดีหรือไม่ก็ตาม และ 3) ทรัพยากรภายใน (internal resources) โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นย่อย คือ การแสดงความรู้สึก ความรู้ และทางเลือกของชีวิต โดยเด็กกล่าวถึงความสำคัญของการแสดงความรู้สึกและการมีบุคคลที่คอยรับฟังความรู้สึกของตนได้ เป็นที่น่าสนใจว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาสุราและยาเสพติดยังมีมุมมองที่ดีของชีวิต และเห็นว่าความสุขไม่ได้มาจากเงินทองหรือสิ่งของมีค่าอื่นใดแต่มาจากตัวแปรที่มองไม่เห็น และตัวแปรเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Tusaie et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี อายุ เพศ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน จำนวนเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เข้ามาในชีวิต กับความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤติ (Psychosocial Resilience) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Lerner's Model of Developmental Contextualism และทฤษฎีการปรับตัวต่อความเครียดและการ

เผชิญปัญหาของ Lazarus โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ คือ การอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและภายใต้สถานการณ์เสี่ยงสามารถปรับตัวได้ดีกว่าคนทั่วไป กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 624 คน อายุเฉลี่ย 15.8 ปี (อายุระหว่าง 14-19 ปี) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ Psychosocial Resilience นำมาจาก Reynolds Adolescent Depression Scale (RADs) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีอายุน้อย มีเหตุการณ์ร้ายๆ จำนวนน้อย มองโลกในแง่ดีได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าคะแนนความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติสูง แต่ ผู้ชายที่มีอายุมาก มองโลกในแง่ดี ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและมีเพื่อน ก็มีค่าคะแนนความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติสูงเช่นกัน แม้จะพบว่าเหตุการณ์ร้ายๆ ในชีวิตจำนวนมาก ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติได้ดี คือ การมองโลกในแง่ดี การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การมองโลกในแง่ดีมีปฏิสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ร้ายๆ ในชีวิตที่มีผลต่อความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติสูง โดยทำให้ผลกระทบนั้นน้อยลง และระดับภาวะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการพยายามทำร้ายตนเอง และการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติ

Dillon et al. (2007) ได้ทำการศึกษาพลังต้านการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น ด้วยวิธีสำรวจวัยรุ่นที่กระทำความผิดในคดีสารเสพติดและคดีทางอาชญากรรมอื่นๆ ที่ OCJS โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา 4 ข้อ ได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์การเสพยาเสพติด โดยที่มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ 2) ประเมินขอบเขตของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม 3) การประเมินถึงระดับต่างๆ ของปัจจัย ที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด 4) ประเมินขอบเขตของปัจจัยที่ต้านการใช้สารเสพติด (Resilience to drug) รวมถึงความสามารถในการปฏิเสธการเสพยาเสพติด และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่น 50 คน รวบรวมมุมมองและประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างของวัยรุ่นที่สามารถใช้พลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug) ผลการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้ logistic regression model พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ตัวแปรพฤติกรรมและทัศนคติเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดมากขึ้น และผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่มีอายุ 10-16 ปี พบปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น ทัศนคติต่อการใช้สารเสพติดของครอบครัว การทำผิดกฎของโรงเรียน การคบเพื่อนที่มีปัญหา การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากทางโรงเรียน เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อย และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ส่วนวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 17 - 21 ปี พบว่ามีลักษณะคล้ายกันแต่เพิ่มเติมในเรื่องการถูกเพื่อนชักชวนและวัยรุ่นไม่มีกลุ่มอยู่หรือเข้ากับเพื่อนไม่ได้ จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าแนวคิดพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ในวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด

Scudder et al. (2008) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจโดยรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เด็กวัยรุ่นอายุ 15 ปี จำนวน 3 ราย ในสถานบริการปฐมภูมิ ที่มีปัญหาครอบครัว มารดาบิดาติดยาเสพติดทั้งครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีเอกลักษณ์ของตนเอง การสามารถควบคุมตนเอง ความเชื่อ ความฉลาด ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน โดยการศึกษา พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับคำแนะนำจากบิดามารดา การเป็นที่คาดหวังของครอบครัว การมีต้นแบบอยู่ในกฎระเบียบและมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวรวมทั้งการมีส่วนร่วมที่ดีในครอบครัว เหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นมีพัฒนาการที่ดีและยังสามารถมีการตัดสินใจที่ดีในการเผชิญความเสี่ยง

Veselska et al. (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และกัญชา กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 3,694 คน อายุระหว่าง 13- 16 ปี (อายุเฉลี่ย 14.3 ปี) เครื่องมือที่ใช้วัดได้แก่ แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของ Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) จำนวน 10 ข้อ และใช้แบบวัด Resilience Scale จำนวน 33 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าเด็กชายมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าเด็กหญิงและพบว่าความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมมีความแตกต่างกันระหว่างเด็กชายกับเด็กหญิง โดยเด็กชายมีค่าคะแนนสูงในด้านการรับรู้ความสามารถของตน มีการรับรู้อนาคต มีการแก้ปัญหาแบบมีโครงสร้าง ในขณะที่เด็กหญิงมีค่าคะแนนสูงในด้านความสามารถในสังคม ครอบครัวมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการใช้แหล่งประโยชน์จากสังคม พบว่า เด็กชายมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ สูบบุหรี่และกัญชาสูงกว่าเด็กหญิง ค่าคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า เด็กชายมีค่าคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนี้ในเด็กหญิง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเสพยาเสพติด พบว่าทั้งในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมและพฤติกรรมการใช้กัญชาที่มีความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกัน โดยเด็กที่มีแบบแผนในชีวิต (Structure Style) มีความผูกพันกับครอบครัวจะมีพฤติกรรมการเสพยาใญ่ชาน้อย และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการเสพยาใญ่ชาน้อย

8. สรุปช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาใญ่ช่าในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังข้างต้น พบช่องว่างขององค์ความรู้ที่นำมาสู่ความสนใจในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ดังนี้

8.1 ยังขาดการประเมินแนวคิด resilience ในลักษณะที่มีความซับซ้อน

เนื่องจาก resilience เป็นแนวคิด (concept) ที่มีความซับซ้อน นักวิชาการจึงมีการให้ความหมาย (meaning) และกล่าวถึงคุณลักษณะ (attributes) ที่แตกต่างกัน โดยสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม ได้ดังนี้

1) **กลุ่มแรก** มองว่า resilience เป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล (traits or personality characteristic) ที่ช่วยในการลดผลกระทบด้านลบจากความเครียดซึ่งบุคคลเผชิญ และส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Wagnild & Young, 1993; Jacelon, 1997)

2) **กลุ่มที่สอง** มองว่า resilience เป็นกระบวนการที่เป็นไดนามิกของบุคคลในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือกดดัน (resilience as a dynamic process of adaptation to adversity) หรือ เป็นพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียดของบุคคล (coping behaviors) (Olsson et al., 2003; Sinclair & Wallston, 2004)

3) **กลุ่มที่สาม** มองว่า resilience เป็นผลลัพธ์(outcome) ของความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือกดดันได้ (outcome of adaptation to adversity) หรือ ความสามารถในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างประสบความสำเร็จ (successful coping ability) หรือ เป็นความสามารถในการปรับตัว/ฟื้นตัวจากภาวะเครียดได้ (Grotberg, 1995; Vinson, 2002; Connor & Davidson, 2003; Friborg et al., 2003; Olsson et al., 2003; Takviriyannun, 2008; ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล, 2550; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยวานานู ผลิตนนท์เกียรติ, 2551)

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

แม้ว่า Meschke & Patterson (2003) ได้เสนอบทความวิชาการเรื่อง Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention โดยกล่าวว่า การที่วัยรุ่นจะใช้เวลาเสพติดหรือไม่ นั้น ไม่ได้ขึ้นกับการมีปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น เพราะแม้ว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้เวลาเสพติด แต่หากวัยรุ่นคนนั้นมีปัจจัยปกป้องก็จะช่วยให้ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการใช้เวลาเสพติดลดลง อีกทั้งหากวัยรุ่นสามารถจัดการกับสิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้เวลาเสพติดได้ ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นคนนั้นสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดในบริบทที่ถูกยั่วให้เกิดการใช้เวลาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ไม่ใช้เวลาเสพติด ซึ่งหากพิจารณาตามคำอธิบายนี้จะพบว่ามีความใกล้เคียงกับการให้ความหมายของ resilience ว่าเป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ตามที่กล่าวข้างต้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมิน resilience รวมถึง resilience to drug use ในต่างประเทศจะพบว่ายังขาดเครื่องมือที่มีการพัฒนาให้สามารถวัดแนวคิด resilience ในลักษณะของการเป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) แต่เป็นการประเมินในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เครื่องมือ Resilience Scale (RS) ของ Wagnild & Ypung (1993) จะประเมินคุณลักษณะเชิงบวกของบุคคล ในขณะที่เครื่องมือ Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) พัฒนาโดย Connor & Davidson (2003) จะใช้ประเมินความสำเร็จใจการเผชิญกับความเครียดของบุคคล ส่วนเครื่องมือ Resilience Scale for Adult (RSA) พัฒนาโดย Friborg et al. (2003) จะใช้สำหรับประเมินปัจจัยปกป้อง (the protective resources) ของบุคคล

เมื่อพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน resilience รวมถึง resilience to drug use ในประเทศไทยจะพบว่าส่วนใหญ่พัฒนามาจากแนวคิดของต่างประเทศที่มอง resilience เป็นเสมือนปัจจัยปกป้อง หรือ ลักษณะส่วนบุคคลที่ดีของวัยรุ่น เช่น เครื่องมือประเมินปัจจัยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์สำหรับวัยรุ่นไทย (the Resilience Factors Scale for Thai adolescents: RFS) พัฒนาโดย Takviriyun (2008) และเครื่องมือประเมินภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพติด (Resilience Quotient) ของเยาวชน ในการศึกษาของ เมธปียา เกิดผล แต่งรัตน (2556) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้ง 2 เรื่องนี้ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินเฉพาะในแง่ของปัจจัยปกป้องเท่านั้น แต่ไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงและความสามารถในการเผชิญกับความเครียดไปพร้อมๆ กัน

8.2 ขาดเครื่องมือประเมินพลังด้านยาบ้าที่เป็นมาตรฐาน

แม้ว่าการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) และชวันรัตน์ เสถียร กิตติธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) จะมีการพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าโดยตรง เพื่อวัดตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในบริบทของประเทศไทยแล้ว แต่เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าวถูกพัฒนาโดยใช้ผลการศึกษาของ Dillon et al. (2007) ซึ่งดำเนินการศึกษาในบริบทของประเทศทางตะวันตกเป็นหลัก ดังนั้น เมื่อนำมาใช้ในประเทศไทยจึงอาจเกิดช่องว่างได้ เนื่องจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการหลักๆ คือ 1) มีความแตกต่างกันในวิถีชีวิต ความเชื่อ ประสบการณ์ และบริบท ระหว่างวัยรุ่นไทย และวัยรุ่นของประเทศสหรัฐอเมริกา และ 2) ในการศึกษาของ Dillon et al. (2007) จะเป็นการศึกษาในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดหลากหลายประเภท โดยมีการใช้ยาบ้าเป็นส่วนน้อย ในขณะที่ยาบ้าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบมากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นของประเทศไทย จากช่องว่างทั้ง 2 ประการ ประกอบกับเครื่องมือประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า ที่ใช้ในการศึกษาทั้งสองเรื่องดังกล่าวข้างต้น เป็นเครื่องมือใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นใช้ จึงพบว่าคุณภาพของเครื่องมือยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากพบว่าค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของเครื่องมือพลังด้านการเสพยาบ้า ในการศึกษาของ มนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) มีค่าเพียง .83

โดยสรุป จากช่องว่างขององค์ความรู้ทั้งสองประการข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานเพื่อใช้สำหรับประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าในลักษณะของแนวคิดเชิงซ้อนที่คำนึงถึงบริบททั้งของปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดจากปัจจัยแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ไปพร้อมๆ กัน อีกทั้งเป็นเครื่องมือซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่ใช้ยาบ้าในประเทศไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังต้านการเสพยาบ้า” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้า ใช้รูปแบบการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบไปด้วยการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ (instrument development) โดยในขั้นตอนแรกนำแนวคิดพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ของ Dillon et al. (2007) มาใช้ในการสร้างแนวคำถามหลักและคำถามรอง เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วัยรุ่นที่เสพยาบ้า จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบโครงสร้างและการสร้างข้อคำถามรายข้อในแบบประเมิน และ 2) ขั้นตอนการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น (an evaluation of the developed instrument's psychometric properties) โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุระหว่าง 12- 24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดทั้งในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory System) ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาบ้าและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษายาบ้า ทั้งการบำบัดแบบแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และ เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ซึ่งเข้ารับการบำบัดในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ตามวิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากเครื่องมือมาตรฐานประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่จะพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มุ่งใช้ประโยชน์เฉพาะในการคัดกรองกลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเท่านั้น เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ จึงมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากร คือ วัยรุ่นไทยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ซึ่งมารับบริการบำบัดรักษายาบ้า ในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาบ้า และการติดตามผลหลังการบำบัดรักษายาบ้า ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และ เชียงใหม่ ซึ่ง

ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 12-24 ปี (เพื่อให้สอดคล้องกับการแบ่งช่วงอายุตามระบบรายงาน บสศ.)
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (amphetamine abuse) หรือผู้ติด (amphetamine dependence) ยาบ้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของแต่ละโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด
3. เป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory system)
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
5. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. ได้รับความเห็นชอบและลงนามอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ (ในกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วพบว่ามีโรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตที่รุนแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย

*หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นตอนที่ 1) จะเลือกจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเท่านั้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลสองขั้นตอน จึงมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ (ขั้นตอนที่ 1)

เนื่องจากในขั้นตอนที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือปล้งด้านการเสพยาบ้าซ้ำอย่างครอบคลุม รอบด้าน และตรงกับบริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทยมากที่สุด ดังนั้น จึงมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี ที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาบ้า ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และมีคุณสมบัติทุกข้อตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังข้างต้น โดยเพิ่มเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักอีก 1 ข้อ คือ เป็นผู้ที่มีการเสพยาบ้าซ้ำ ปล้งด้านยาบ้าแตกต่างกัน คือ ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีการเสพยาบ้าซ้ำ และไม่เสพยาบ้าซ้ำ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ตามคำจำกัดความตัวชี้วัดด้านการ

บำบัดรักษาเยสเพดิดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 (ร้อยละของผู้ป่วยเยสเพดิดที่หยุดเยสเพดิดต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา) โดยในขั้นตอนนี้จะรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างในสนามวิจัยจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (ในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลอิ่มตัวที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน)

2. ขั้นตอนประเมินคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเยสเพดิด (ขั้นตอนที่ 2)

2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ห้องค้ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis_EFA) ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในขั้นตอนนี้จะถูกกำหนด โดยใช้หลัก The subjects-to-variables (STV) ratio หรือ subject to item ratios ซึ่งหากพิจารณาตามหลักการพื้นฐาน “Rule-of-Thumb” จะกำหนดให้สัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อข้อคำถาม (subject to item ratios) ต้องเท่ากับ 10: 1 หรือน้อยกว่า (Osborne & Costello, 2005)

ในเบื้องต้นผู้วิจัยคาดว่าแบบประเมินพลังด้านการเยสเพดิดของวัยรุน้ไทยที่พัฒนาขึ้น จะประกอบด้วยข้อคำถามประมาณ 30 ข้อ ดังนั้น จึงมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สัดส่วน 10:1 ตามที่ Costello & Osborne (2005) แนะนำ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน แต่เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากเดิมอีก 20% (60 คน) จึงประมาณการไว้ว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน

แต่ภายหลังที่ผ่านกระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 1 แล้ว พบว่าแบบประเมินพลังด้านการเยสเพดิดของวัยรุน้ไทยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 41 ข้อคำถาม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วน STV ratio เท่ากับ 9: 1 ตามที่ Osborne & Costello (2005) แนะนำ ดังนั้น จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 369 คน โดยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทยั กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 4 ภาค โดยเลือกตัวแทนภาคละ 1 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเยสเพดิดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ แต่ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 366 ชุด

2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 ของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยเยสเพดิด สังกัด

กรมการแพทยั กระทรวงสาธารณสุข แบบเจาะจง (Purposive Selection) คือเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาเยสเพดิดที่มีขนาด 200 เตียงขึ้นไป (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) และให้เป็นตัวแทนของแต่ละภาคๆ ละ 1 แห่ง รวมจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเยสเพดิดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี) เป็นตัวแทนภาคกลาง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น เป็นตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเป็นตัวแทนภาคใต้ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่เป็นตัวแทนภาคเหนือ

2.2.2 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional sampling technique) ด้วยการคิดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ป่วยยาบ้าที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558) จากระบบรายงาน บสต. ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ซึ่งจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคาดประมาณจากแต่ละโรงพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ และกลุ่มตัวอย่างจริง จำแนกตามสถานพยาบาลบำบัดรักษายาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาค

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยยาบ้า* (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คาดประมาณ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง
ภาคกลาง สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	1,787	151	100
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น	1,019	86	126
ภาคเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่	550	46	59
ภาคเหนือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา	918	77	81
จำนวนรวม	4,274	360	366

* จำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นอายุ 12-25 ปี ที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558) จากระบบรายงาน บสต. ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2558

2.2.3 ในแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด โดยการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล วันนัดพบแพทย์ เป็นต้น โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่กระจายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ดังนี้

ผู้ป่วยนอก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเลือกที่มารับบริการของแต่ละโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยใน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเลือก ซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูล โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้กระจายตามหอผู้ป่วยต่างๆ ที่มีผู้ป่วยเสพยาบ้าเข้าบำบัดรักษาใน แต่ละโรงพยาบาล

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคาดประมาณ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ รวบรวมได้จริง จะไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2559 ในบางโรงพยาบาลจะมีผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้าซึ่งมี คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา เข้ารับบริการน้อยกว่าคาดประมาณไว้ ในขณะที่บาง โรงพยาบาลจะมีจำนวนมากกว่าตัวเลขที่คาดประมาณ แต่เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่มาก เพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพของแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามสถานการณ์การรับบริการจริงของกลุ่มตัวอย่าง ใน แต่ละโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้สัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวม ข้อมูลได้จริงและเป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวนรวม 366 ราย จำแนกตามแต่ละโรงพยาบาล คือ จำนวน 100, 126, 59 และ 81 จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปทุมธานี) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ และ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ผ่านกระบวนการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช ชนนี เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2558 ตามเอกสารรับรองที่ 007/2559 และได้รับอนุญาตให้สามารถเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้จากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2558 (ดังเอกสารในภาคผนวก ง)

2. ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะ ได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัคร ใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดระยะเวลาการ ดำเนินการ สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบ ใดๆ ต่อการพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ

ผู้วิจัยมีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการดำเนินการวิจัยจะถือเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ส่วนข้อมูลการบันทึกเสียงที่ให้สัมภาษณ์และการ ถอดเทปบันทึกเสียง จะทำลายทิ้งทันทีหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือ

เกิดข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าวและยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยนี้ได้คำนึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย จึงได้มีแนวทางการป้องกันแก้ไขไว้ ดังนี้

3.1 ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข ในการวิจัย ขั้นตอนที่ 1

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเศร้า สะเทือนอารมณ์ หรืออาจทำให้มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ แนวทางการป้องกัน คือมีการพิจารณาคำถามวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ ด้านการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และด้านพยาบาลปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวและไม่พร้อมจะให้การสัมภาษณ์ต่อ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ พร้อมประเมินความต้องการและความรุนแรงของสภาพอารมณ์ดังกล่าวเพื่อส่งต่อกลุ่มตัวอย่างรับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ต่อไป

3.2 ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข ในการวิจัย ขั้นตอนที่ 2

ในการให้ข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความรู้สึกเศร้า สะเทือนอารมณ์ และไม่สบายใจ จากการตอบแบบสอบถามบางชุด เช่น แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเสี่ยงในเรื่องนี้ จึงมีแนวทางการป้องกัน คือ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวและไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อ ก็สามารถหยุดทำแบบสอบถามได้ และ ถ้าผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนของประเมินภาวะซึมเศร้าได้คะแนนสูงและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะประเมินความรุนแรงของสภาพอารมณ์และให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อประคับประคองสภาพอารมณ์และจิตใจ จากนั้นจึงส่งต่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

4. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีค่าเดินทางและค่าชดเชยการเสียเวลาให้แก่กลุ่มตัวอย่าง คนละ 100 บาทต่อครั้งในการสัมภาษณ์/การตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยแนวคำถามนำ คำถามหลัก และคำถามรอง ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงต่อไป ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการดำเนินการวิจัยขั้นในตอนที่ 2 ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ประกอบด้วยเครื่องมือจำแนกเป็น 9 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	จำนวน 41 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด	จำนวน 40 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คาถาม (9Q)	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 9 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต	จำนวน 28 ข้อ

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความสั้นๆ เพื่อสอบถามข้อมูลในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา แหล่งที่พักอาศัย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดร่วม ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพทางกายจากการเสพยาบ้า ระบบที่เข้ารับการรักษา ประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (โดยมีรายละเอียดการพัฒนาเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยได้บรรยายไว้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป) ซึ่งแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 41 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และไม่เลย (1) ลักษณะของข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว โดยแต่ละข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent Coping Scale ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และวีณา มิ่งเมือง (2540) นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้วัดการเผชิญปัญหาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ จากนั้นเสาวนีย์ สำนวน (2545) นำมาพัฒนาต่อเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับใช้กับวัยรุ่นเสพยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ จำแนก

เป็นการเผชิญความเครียด 3 ลักษณะคือ 1) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนจำนวน 17 ข้อ 2) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆจำนวน 7 ข้อ และ 3) แบบหลีกเลี่ยงปัญหาจำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย ลักษณะของคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมดมีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

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

การคิดคะแนนจะคิดเป็นรายด้านโดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามในแต่ละด้านมารวมกันซึ่งคะแนนรวมด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนอยู่ในช่วง 17 - 68 คะแนน ด้านมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ อยู่ในช่วง 7 - 28 คะแนน ด้านหลีกเลี่ยงปัญหาอยู่ในช่วง 16 - 64 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนนั้น คะแนนสูง หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นต่ำ โดยมีการแปลความหมายของคะแนนในการเผชิญความเครียดแต่ละแบบ ดังนี้

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

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

2) แบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 18-24)

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

3) แบบหลักเลียงปัญหา จำนวน 16 ข้อ (ข้อ25-40)

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

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดครอบครัวชีวิตความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่ง Uthis (1999) ได้แปลมาจาก The Family Hardiness Index ของ McCubbin, McCubinn and Thompson (1986) ด้วยวิธี Back translation และมนัส สุนทรโชติ (2554) นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) 2) ด้านความมีอำนาจควบคุม (control) และ 3) ด้านความท้าทาย (challenge) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ (1-6) คือ ไม่จริงเลย จริงน้อยที่สุด จริงน้อย จริงปานกลาง จริงมาก และ จริงมากที่สุด มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียง 1 คำตอบ แบ่งลักษณะคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวกจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17 และ 18 และข้อคำถามด้านลบ (ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงกันข้ามกับแนวคิด) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 8, 10, 14, 16, 19, และ 20 โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

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

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน แปลผลคะแนนโดยคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความเข้มแข็งของครอบครัวสูง หรือแปลผลตามระดับโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 6 ช่วงให้สอดคล้องกับมาตราวัด 6 ระดับของเครื่องมือ (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) ดังนี้

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

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่ง ช่อกิ่ง ชูครุฑ (2541) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) เพื่อใช้กับวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน และต่อมา มนัส สุนทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้นำมาปรับปรุงเพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากเพื่อนในกลุ่มวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งจะครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย ทุกข้อคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกทั้งหมด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าทุกประการ	4
มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามากกว่าครึ่งหนึ่ง	3
ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเพียงครึ่งหนึ่ง	2
น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	1
ไม่เลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าเลย	0

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ประเมินจากค่าเฉลี่ยกับระดับที่คำนวณได้ดังนี้ (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556)

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

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's Self-Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) และนำมาพัฒนาต่อโดย เสาวนีย์ สำนวน (2545) เพื่อนำมาใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อที่ครอบคลุมการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เลย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 ข้อความที่เป็นข้อความทางด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 ในแต่ละข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

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

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน มีการแปลผลคะแนนโดยคะแนนที่สูง หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงคะแนนต่ำ หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันธัญญารักษ์ (2546) เป็นแบบสอบถามปรนัยจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมี 4-5 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความเป็นจริงของตนเองมากที่สุด บางข้อกำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และบางข้อให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ แต่ละตัวเลือกของแต่ละข้อมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 0 - 8 คะแนน ตามความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาบ้า

คิดคะแนน โดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความหมาย
น้อยกว่า 12	ระยะเริ่มต้นของการเสพยา (Introductory phase)	ระยะที่มีการใช้ยาบ้าเพื่อเข้าสู่สังคมและใช้เมื่อมีความเครียด แต่ยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
13 – 35	ระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase)	ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้เสพยา โดยผู้เสพยาจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยจนกลายเป็นปัญหาต่อไป
36 – 55	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา (Disenchantment phase)	ระยะที่มีการใช้ยาบ้าในทางที่ผิดซึ่งจะเป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยาจำนวนมาก เนื่องจากเสพยาที่มีความต้องการที่จะหาทางไปหายาบ้ามาเสพยาให้ได้
56 – 100	ระยะวิกฤต (Disaster phase)	ระยะที่ยาบ้าเข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้เสพยา โดยผู้เสพยาจะไม่สามารถควบคุมความอยากเสพยาได้ เป็นการมีชีวิตอยู่เพื่อใช้ยาบ้า

ส่วนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (0-3 คะแนน) ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
ไม่มีเลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น	0
เป็นบางวัน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่งหรือเกิดขึ้นเพียง 1-7 วันในรอบ 2 สัปดาห์	1
เป็นบ่อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากกว่าครึ่งหนึ่งหรือเกิดขึ้นเป็นเวลา > 7 วันในรอบ 2 สัปดาห์	2
เป็นทุกวัน	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นทุกประการหรือเกิดขึ้นทุกวันในรอบ 2 สัปดาห์	3

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยมีมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
7 - 12	เป็นโรคซึมเศรหาระดับน้อย
13 - 18	เป็นโรคซึมเศรหาระดับปานกลาง

ส่วนที่ 9 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) พัฒนาขึ้นจากแนวคิด Resilience ของ Grotberg ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเพื่อแสดงระดับความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (1-5) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เครื่องมือประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ และ โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1) 'I have' (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 11, 18, 23, 24, และ 28

2) 'I am' (ฉันเป็นคนที่มี...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25, และ 27

3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ....) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 8, 10, 14, 15, 20, 22, และ 26

เป็นข้อคำถามในทางบวกทุกข้อ คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ระหว่าง 28 - 140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากเครื่องมือวิจัยเกือบทุกชุด ยกเว้นแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการหาคุณภาพในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้ามาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้มีการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาใหม่ แต่มีการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) จากการนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้า จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลจริง ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดจากการทดลองใช้ และ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริงของการศึกษาครั้งนี้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อเครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดลอง (n=30)	ฉบับจริง (n=366)
1. แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	.939	.965
2. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด (ทั้งฉบับ)	.861	.907
-ใช้ความสามารถของตนเอง	.831	.905
-ใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ	.817	.840
-หลีกเลี่ยงปัญหา	.799	.903
3. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	.658	.818
4. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.929	.937
5. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	.725	.727
6. แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า	.727	.694
7. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	.611	.838
8. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต	.882	.945

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในเรื่องนี้ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยในแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือ “พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ” มีการดำเนินการสรุปได้ ดังนี้

1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการลงพื้นที่สนามวิจัย คือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อดำเนินการศึกษาประสบการณ์พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่น ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการวิจัย เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับสิ่งที่ต้องการจะศึกษา แต่พบว่าเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีการกำหนดเพิ่มเติมไว้เบื้องต้นอีก 1 ข้อ คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับพลังด้านยาบ้าแตกต่างกัน ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีการเสพยาบ้าซ้ำ และไม่เสพยาบ้าซ้ำ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ตามคำจำกัดความของตัวชี้วัดด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 (ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา) นั้น ไม่สามารถดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ไม่เสพซ้ำ ตามนิยามดังกล่าวได้เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่เสพซ้ำตามนิยามนี้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในระยะติดตามการ

รักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่ในทางปฏิบัติจริงพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วหากไม่มีการเสพยา วัลย์รุ่นก็จะไม่มารับ การติดตามผลการรักษาตามนัดในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากเข้าใจว่าตนหายขาดแล้วและไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องมาโรงพยาบาลอีก (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ ทำงานด้านการติดตามผลการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี)

จากข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นวัลย์รุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการเลิกเสพยาบ้าได้ต่อเนื่องนาน 3 เดือน (ตามเกณฑ์ของ บสต.) ทั้งในอดีต และปัจจุบัน โดยเลือกเฉพาะผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นวัลย์รุ่นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาและ กำลังได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งนี้เพื่อความเป็นไปได้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างต่อเนื่อง จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ได้คำนึงถึงการได้ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับพลัง ด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัลย์รุ่น จากผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 26 คน จึงเป็นวัลย์รุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิง (8 คน) และเพศชาย (18 คน) ซึ่งเข้ารับการบำบัดทั้งในระบบ บังคับบำบัดและระบบสมัครใจ อีกทั้งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับการบำบัดทั้งในขั้นตอนของ การบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟู ทั้งนี้เพื่อนำประสบการณ์ที่ได้มาพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินพลังด้าน การเสพยาบ้าซ้ำของวัลย์รุ่นไทย ต่อไป

1.2 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจงตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังข้างต้น โดยนำแนวคิด resilience to drug use ของ Dillon et al. (2007) มาใช้เป็น กรอบในการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เพื่อศึกษาประสบการณ์พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในบริบทของ วัลย์รุ่นไทย เนื่องจากผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นแนวคิดที่มีมุมมองเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาเสพติดในลักษณะของ แนวคิดเชิงซ้อน โดยคำนึงถึงบริบททั้งของปัจเจกเสี่ยง ปัจเจกป้องกัน และความสามารถในการเผชิญกับ ความเครียดจากปัจจัยแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดไปพร้อมๆ กัน โดยเน้นการพิจารณา องค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ประการของ resilience to drug use ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่ เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด

ซึ่งแนวคำถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จะแบ่งเป็นคำถามหลักและคำถามรอง โดย คำถามเหล่านี้จะเป็นเพียงแนวทางในการสัมภาษณ์เท่านั้น ในการสัมภาษณ์จริงจะเป็นไปตามบริบทและ กระบวนการสนทนาในแต่ละขั้น ได้แก่ ขั้นเริ่มต้นสนทนา ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ และขั้นยุติการ สนทนา โดยมีรายละเอียดแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ในแต่ละขั้น ดังนี้

1.2.1 ขั้นเริ่มต้นการสนทนา เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงข้อมูลและ วัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดการพิทักษ์และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ลงนาม แสดงความยินยอมไว้เป็นหลักฐาน โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

1) ขณะนี้ท่านเป็นอย่างไรบ้าง (เรื่องความสบายกาย/ ความสบายใจ)

2) ขอให้ท่านนึกถึงประสบการณ์ของท่านเกี่ยวกับการเสพยาบ้า ความยากลำบากในการเลิก การพยายามที่จะหยุดเสพ หรือประสบการณ์การที่ต้องต่อสู้กับความอยากเสพยา ซึ่งจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านในเรื่องนี้ประมาณ 4-5 ข้อ ขอให้ท่านตอบคำถามตามความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

1.2.2 ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามหลักและรอง เพื่อเจาะลึกและค้นหาประสบการณ์เกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนี้

คำถามหลัก	คำถามรอง
1. การที่ต้องเข้ามาเป็นผู้รับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร	1.1 ความรู้สึก (ด้านบวก/ด้านลบ) ส่งผลต่อตัวท่านอย่างไร ท่านจัดการกับความรู้สึกนั้นอย่างไร
2. มีอะไรบ้างที่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ท่านรู้สึกต้องการเสพยาบ้า (เหตุการณ์/บุคคล/เวลา/สถานที่) - มีใคร/อะไรทำให้ท่านจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือความรู้สึกอยากเสพนั่นมาได้	2.1 <i>สิ่งที่กระตุ้น</i> -ท่านจัดการกับสิ่งที่กระตุ้นนั้นอย่างไร -เพราะอะไรจึงจัดการเช่นนั้น 2.2 <i>ความรู้สึกอยากเสพยาบ้า</i> -ท่านจัดการกับความรู้สึกอยากเสพยาบ้าอย่างไร -เพราะอะไรจึงจัดการเช่นนั้น
3. มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านตัดสินใจเลือกที่จะกลับมาใช้ยาบ้าซ้ำหรือไม่กลับมาใช้ยาซ้ำ	<i>การใช้ยาบ้าซ้ำ/ไม่กลับมาใช้ยาบ้าซ้ำ</i> 3.1 ท่านตัดสินใจเลือกที่จะกลับมาใช้ยาบ้าซ้ำ/เลือกที่จะไม่กลับมาใช้ยาบ้าซ้ำ เพราะอะไร 3.2 ท่านคิดว่า มีอะไรบ้าง/มีใครบ้าง ที่มีส่วนทำให้ท่านไปกลับไปเสพยาซ้ำอีก/ไม่ไปกลับไปเสพยาซ้ำอีก 3.3 เพราะเหตุใด สิ่งนั้น/คนๆนั้น จึงมีส่วนในการตัดสินใจของท่าน
4. มีสถานการณ์/เหตุการณ์เสี่ยงอะไรบ้างที่อาจทำให้ท่านมีโอกาสกลับไปใช้ยาซ้ำอีก	4.1 หากเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจริงท่านจะอย่างไร / เพราะอะไรจึงทำเช่นนั้น

1.2.3 ขั้นยุติการสนทนา ประกอบด้วยแนวคำถาม ดังนี้

1) ในมุมมองของท่าน คิดว่า อะไรคือสิ่งสำคัญที่ทำให้ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีก

2) ท่านยังมีอะไรที่ยังอยากจะเล่าเพิ่มเติมอีกบ้าง

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลจากการสัมภาษณ์

หลังจากสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้ (Content analysis) โดยทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ออกมาเป็นบทสนทนา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นและองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้า พบว่าสามารถแบ่งประสบการณ์พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นและองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้าได้เป็น 4 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยๆ ในแต่ละประเด็นหลัก ดังนี้

1. เหตุผลในการเลิกเสพยาบ้า

1.1 เพื่อตนเอง

1.1.1 อนาคต

1.1.2 มีเป้าหมายในชีวิต

1.1.3 สุขภาพ

1.2 เพื่อบุคคลอื่น

1.2.1 พ่อ/แม่

1.2.2 คนรัก/แฟน

2. สิ่ง чтоช่วยให้เลิกเสพได้สำเร็จ

2.1 ได้รับกำลังใจและการยอมรับ

2.1.1 จากตนเอง (มองเห็นคุณค่าในตนเอง)

2.1.2 จากครอบครัว/คนใกล้ชิด

2.1.3 จากเพื่อน

2.1.4 จากคนในชุมชนและสังคม

2.2 การมีเป้าหมายในชีวิต

2.2.1 การเรียน

2.2.2 การทำงาน/ประกอบอาชีพ

2.3 ตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาบ้า

2.3.1 สุขภาพร่างกายทรุดโทรม

2.3.2 เกิดอาการทางจิต

2.3.3 มีปัญหาชีวิตต่างๆตามมา

2.4 กลยุทธ์/วิธีการปฏิเสธ

2.4.1 ปฏิเสธไปตรงๆ

2.4.2 โกหก/ มีข้ออ้าง

2.4.3 หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า

- 2.5 การหาอะไรทำเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง
 - 2.5.1 การประกอบอาชีพ
 - 2.5.2 การทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น เล่นดนตรี กีฬา งานอดิเรก
- 2.6 การดูแล/ติดตาม
 - 2.6.1 ครอบครัวติดตาม/ช่วยเหลือ
 - 2.6.2 เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ
- 3. เหตุผลในการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ
 - 3.1 ปัญหาสัมพันธภาพ
 - 3.1.1 ทะเลาะกับคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด
 - 3.1.2 เลิกกับคนรัก /แฟน
 - 3.2 ขาดทักษะชีวิต
 - 3.2.1 การปฏิเสธเพื่อน/คนชวน
 - 3.2.2 การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่กดดัน
- 4. สิ่งกระตุ้นให้เกิดการเสพยาบ้าซ้ำ
 - 4.1 บุคคล
 - 4.1.1 คนขายยา
 - 4.1.2 เพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน
 - 4.1.3 ครอบครัว
 - 4.2 สถานที่
 - 4.2.1 สถานที่ที่เคยเสพยา
 - 4.2.2 สถานบันเทิง
 - 4.3 เวลา
 - 4.3.1 ช่วงเวลาประจำที่เคยเสพ
 - 4.3.2 เวลาพลบค่ำ
 - 4.4 สิ่งของ
 - 4.4.1 เงินสด
 - 4.4.2 เบอร์โทรศัพท์เพื่อน/คนขายยา
 - 4.4.3 อุปกรณ์การเสพยา
 - 4.5 เหตุการณ์
 - 4.5.1 ทะเลาะกับคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด/คนรัก
 - 4.5.2 คนชวนเสพยา
 - 4.5.3 เครียด/ซึมเศร้า
 - 4.5.4 เจอปัญหาในชีวิต/ความกดดันต่างๆ

จากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่าประสบการณ์พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ เหตุผลในการเลิกเสพยาบ้า สิ่งที่ทำให้เลิกเสพยาบ้าสำเร็จ เหตุผลในการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้อีก ซึ่งแต่ละประเด็นหลักมีประเด็นรองและประเด็นย่อยที่สามารถอธิบายรายละเอียดแต่ละประเด็นได้ ดังนี้

1. เหตุผลในการเลิกเสพยาบ้า ในการตัดสินใจที่จะเลิกเสพยาบ้าของวัยรุ่นนั้น มีเหตุผลหลักที่สำคัญอยู่ 2 ประการ คือ การตัดสินใจเลิกเสพยาบ้าเพื่อตนเองและเพื่อบุคคลอื่นที่สำคัญกับชีวิตของตน ดังนี้

1.1 การตัดสินใจเลิกเสพยาบ้าเพื่อตนเอง เป็นการตัดสินใจทำให้ชีวิตของตนเองดีขึ้น โดยการมองเห็นอนาคตข้างหน้า อยากให้ตนเองมีอนาคตที่สดใสรวมถึงการมีเป้าหมายในชีวิตที่แต่ละคนวางแผนไว้ ไม่ว่าจะเป็นการได้เรียนในสาขาวิชาที่ชอบ ได้ประกอบหน้าที่การทำงานที่ใฝ่ฝัน และการได้กลับไปอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข นอกจากนี้ การคำนึงถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ยังเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจที่จะเลิกเสพยาบ้า

1.2 การตัดสินใจเลิกเสพยาบ้าเพื่อบุคคลอื่นที่สำคัญกับชีวิตของตน เป็นการตัดสินใจของวัยรุ่นที่ทำเพื่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักของตน ได้แก่ พ่อ แม่ และแฟน เนื่องจากไม่อยากจะเห็นบุคคลเหล่านี้ต้องร้องไห้เสียใจเพราะตนเองเป็นต้นเหตุอีกต่อไป วัยรุ่นส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้ตนมารับการบำบัดและตัดสินใจที่จะเลิกยาบ้าให้สำเร็จ มาจากพ่อแม่หรือร้องไห้เลิกในตอนแรก ต่อมาคิดได้หลังจากมองเห็นความรักและปรารถนาดีของพ่อแม่อย่างแท้จริง ส่วนคนที่มิแฟนก็ไม่อยากทำให้แฟนผิดหวังเพราะแฟนให้ออกาสในการกลับตัวกลับใจ ไม่อยากให้แฟนทิ้งไป จึงตัดสินใจที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก

2. สิ่งที่ทำให้เลิกเสพยาบ้าสำเร็จ จากการสัมภาษณ์พบว่าสิ่งที่สามารถช่วยให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ ได้แก่ การได้รับกำลังใจและการยอมรับ การมีเป้าหมายในชีวิต การที่วัยรุ่นตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาบ้า การที่มีกลยุทธ์หรือวิธีการปฏิเสธเมื่อมีสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าอีก การไม่มีเวลาว่างพอที่จะคิดถึงยาบ้า และการได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งในแต่ละประเด็นรองมีประเด็นย่อย สรุปได้ ดังนี้

2.1 การได้รับกำลังใจและการยอมรับ การได้รับกำลังใจและการยอมรับเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้ เป็นสิ่งที่จะช่วยเป็นแรงผลักดันทางด้านจิตใจของวัยรุ่นเองไม่ให้หวนกลับมาเสพยาอีก แม้ว่าจะตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงหรือความกดดันรูปแบบใดก็ตาม กำลังใจและการยอมรับนี้ ได้มาจากตนเอง จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จากเพื่อน จากคนในชุมชนและสังคม หากวัยรุ่นได้รับกำลังใจและการยอมรับจากทุกแหล่งที่กล่าวมาก็จะทำให้ไม่กลับมาเสพยาบ้าซ้ำอีกได้

2.1.1 กำลังใจจากตนเอง คือการที่วัยรุ่นเริ่มเกิดความตระหนักถึงพลังอำนาจแห่งตน คิดว่าพลังใจที่เข้มแข็งของตนสามารถต้านทานความอยากเสพยาและการยั่วยู่จากสถานการณ์เสี่ยงรอบด้านได้ มีจิตใจที่เข้มแข็งมากพอและให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ นอกจากนี้ การที่

วัยรุ่นมองเห็นคุณค่าในตนเองและรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้ จะช่วยเสริมให้วัยรุ่นมีกำลังใจจากตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

2.1.2 กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุด การที่ พ่อ แม่ หรือคนในครอบครัวให้กำลังใจการใช้ถ้อยคำเสริมสร้างกำลังใจ ไม่ซ้ำเติม ไม่ตำหนิและไม่ตีตราวัยรุ่น จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย มั่นใจมากขึ้น ถ้าที่จะขอความช่วยเหลือและบอกความลับเมื่อเกิดความรู้สึกอยากยา ก็บอกพ่อแม่หรือคนในครอบครัวได้ ทำให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันมิให้วัยรุ่นกลับมาใช้ยาบ้าซ้ำอีก

2.1.3 กำลังใจจากเพื่อน เพื่อนเป็นบุคคลที่สำคัญมากในชีวิตของวัยรุ่น การที่มีเพื่อนคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เข้าใจเหตุผลในการตัดสินใจที่จะเลิกเสพยาบ้าของตัววัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นเองลดความกังวลว่าในอนาคตหากตนเองเลิกเสพยาก็จะมีเพื่อนคบ เกิดความมั่นใจในการยืนหยัดที่จะเลิกเสพยา อีกทั้งไม่มีเพื่อนที่คอยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยา จึงทำให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้

2.1.4 กำลังใจจากคนในชุมชนและสังคม สังคมแวดล้อมวัยรุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน การที่คนในชุมชนและสังคมให้โอกาส ให้กำลังใจ ไม่ดูต่ำ ไม่ตีตราวัยรุ่นว่าเป็นปัญหาสังคม ยอมรับให้ตัววัยรุ่นได้ทำงานในชุมชนเหมือนสมาชิกในชุมชนอื่นๆ เมื่อมีกิจกรรมในชุมชนก็ให้วัยรุ่นเข้าร่วมด้วย สิ่งเหล่านี้ วัยรุ่นมองว่าเป็นกำลังใจที่ตนเองได้รับจากคนในชุมชนและสังคม ซึ่งสามารถทำให้ตนเลิกเสพยาบ้าได้

2.2 การมีเป้าหมายในชีวิต จากการสัมภาษณ์ พบว่าการมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้ เป้าหมายเหล่านั้น ได้แก่ การได้ศึกษาเล่าเรียนต่อในสาขาที่ตนเองหวัง และการได้ทำงานหรือประกอบอาชีพที่ตนเองคาดว่าจะดูแลครอบครัวได้ในอนาคต เป้าหมายเหล่านี้ล้วนเป็นแรงผลักดันให้วัยรุ่นมีพลังในการเลิกเสพยา ช่วยเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจแก่วัยรุ่นและเป็นสิ่งที่ทำให้วัยรุ่นระลึกไว้เสมอว่าตนเองมีเป้าหมายอะไรในชีวิตเมื่อยามที่ตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา

2.3 การที่วัยรุ่นตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาบ้า จากการสัมภาษณ์พบว่าเมื่อเริ่มเสพยาบ้าไปได้สักระยะ วัยรุ่นมักจะเริ่มได้รับผลกระทบด้านลบจากการเสพยาบ้า ไม่ว่าจะเป็นอาการทางกายที่แสดงออกชัดเจน เช่นการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หน้ำมืด วิงเวียน ใจสั่น และอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หงุดหงิดง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำร้ายคนใกล้ชิดในครอบครัว จนทำให้ต้องถูกดำเนินคดีทางกฎหมายหรือไม่ก็ถูกส่งมารับการบำบัด วัยรุ่นทุกคนที่สัมภาษณ์ต่างมีประสบการณ์ด้านลบที่ตนเองได้รับจากการเสพยาบ้า ทำให้ต่างก็บอกว่า จะไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีก เพราะไม่อย่างมีความสุข ร่างกายทรุดโทรม เกิดอาการทางจิต และมีปัญหาชีวิตต่างๆตามมามากมาย ดังนั้น การตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาบ้า จึงช่วยทำให้วัยรุ่นไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีก

2.4 การที่มีกลยุทธ์หรือวิธีการปฏิเสธเมื่อมีสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำอีก บ่อยครั้งที่เมื่อกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมก่อนเข้ารับการรักษาบำบัด วัยรุ่นมักเจอสถานการณ์

เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำอีก เหตุการณ์เสี่ยงสำคัญที่วัยรุ่นทำให้สัมภาษณ์ทุกคนให้ข้อมูลตรงกัน คือ การที่มีเพื่อนกลุ่มเดิมที่เคยเสพยาด้วยกันมาชวนให้กลับไปเสพติดซ้ำ ซึ่งวิธีการจัดการของแต่ละคนเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงก็จะต่างกันไป กลยุทธ์การปฏิเสธเหล่านี้ สามารถแยกย่อย ได้เป็น 3 รูปแบบ คือ การปฏิเสธไปตรงๆ การโกหกหรือมีข้ออ้าง และการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ดังนี้

2.4.1 การปฏิเสธไปตรงๆ คือการที่วัยรุ่นสามารถบอกเพื่อนที่มาชวนไปเลยว่า ฉันไม่เอาแล้ว ฉันไม่เสพ ฉันเลิกเสพยาบ้าแล้ว จะไม่เสพอีก เป็นการตัดสินใจบอกเพื่อลดความกังวลของตนเอง ไม่ต้องโกหกเพื่อนและไม่มีความกลัวว่าเพื่อนจะไม่คบต่อไป เพราะมั่นใจว่าเพื่อนเข้าใจและถึงแม้เพื่อนกลุ่มนี้ไม่คบ วัยรุ่นก็ไม่เสียใจเพราะยังมีพ่อแม่ ที่รักและหวังดีกับเขาอยู่

2.4.2 การโกหกหรือมีข้ออ้าง คือ การที่วัยรุ่นไม่กล้าปฏิเสธเพื่อนไปตรงๆ เนื่องจากกลัวเสียเพื่อน กลัวเพื่อนไม่คบและกลัวเพื่อนเสียใจ จึงใช้วิธีการโกหก ว่าวันนี้ตนไม่สะดวกมีธุระ หรืออ้างว่าต้องไปทำธุระให้พ่อแม่ก่อน เอาไว้โอกาสหน้า ทำให้ตัววัยรุ่นรอดพ้นจากการเสพยาบ้าซ้ำในครั้งนั้นมาได้

2.4.3 การหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า คือ การที่วัยรุ่นไม่กล้าปฏิเสธเพื่อนไปตรงๆและไม่อยากโกหกเพื่อน เพราะหากเพื่อนรู้เพื่อนจะเสียใจ จึงใช้วิธีการเลี่ยงที่ออกไปพบหน้า ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้านกับพ่อแม่ หลีกเลี่ยงการออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆกลุ่มเดิมที่เสพยาบ้าอยู่

2.5 การหาอะไรทำเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง จากการสัมภาษณ์ พบว่า สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นไม่กลับมาเสพซ้ำอีกคือ การไม่มีเวลาว่างพอที่คิดถึงการเสพยาบ้า ทำให้ไม่มีความอยาก โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการประกอบอาชีพ เช่น ซ่อมรถมอเตอร์ไซด์ ช่วยพ่อแม่ขายของ และงานรับจ้างทั่วไป เป็นต้น นอกจากการประกอบอาชีพแล้ว ก็ยังมีการใช้เวลาว่างไปทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น เล่นดนตรี กีฬา และทำงานอดิเรกที่ถนัด เป็นต้น การใช้เวลาดังกล่าว ทำให้ลืมนึกถึงเรื่องการเสพยาบ้า จึงไม่เกิดความอยากและการพยายามหาเสพ ดังนั้น การหาอะไรทำเพื่อให้ไม่มีเวลาว่าง จึงช่วยให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้

2.6 การได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิด เมื่อกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ก่อนการบำบัด การได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิดทำให้วัยรุ่นสามารถเลิกเสพยาบ้าได้ โดยครอบครัวที่ดูแลจะเป็นผู้ช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจ อยู่ด้วยขณะที่วัยรุ่นต้องการคำปรึกษา และการได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรจากสถานบำบัด โดยการโทรถามอาการ หรือนัดหมายให้มาติดตามผลการรักษาหลังการบำบัด ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้วัยรุ่นมีพลังต้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นได้

3. เหตุผลในการกลับไปเสพติดซ้ำ จากการสัมภาษณ์พบว่าวัยรุ่นที่กลับไปเสพติดซ้ำหลังจากผ่านการบำบัดแล้ว มักจะมีเหตุผล คือ การมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ ทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด บอกว่าบุคคลเหล่านั้นไม่เข้าใจ ไม่ให้ออกาสน และการเล่นกับคนรักหรือแฟน จากปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่เข้าใจ ก่อให้เกิดความเครียด จึงหันกลับไปเสพติดซ้ำ ส่วนอีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญ คือการขาดทักษะชีวิต เช่น การที่ไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนหรือคนที่ชวนมาชวนให้เสพยาได้ กลัวจะเสียเพื่อน อีกทั้งเกิดความอยากเสพยาจากการถูกกระตุ้นจากเพื่อน จึงทำให้หันกลับไปเสพติดซ้ำ และการ

ที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่กดดัน เช่น เพื่อนไม่คบ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด และการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันไม่ได้ ก็เป็นเหตุผลในการกลับไปเสพยาซ้ำของวัยรุ่น

4. สิ่งกระตุ้นให้เกิดการเสพยาซ้ำ คือ สิ่งที่มากระตุ้นความรู้สึกอยากเสพยาซ้ำของวัยรุ่น จากการสัมภาษณ์พบว่า บุคคล สถานที่ เวลา สิ่งของ และเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ล้วนส่งผลกระตุ้นความรู้สึกอยากเสพยาซ้ำของวัยรุ่นทั้งสิ้น ดังนี้

4.1 สิ่งกระตุ้นที่เป็นบุคคล ได้แก่ ผู้ค้ายาบ้าที่ตัววัยรุ่นเองเคยซื้อยาบ้าจากเขา แม้ว่าครั้งนี้จะไม่ได้ซื้อ แต่เพียงแค่เห็นหน้า ก็รู้สึกอยากเสพยาบ้าขึ้นมา ซึ่งคล้ายกับความรู้สึกที่มีต่อเพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน ที่เพียงแค่เห็นหน้าหรือได้ยินเสียงก็ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาทันที นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวเองก็มีส่วนในการกระตุ้นความรู้สึกอยากเสพยาของวัยรุ่น เช่น ถ้าแม่หรือพ่อเข้ามาห้ามเวลาเสพยา พอกลับมาบ้านเห็นหน้าพ่อแม่ก็จะเกิดความรู้สึกอยากเสพยาขึ้นมาทันที

4.2 สิ่งกระตุ้นที่เป็นสถานที่ ได้แก่ สถานที่ที่เคยเสพยา เช่น ใต้ต้นไม้ ห้องมูมที่เคยนั่งเสพยา แม้เพียงแค่เดินผ่านก็ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอยากเสพยาขึ้นมาทันที และอีกสถานที่หนึ่งคือ สถานบันเทิง วัยรุ่นหลายคนให้ข้อมูลว่า การไปสถานบันเทิง ทำให้ตนนึกถึงบรรยากาศของการใช้ยา ซึ่งหลังการบำบัดแล้วแม้จะไม่ได้เข้าไปเที่ยวในสถานบันเทิง แต่เพียงแค่นั่งรถผ่าน ก็ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาได้

4.3 สิ่งกระตุ้นที่เป็นเวลา ได้แก่ ช่วงเวลาประจำที่เคยเสพยา จะทำให้นึกถึงการเสพยา และมีความรู้สึกอยากเสพยาขึ้นมาทันที แม้ขณะนั้นไม่ได้ตั้งใจจะเสพยาหรือนึกถึงก็ตาม โดยช่วงเวลาพลบค่ำ เป็นข้อมูลที่วัยรุ่นกล่าวถึงมากที่สุดว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงและอยากเสพยาขึ้นมาทันที เพราะเป็นเวลาที่ดวงอาทิตย์จะลับขอบฟ้า ทำให้ตนมีความรู้สึกคึกคัก มีแรงเป็นพิเศษมากกว่าตอนกลางวัน จึงทำให้อยากเสพยา

4.4 สิ่งกระตุ้นที่เป็นสิ่งของ ได้แก่ เงินสด เบอร์โทศัพท์ของเพื่อนหรือคนที่เคยขายยาให้และอุปกรณ์การเสพยา สิ่งเหล่านี้ ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอยากเสพยาขึ้นมาโดยอัตโนมัติ เช่น การได้เห็นเงินสด หรือการมีเงินสดในมือ ทำให้วัยรุ่นนึกถึงช่วงเวลาที่เคยจับเงิน และนำเงินนั้นมาซื้อยาเสพยา ดังนั้น เพียงแค่มองเห็นเงินสด ก็ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอยากเสพยาซ้ำได้

4.5 สิ่งกระตุ้นที่เป็นเหตุการณ์ ได้แก่ การเกิดปัญหาทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือกับคนรัก การที่มีคนมาชวนเสพยา การที่มีเรื่องราวทำให้เครียดหรือซึมเศร้า และการเจอปัญหาในชีวิตหรือได้รับความกดดันต่างๆ เมื่อเหตุการณ์เหล่านี้ขึ้น จะกระตุ้นทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกอยากเสพยาซ้ำขึ้นมาทันที แม้ว่าเหตุการณ์นั้นจะยังคงอยู่หรือจัดการได้แล้วก็ตาม วัยรุ่นบางคนกล่าวว่า บางครั้งเพียงแค่นึกถึงเหตุการณ์เหล่านี้ ก็ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพยาขึ้นมาได้

จะเห็นได้ว่า ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นบริบทจริงของวัยรุ่นไทยที่เสพยาซ้ำ มีความสอดคล้องกับแนวคิดพลังด้านการเสพยาเสพติด ของ Dillon et al. (2007) และทำให้ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์พลังด้านการเสพยาซ้ำของวัยรุ่น ตลอดจน เข้าใจปัญหา มองเห็นปัจจัย

เสียง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง และทักษะหรือกลยุทธ์ที่วัยรุ่นนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า

1.4 ขั้นตอนการสร้างข้อคำถามในแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า (ฉบับร่าง)

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย (ฉบับร่าง) ขึ้นมาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีข้อมูล ประเด็นหลักและประเด็นย่อยจากประสบการณ์ตรงของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในบริบทจริงของประเทศไทย ดังที่กล่าวข้างต้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเช่น เครื่องมือประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า จากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพิศตร์ อุทิศ (2556) มาสร้างเป็นข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น องค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยปกป้อง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ กระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดัน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งรายละเอียดของข้อคำถาม ในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ส่วนที่ 1: การประเมินปัจจัยปกป้อง

1. ฉันมีจิตใจที่เข้มแข็งมากพอที่จะทำให้เลิกเสพยาบ้าได้
2. ฉันให้กำลังใจตนเองจนสามารถเลิกเสพยาบ้าได้
3. ฉันได้รับกำลังใจจากเพื่อนและครอบครัว จนสามารถเลิกเสพยาบ้าได้
4. ฉันรักตัวเองและรู้สึกมีคุณค่าเพียงพอที่จะทำให้เลิกเสพยาบ้าได้
5. ฉันมีเป้าหมายในชีวิตและการวางแผนที่ชัดเจน
6. เป้าหมายของฉัน คือการเลิกเสพยาบ้าให้ได้
7. การเลิกเสพยาบ้าของฉัน ทำเพื่อคนที่ฉันรัก เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา ลูก แฟน
8. ฉันได้รับโอกาสและการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด
9. การเสพยาบ้าส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของฉัน
10. การเสพยาบ้า อาจทำให้ฉันถูกตำรวจจับและถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

ส่วนที่ 2 : การประเมินปัจจัยเสี่ยง

11. ฉันรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในชีวิต
12. การเสพยาบ้าไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับฉัน
13. ความรู้สึกอยากเสพยาไม่มีทางหายได้ จนกว่าฉันจะได้เสพยาบ้าอีก
14. ฉันรู้ว่าจะสามารถหายาบ้ามาเสพได้จากที่ไหน
15. เมื่อมีเหล่านี ได้แก่ สถานที่และเวลาที่เคยเสพ อุปกรณ์การเสพ เงินสด หรือ แม้กระทั่ง เบอร์โทรศัพท์คนที่เคยขายยาบ้าให้แก่ฉัน ล้วนทำให้ฉันรู้สึกอยากเสพยาบ้า
16. คนในครอบครัว ไม่ให้ความสนใจและมีท่าทีเฉยเมยกับฉัน

17. ฉันมักจะทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดบ่อยๆ
18. การเสพยาบ้าทำให้ฉันหายจากความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าได้
19. เพราะฉันรู้สึกเหงา ว่าเหว่ ไม่มีอะไรทำ จึงเสพยาบ้า
20. ฉันไม่รู้จะปฏิเสธอย่างไร เมื่อมีคนชักชวนให้เสพยาบ้า

ส่วนที่ 3: กระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดัน

21. เมื่อมีความรู้สึกอยากเสพยาบ้าเกิดขึ้น ฉันจะพยายามอดทนเพื่อไม่กลับไปเสพยาบ้า
22. ฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาบ้าซ้ำได้ แม้ว่าจะตกอยู่ในเหตุการณ์ที่เสี่ยง
23. เมื่อฉันมีความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ฉันจะเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน
24. เมื่อฉันรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ฉันสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้โดยไม่ต้องเสพยาบ้า
25. ฉันจะหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับคนที่ยังเสพยาบ้าอยู่
26. ฉันจะหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปในแหล่งที่ซื้อขายยาบ้าหรือสถานที่เสี่ยงนำไปสู่การเสพยาบ้า
27. หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถปฏิเสธได้ทันที
28. หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถพูดต่อรอง และอ้างเหตุผลจนไม่ต้องเสพยาบ้าได้
29. หากมีคนมาชวนฉันให้เสพยาบ้า ฉันจะไม่ให้ความสนใจ และบอกว่าฉันเลิกเสพยาบ้าได้แล้ว
30. หากฉันไม่สามารถปฏิเสธผู้ที่ชักชวนให้เสพยาบ้าได้ ฉันจะทำที่เป็นยอมรับ แต่ฉันจะไม่เสพยา

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือฉบับแรกที่มีการร่างขึ้นมา ได้มีการแยกส่วนคำถามตามองค์ประกอบของแนวคิดพลังต้านการเสพยาบ้าทั้ง 3 ส่วน คือ ปัจจัยปกป้อง ปัจจัยเสี่ยง และ กระบวนการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดัน แต่หลังจากที่ทีมผู้วิจัยได้มีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อทบทวนเครื่องมือฉบับร่างตั้งข้างต้น พบว่าแต่ละข้อคำถามยังไม่สะท้อนแนวคิดเชิงซ้อนของพลังต้านการเสพยาบ้า อีกทั้งยังขาดสาระบางประการที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย จึงได้มีการปรับแก้ไขข้อความและเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นหลักและประเด็นรองมากขึ้น จนได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 41 ข้อ ดังนี้

1. ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ฉันจึงไม่เสพยาบ้า
2. การรู้ว่าตัวเองมีคุณค่าเพียงพอ ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
3. การให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า

4. ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่เสพยาบ้า
5. ฉันรักตัวเองมากพอ ฉันจึงไม่เสพยาบ้า
6. ฉันรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จฉันจึงไม่เสพยาบ้า
7. การประสบความสำเร็จในสิ่งต่างๆที่ผ่านมา ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
8. ครอบครัวและคนใกล้ชิดช่วยกันลงมือแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากต่างๆให้กับฉันได้
ฉันจึงไม่เสพยาบ้า
9. ครอบครัวและคนใกล้ชิดให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉันได้ ฉันจึงไม่
จำเป็นต้องเสพยาบ้า
10. ครอบครัวและคนใกล้ชิดฉันไม่เสพยาบ้าหรือสารเสพติดอื่นๆจึงทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
11. ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
12. ครอบครัวของฉันมีท่าทีเข้าใจ ผ่อนปรน และ ยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่ไปเสพ
ยาบ้า
13. ครอบครัวให้ความสำคัญกับฉัน ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
14. ครอบครัวมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
15. การได้รับกำลังใจจากคนที่ฉันรัก เช่น พ่อแม่ แฟน ภรรยา สามี ลูก เป็นสิ่งสำคัญที่
ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
16. การได้รับกำลังใจจากเพื่อน ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
17. เพื่อนสนิทของฉันไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้ยาเสพติดอื่นๆทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
18. เจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ให้ความรู้และแนวทางในการดูแล
ตนเองแก่ฉัน ฉันจึงไม่เสพยาบ้า
19. การได้รับโอกาสและการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
20. การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคม ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
21. การทำงานต่างๆได้สำเร็จ ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
22. การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
23. ฉันไม่เสพยาบ้าเนื่องจากตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่จะตามมาภายหลัง
24. การประสบความสำเร็จในการเรียน ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า
25. ฉันทำให้เพื่อนยอมรับฉันได้ โดยไม่ต้องเสพยาบ้า
26. การทำกิจกรรมยามว่าง เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ
เล่นเกมส์ หรือทำงานอดิเรก ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
27. การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การบวช การละหมาด
เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า
28. การเสพยาบ้าทำให้สุขภาพของฉันแยลง ร่างกายทรุดโทรม และอาจเกิดอาการ
ทางจิตได้ ฉันจึงไม่เสพยาบ้า

29. การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับหรือถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่เสพยาบ้า
30. แม้ว่าชุมชนรอบบ้านจะมียาบ้าจำหน่าย รวมถึงรู้แหล่งจำหน่าย แต่ฉันสามารถหักห้ามใจไม่เสพยาบ้าได้
31. ถึงแม้ฉันจะมีปัญหาต่างๆเข้ามาในชีวิต แต่ถ้าฉันมีการวางแผนและแก้ปัญหาได้ดี ฉันจึงไม่เสพยาบ้า
32. ฉันสามารถปรับตัวต่อความกดดันในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี จึงไม่จำเป็นต้องเสพยาบ้า
33. เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธ ไม่เสพยาบ้าได้สำเร็จ
34. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ แม้ว่าจะไม่มีใครคอยช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ
35. แม้ฉันจะถูกกระตุ้นด้วยสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เช่น สถานที่และช่วงเวลาที่เคยเสพยาบ้า การเสพยาบ้า เงินสด หรือแม้กระทั่งเบอร์โทรศัพท์คนที่เคยขายยาบ้าให้ เป็นต้น ฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เสพยาบ้าได้
36. ฉันจะหลีกเลี่ยงการทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือคนอื่น เพื่อที่ฉันจะไม่ไปเสพยาบ้า
37. แม้ว่าจะตกอยู่ในเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า เช่น ไปเที่ยวสถานบันเทิงแล้วมีคนยื่นยาให้ หรือใช้สารเสพติดอื่นแล้วอยากเสพยาบ้า ฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เสพยาบ้าได้
38. เมื่อมีความรู้สึกอยากเสพยาบ้าฉันสามารถเบี่ยงเบนความสนใจหรือหลีกเลี่ยงไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนโดยไม่เสพยาบ้า
39. เมื่อฉันรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ฉันสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้โดยไม่ต้องเสพยาบ้า
40. หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถใช้ทักษะต่างๆ เช่น การปฏิเสธไม่ให้ ความสนใจ เดินหนี พุดจาต่อรองและอ้างเหตุผลต่างๆ หรือบอกว่าฉันเลิกเสพยาบ้าแล้ว เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องเสพยาบ้า
41. ฉันสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น ซึมเศร้า เหงา ว้าวุ่น หงุดหงิด โดยไม่ต้องเสพยาบ้า

จะเห็นว่าข้อคำถามทั้ง 41 ข้อ จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือเป็นข้อคำถามในเชิงบวก นั่นคือเป็นข้อคำถามที่สะท้อนถึงการมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ทุกข้อ

1.5 การออกแบบแบบลักษณะแบบประเมิน หลังจากได้ข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อแล้ว ผู้วิจัยได้ออกแบบลักษณะของแบบประเมิน เนื่องจากเป็นแบบประเมินตามการรับรู้หรือความคิดเห็นของตนเอง จึงออกแบบคำตอบให้เป็นลักษณะมาตรวัดค่าแบบลิเคิร์ต (Rating scale) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย ซึ่งมีความหมายดังนี้

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

1.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินหลังดำเนินการเสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินหลังดำเนินการเสพยาบ้าฉบับร่างซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ ผู้มีผลงานวิจัยหรือให้การบำบัดด้านสารเสพติด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการพยาบาลสารเสพติดและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาใช้สำหรับการปรับปรุงแบบประเมินต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบตารางเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 ดังนี้ คือ

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

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อความ เพื่อให้มีความถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับ คำนียามและแนวคิด โดยให้เพิ่มเติม/ปรับปรุงข้อความในข้อความที่เป็นตัวเลือก และปรับข้อความให้มีความชัดเจนตามแนวคิดโดยเพิ่มข้อความ “ไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” ในทุกข้อความเพื่อสะท้อนความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จตามแนวคิดของพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขข้อความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ดังรายละเอียดด้านล่างนี้

การเพิ่มเติม หรือปรับปรุงข้อความในข้อความที่เป็นตัวเลือก ผู้วิจัยได้ปรับแก้รายชื่อ ดังนี้

ข้อที่ 1 “ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ที่ฉันจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 2 “การรู้ว่าตัวเองมีคุณค่าเพียงพอ ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเอง ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 3 “การให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 4 “ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันมีจิตใจที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 5 “ฉันรักตัวเองมากพอ ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันรักตัวเองมากพอฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 6 “ฉันรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ”

ข้อที่ 8 “ครอบครัวและคนใกล้ชิดช่วยกันลงมือแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากต่างๆให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันร่วมมือร่วมใจกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

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

ข้อที่ 14 “ครอบครัวให้ความสำคัญกับฉัน ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “ครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ข้อที่ 17 “การได้รับกำลังใจจากเพื่อน ทำให้ฉันไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนให้เลิกยาบ้า ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

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

ข้อที่ 23 “การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่เสพยาบ้า” ปรับเป็น “การมีอาชีพที่สุจริตและมีเงินใช้จ่ายที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

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

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

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

ข้อที่ 36 “ฉันจะหลีกเลี่ยงการทะเลาะกับคนในครอบครัวหรือคนอื่น เพื่อที่ฉันจะไม่ไปเสพยาบ้า” ปรับเป็น “ฉันสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวหรือ คนอื่นได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

การปรับข้อความให้มีความชัดเจน

ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อความให้มีความชัดเจนตามแนวคิดโดยเพิ่มข้อความ “ไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” ในทุกข้อความเพื่อแสดงให้เห็นถึงพลังในการต้านการเสพยาบ้าซ้ำ และปรับถ้อยคำให้กระชับ เข้าใจง่าย และรวมข้อที่มีความซ้ำซ้อนกันเพื่อให้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น

การคำนวณหาค่าความตรงของเครื่องมือ

ภายหลังการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ดังแสดงข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของเครื่องมือโดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ใช้สูตรที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton et al. (1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณโดยใช้สูตรข้างต้น พบว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยฉบับนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = .91 แสดงว่า เครื่องมือชุดนี้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของตัวแปร จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) เครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการทดลองใช้และการใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง เท่ากับ .939 และ .965 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

2. ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ “แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” มีการดำเนินการสรุปได้ ดังนี้

2.1 ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว (ตามเอกสารที่ สธ. 0313/3838 ในภาคผนวก ง) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการขั้นตอนต่อไป คือ ส่งหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์อีก 3 แห่ง ได้แก่ ขอนแก่น สงขลาและ เชียงใหม่ และภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ รวมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน จากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในแต่ละภูมิภาค ส่วนสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการและขั้นตอนดำเนินการวิจัย การตอบข้อซักถามต่างๆ และให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน พร้อมกับไปสังเกตการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย

2.2 ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำ “แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นและปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์แล้ว ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวรายละเอียดไว้แล้วในขั้นตอนการกำหนดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยนอก ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรผู้รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล สํารวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นก่อนพบผู้ป่วย จากเอกสารทางราชการที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล วันนัดพบแพทย์ เป็นต้น

2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สํารวจไว้และมีคุณสมบัติครบเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1) ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและประโยชน์ของการทำงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้โดยไม่ผลต่อการพยาบาล การให้บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล ที่แท้จริง และหากในระหว่างตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงบุคลิกภาพที่เป็นมิตรด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส หรือหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างว่าสามารถร้องเรียนไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีได้ตลอดเวลา

2.2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยขอความร่วมมือโดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมให้ลงชื่อในใบยินยอม หากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนและลงชื่อในใบยินยอมให้เรียบร้อย

2.3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออกหรือมีปัญหาทางการมองเห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

2.4) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน เช่น ถึงคิวเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นเรียบร้อยแล้ว

2.5) เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

2.6) หลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยพร้อมตอบข้อซักถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

2.2.2 ผู้ป่วยใน ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่เก็บรวบรวมข้อมูลสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นก่อนพบผู้ป่วย จากเอกสารทางราชการที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล เป็นต้น

2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจไว้และมีคุณสมบัติครบเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาลในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอก ดังข้อ 2.1) ถึง 2.6) ดังข้างต้น

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือฯ (ขั้นตอนที่ 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 25 มีนาคม 2559 เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

2. ขั้นตอนการประเมินคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2559 เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกตามขั้นตอนหลักของการดำเนินการวิจัยได้ ดังนี้

1. ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือฯ (ขั้นตอนที่ 1) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. ขั้นตอนการประเมินคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และบุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน รวมถึงประวัติการใช้และการบำบัดสารเสพติด ได้แก่ การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ และการมีบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด

นำมาวิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ รวมทั้งค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามมาตรวัดของข้อมูล

2.2 วิเคราะห์การรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

2.3 การประเมินคุณภาพแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ดังนี้

2.3.1 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามรายข้อ

2.3.2 วิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis_EFA) โดยวิธีการหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique Factor Rotation) แบบ Promax Rotation ใช้การทดสอบด้วย Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test

2.3.3 วิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือ โดยการหาค่าความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) ความตรงเหมือน (Convergent Validity) ความตรงเชิงความสอดคล้อง (Congruent Validity) และความตรงเชิงจำแนก (Discriminate or Divergent Validity)

2.4 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังต้านการเสพยาบ้า” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ใช้รูปแบบการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบไปด้วยการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ (instrument development) โดยในขั้นตอนแรกนำแนวคิดพลังต้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use) ของ Dillon et al. (2007) มาใช้ในการสร้างแนวคำถามหลักและคำถามรอง เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 26 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบโครงสร้างและการสร้างข้อคำถามรายข้อในแบบประเมิน และ 2) ขั้นตอนการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น (an evaluation of the developed instrument's psychometric properties) โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุระหว่าง 12- 24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดทั้งในระบบสมัครใจ (voluntary system) และระบบบังคับบำบัด (compulsory System) ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาบ้าและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษายาบ้า ทั้งการบำบัดแบบแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลาและเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ซึ่งเข้ารับการบำบัดในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 3 ประวัติการใช้สารเสพติด การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน

ภาวะสุขภาพ และการมีบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด

ตอนที่ 4 การรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า

ตอนที่ 5 องค์ประกอบและคุณภาพของเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ศึกษา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล (n=366)

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ภาคกลาง		
1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี)	100	27.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
2. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น	126	34.4
ภาคใต้		
3. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา	81	22.1
ภาคเหนือ		
4. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่	59	16.1
รวม	366	100

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกตามโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เลือกโรงพยาบาล/สถาบัน ให้ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย โดยมีตัวแทนภาคละ 1 โรงพยาบาล/สถาบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น จำนวนมากที่สุด คือ 126 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี) จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1 และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ด้าน เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดา และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน (n=366)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	320	82.5
หญิง	64	17.5
อายุ (ปี) ต่ำสุด-สูงสุด = 12-24 Mean = 19.74, S.D. = 2.74		
12-17 ปี	78	21.3
18-24 ปี	288	78.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนต้น	158	43.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	98	26.8
ประถมศึกษา	81	22.1
อนุปริญญา/ปวส และปริญญาตรี	15	4.1
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	3.8
สถานภาพสมรส		
โสด	305	83.3
คู่	45	12.3
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	16	4.4
การประกอบอาชีพ		
รับจ้าง	117	32.0
ว่างงาน	104	28.4
นักเรียน/นักศึกษา	89	24.3
เกษตรกรกรรม ค้าขาย และอื่นๆ	56	15.3
รายได้เฉลี่ย (n=286) ต่ำสุด-สูงสุด = 300-40,000 บาท; Mean = 6,908.39; Median = 6,000; Mode=3,000 บาท; S.D. = 5406.62		
แหล่งที่มาของรายได้		
จากผู้ปกครอง	192	52.5
จากการทำงาน	163	44.5
อื่นๆ	11	3.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	213	58.2
แยกกันอยู่	89	24.3
หย่าร้าง	41	11.2
หม้าย	23	6.3
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร		
บิดาและมารดา	176	48.1
มารดา	83	22.7
ญาติ/พี่น้อง	38	10.4
บุคคลอื่นๆ	26	7.1
บิดา	25	6.8
อยู่คนเดียว	16	4.4
เพื่อน	2	0.5

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 ที่เหลือเป็นเพศหญิง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 17.5) มีอายุระหว่าง 18-24 ปี มากที่สุด จำนวน 288 คน (ร้อยละ 78.7) และอายุระหว่าง 12-17 ปี จำนวน 78 คน (ร้อยละ 21.3) โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 19 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 158 คน (ร้อยละ 43.2) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 98 คน (ร้อยละ 26.8) และประถมศึกษา จำนวน 81 คน (ร้อยละ 22.1) ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรสนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 305 คน (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือ สภาพสมรสคู่ และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 12.3 และ 11.2 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 117 คน (ร้อยละ 32.0) รองลงมาคือ ว่างาน และยังเป็นนักเรียน/นักศึกษาอยู่ คิดเป็นร้อยละ 28.4 และ 24.3 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 300 - 40,000 บาท (ค่ามัธยฐาน = 6,000 บาท) ซึ่งแหล่งที่มาของรายได้ที่พบส่วนใหญ่มาจากผู้ปกครอง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 52.5) รองลงมาได้จากการทำงาน (ร้อยละ 44.5) ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน คือ จำนวน 213 คน (ร้อยละ 58.2) รองลงมาเป็นบิดามารดาแยกกันอยู่ และหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 24.3 และ 11.2 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดา จำนวน 176 คน (ร้อยละ 48.1) รองลงมาเป็นอาศัยอยู่กับมารดาเพียงคนเดียว และอาศัยอยู่ญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 22.7 และ 10.4 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่คนเดียวและกับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 4.9

ตอนที่ 3 ประวัติการใช้และการบำบัดสารเสพติด การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้ง
ปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ และการมีบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด

ตารางที่ 6 ประวัติการใช้และการบำบัดสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง (n=366)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เคยใช้สารเสพติดอื่นก่อนเสพยาบ้า		
เคยใช้	256	69.9
ไม่เคย	110	30.1
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก (ปี) ต่ำสุด-สูงสุด = 9-23; Mean = 14.72; S.D. = 2.14		
สารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก (n = 256)		
บุหรี	164	44.8
ใช้สารเสพติดหลายชนิด	43	11.7
กัญชา	20	5.5
สุรา	14	3.8
อื่นๆ	10	2.7
ไอซ์	5	1.4
อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก (ปี) ต่ำสุด-สูงสุด = 10-23; Mean = 16.12; S.D. = 2.28		
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบัน (เดือน) ต่ำสุด-สูงสุด = 1-132; Mean = 41.32; Median = 36.0; Mode= 12.0; S.D. = 27.67		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้ารวมถึงครั้งปัจจุบัน (ครั้ง) ต่ำสุด-สูงสุด = 1-9; Mean = 1.57; S.D. = 1.07		

จากตารางที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 69.9 มีเพียงร้อยละ 30.1 ที่ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่นมาก่อน โดยชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดก่อนการเสพยาบ้า คือ บุหรี จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 รองลงมาเป็นการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน และกัญชา คิดเป็น ร้อยละ 11.7 และ 5.5 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาอายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกพบว่ามียุคต่ำสุด คือ 10 ปี และสูงสุด คือ 23 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.12 ปี (S.D. = 2.28) สำหรับระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าถึงปัจจุบัน พบว่ามีระยะเวลาดำสุด คือ 1 เดือน และสูงสุด คือ 132 เดือน โดยมีค่ามัธยฐาน คือ 36 เดือน และค่าฐานนิยม คือ 12 เดือน (S.D. = 27.67) ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้านับถึงครั้งปัจจุบัน พบว่ามีค่าต่ำสุด คือ 1 ครั้ง และสูงสุดคือ 9 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.57 ครั้ง (S.D. = 1.07)

ตารางที่ 7 การใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน (n=366)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระบบที่เข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบัน		
สมัครใจ	202	55.2
บังคับบำบัด	164	44.8
ประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบัน		
ผู้ป่วยนอก	185	50.5
-ระบบสมัครใจ	143	77.3
-ระบบบังคับบำบัด	42	22.7
ผู้ป่วยใน	181	49.5
-ระบบสมัครใจ	59	32.6
-ระบบบังคับบำบัด	122	67.4
การใช้สารเสพติดอื่นร่วมในปัจจุบันนอกจากยาบ้า		
ใช้	248	67.8
ไม่ใช้	118	32.2
สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมในปัจจุบันนอกจากยาบ้า (n = 240)		
บุหรี่	86	35.8
ใช้สารเสพติดหลายชนิด	81	33.8
ไอซ์	26	10.8
กัญชา	20	8.3
สุรา	15	6.3
อื่นๆ	12	5.0
สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา)		
เลิกเสพได้แล้ว	175	47.8
หยุดเสพได้บางส่วน*	90	24.6
หยุดเสพชั่วคราวเพราะอยู่ระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยใน	52	14.2
ยังเสพอยู่เรื่อยๆ**	49	13.4

*ระยะเวลาที่หยุดเสพยาได้ก่อนกลับมาเสพซ้ำ (วัน) (n=89) ต่ำสุด-สูงสุด = 4-90; Mean = 47.02; Median = 38.00; Mode = 30; S.D. = 25.08

**ความถี่ของการเสพยาบ้า (ครั้ง/เดือน) (n=48) ต่ำสุด-สูงสุด = 1-30; Mean = 8.17; Median = 5.00; Mode = 3.00; S.D. = 7.75 โดยมีจำนวนยาบ้าที่ใช้ต่อเดือน (เม็ด) (n=48) ต่ำสุด-สูงสุด = 1-450; Mean = 28.38; Median = 9.00; Mode = 10.00; S.D. = 89.37

ตารางที่ 7 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง เข้ารับการบำบัดครั้งปัจจุบันในระบบสมัครใจมากที่สุด คือ จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 ที่เหลือเป็นเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดจำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 และเมื่อพิจารณาจำแนกตามประเภทของผู้ป่วย พบว่าเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 และแบบผู้ป่วยใน จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 และเมื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดโดยตามระบบที่เข้ารับการบำบัด พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยนอกจะเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจมากที่สุด (ร้อยละ 77.3) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยใน กลับพบว่าเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 67.4)

เมื่อพิจารณาการใช้สารเสพติดอื่นร่วมนอกเหนือจากยาบ้าในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ คือจำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย โดยในจำนวนนี้มีการใช้บุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมา คือ ใช้สารเสพติดร่วมหลายชนิด ไอซ์ กัญชา สุรา และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 33.8, 10.8, 8.3, 6.3 และ 5 ตามลำดับ

สำหรับสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าสามารถหยุดเสพได้แล้ว คือ จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ หยุดเสพได้บางส่วน และหยุดเสพชั่วคราวเนื่องจากอยู่ระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยใน คิดเป็น ร้อยละ 24.6 และ 14.2 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 ให้ข้อมูลว่ายังมีการเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ

กลุ่มวัยรุ่นที่หยุดเสพได้บางส่วนตั้งข้างต้น ให้ข้อมูลต่อว่า ระยะเวลาที่หยุดเสพยาได้ก่อนกลับมาเสพซ้ำ มีค่าต่ำสุด คือ 4 วัน และที่สามารถหยุดเสพได้นานที่สุด คือ 90 วัน โดยมีจำนวนวันเฉลี่ยที่หยุดเสพยาบ้าได้ คือ 47.02 วัน มีค่ากลาง คือ 38 วัน และฐานนิยม คือ 30 วัน (S.D. = 25.08)

สำหรับวัยรุ่นกลุ่มที่ยังมีการเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ นั้น พบว่ามีความถี่ในการเสพต่ำสุด คือ 1 ครั้ง/เดือน และสูงสุด คือ เสพทุกวัน หรือ 30 ครั้ง/เดือน โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เสพยาบ้า คือ 8.17 ครั้ง/เดือน มีค่ามัธยฐาน คือ 5 ครั้ง/เดือน และฐานนิยม คือ 3 ครั้ง/เดือน (S.D. = 7.75) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปริมาณยาบ้าที่ใช้ พบว่ามีจำนวนต่ำสุด คือ 1 เม็ด/เดือน และสูงสุด คือ 450 เม็ด/เดือน หรือ วันละ 15 เม็ด โดยมีจำนวนเม็ดเฉลี่ยที่เสพ คือ 28.38 เม็ด/เดือน มีค่ามัธยฐาน คือ 9 เม็ด/เดือน และฐานนิยม คือ 10 เม็ด/เดือน (S.D. = 89.37)

ตารางที่ 8 ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ปัญหาด้านร่างกาย/จิตใจจากการเสพยาบ้า การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า (n=366)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน		
แข็งแรงดี	318	86.9
เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นประจำ	38	10.4
มีโรคประจำตัว	10	2.7
เคยมีปัญหาด้านร่างกาย/จิตใจจากการเสพยาบ้า		
ไม่มี	219	59.38
มี	147	40.2
การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด		
ไม่มี	261	71.3
มี	105	28.7
สารเสพติดที่สมาชิกในครอบครัวใช้ (n = 103)		
ใช้หลายอย่างร่วมกันและอื่นๆ	39	37.9
บุหรี	26	25.2
สุรา	25	24.3
ยาบ้า	13	12.6
การมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้า		
มี	300	82.00
ไม่มี	66	18.00

จากตารางที่ 8 เมื่อสอบถามถึงภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีสุขภาพที่แข็งแรงดี จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 86.9 รองลงมา คือ เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นประจำ และ มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 10.4 และ 2.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่เคยมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจจากการเสพยาบ้า จำนวน 219 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.38

สำหรับการมีบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 71.3 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด สำหรับวัยรุ่นจำนวน 105 คน ซึ่งให้ข้อมูลว่ามีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด นั้น พบว่าเป็นการใช้สารเสพติดหลายอย่างร่วมกันสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 37.9 รองลงมาเป็นการใช้บุหรี สุรา และยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 25.2, 24.3 และ 12.6 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า สูงถึงจำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 82.0

ตอนที่ 4 การรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของระดับคะแนน พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย (n=366)

คะแนน	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
41-74	น้อยที่สุด	1	.3
75-107	น้อย	2	.5
108-140	ปานกลาง	35	9.6
141-173	มาก	179	48.9
174-205	มากที่สุด	149	40.7

Min-Max= 60-205; Mean = 167.83; Median = 169; Mode = 205; SD = 23.00

ตารางที่ 9 เป็นข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 48.9) มีคะแนนการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือมีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 9.6 ตามลำดับ มีเพียงจำนวน 3 ราย เท่านั้นที่รับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.8) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่ามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 169 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 5 องค์ประกอบและคุณภาพของเครื่องมือประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอำนาจจำแนก ของข้อคำถามรายข้อในแบบประเมิน พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย (n=366)

ข้อที่	ข้อความ	ชื่อตัวแปร	Mean	S.D.	อำนาจจำแนก
1	ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ว่าฉันจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil1	4.22	.83	0.81
2	ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเองฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil2	4.08	.86	0.81
3	ฉันให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil3	4.10	.80	0.75
4	ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil4	4.15	.83	0.74
5	ฉันรักตัวเองมากพอ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil5	4.17	.79	0.91
6	ฉันรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ	amresil6	4.22	.81	0.89

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ชื่อตัวแปร	Mean	S.D.	อำนาจ จำแนก
7	การประสบความสำเร็จในสิ่งต่างๆที่ผ่านมาทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil7	4.04	.83	0.96
8	เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันร่วมมือร่วมใจกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาก็กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil8	4.16	.86	0.92
9	เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันสามารถเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาก็กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil9	4.15	.89	0.95
10	ครอบครัวและคนใกล้ชิดไม่ชักชวนหรือกระตุ้นเร้าให้ระลึกถึงยาบ้า ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil10	4.18	.90	0.75
11	ครอบครัวและคนใกล้ชิดไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil11	4.13	.95	0.90
12	ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil12	4.13	.90	0.89
13	ครอบครัวของฉันมีความเข้าใจ ผ่อนปรน ให้อภัยและยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil13	4.21	.88	0.84
14	ครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil14	4.16	.86	0.93
15	การที่ครอบครัวมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil15	3.96	.96	1.00
16	การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวและคนที่ฉันรัก เช่น พ่อ แม่ แฟน ภรรยา สามี ลูก เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil16	4.37	.85	0.76
17	การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนให้เลิกยาบ้า ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil17	3.84	.97	0.99
18	เพื่อนสนิทของฉันไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil18	3.76	1.03	1.00
19	เจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองแก่ฉัน ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil19	4.19	.84	0.89
20	การได้รับโอกาสและการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil20	4.06	.92	1.00
21	การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคมทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil21	3.84	.95	0.98

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ชื่อตัว แปร	Mean	S.D.	อำนาจ จำแนก
22	การทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ เช่น การทำงานและการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil22	4.08	.86	0.82
23	การมีอาชีพที่สุจริตและมีเงินใช้จ่ายที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil23	4.24	.86	0.86
24	ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก เนื่องจากตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาภายหลัง	amresil24	4.28	.82	0.72
25	ฉันทำให้เพื่อนยอมรับฉันได้โดยไม่ต้องใช้วิธีการเสพยาบ้า ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil25	4.04	.85	0.95
26	การทำกิจกรรมยามว่าง เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ เล่นเกมหรือทำงานอดิเรก ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil26	4.22	.83	0.80
27	การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การปฏิบัติธรรม การถือศีล การบวช การละหมาด เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil27	3.87	.92	0.96
28	การเสพยาบ้าทำให้สุขภาพของฉันแยลง ร่างกายทรุดโทรม และอาจเกิดอาการทางจิตได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil28	4.24	.84	0.72
29	การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับ หรือถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil29	4.37	.80	0.75
30	แม้ว่าชุมชนรอบบ้านจะมียาบ้าจำหน่าย รวมถึงรู้แหล่งจำหน่ายแต่ฉันสามารถหักห้ามใจไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil30	4.05	.87	0.93
31	เมื่อมีปัญหาเข้ามาในชีวิต ฉันสามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil31	4.09	.74	0.78
32	ฉันสามารถปรับตัวต่อความกดดันในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil32	3.99	.83	0.91
33	เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธเพื่อนได้สำเร็จ	amresil33	3.97	.92	1.00
34	ฉันสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ด้วยตัวเอง แม้จะไม่มีใครคอยช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำ	amresil34	4.01	.81	0.86
35	ฉันพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าต่างๆ เช่น สถานที่และช่วงเวลาที่เคยเสพ อุปกรณ์การเสพ เงินสด เบอร์โทรศัพท์ คนที่เคยขายยาบ้าให้ เป็นต้น เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil35	4.02	.84	0.90
36	ฉันสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวหรือคนอื่นได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil36	4.15	.83	0.80

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ชื่อตัว แปร	Mean	S.D.	อำนาจ จำแนก
37	แม้ว่าจะตกอยู่ในเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า เช่น ไปเที่ยวสถานบันเทิงแล้วมีคนยื่นยาให้ หรือใช้สารเสพติดอื่นแล้วอยากเสพยาบ้า ฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil37	3.91	.92	1.00
38	เมื่อมีความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ฉันสามารถเบี่ยงเบนความสนใจหรือหลีกเลี่ยงไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน โดยไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil38	4.00	.84	0.89
39	เมื่อฉันรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ฉันสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างอื่นได้ โดยไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil39	4.06	.81	0.92
40	หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถใช้ทักษะต่างๆ เช่น การปฏิเสธ ไม่ให้ความสนใจ เดินหนี พุดจาต่อรองและอ้างเหตุผลต่างๆ หรือบอกว่าฉันเลิกเสพยาบ้าแล้ว เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil40	4.10	.87	1.00
41	เมื่อเกิดความรู้สึกซึมเศร้า เหงา ว้าเหว่ หงุดหงิด ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้ โดยไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก	amresil41	3.98	.87	0.93

ตารางที่ 10 แสดงรายละเอียดของเครื่องมือแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ เป็นเครื่องมือแบบอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) แต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน (1=ไม่เลย 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก 5=มากที่สุด) และเมื่อนำเครื่องมือนี้มาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 366 คน แล้วนำมาวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 3.76 – 4.37 คะแนน โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.37 คะแนน) คือ ข้อที่ 29 “การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับหรือ ถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (3.76 คะแนน) คือ ข้อที่ 18 “เพื่อนสนิทของฉันไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

เมื่อประเมินคุณภาพของแบบสอบถามเป็นรายข้อ ด้วยการพิจารณาจากค่าอำนาจจำแนก พบว่าข้อคำถามรายข้อมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.72 – 1.00 ซึ่งถือว่าทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกในระดับดีขึ้นไป (รังสรรค์ มณีเล็ก และคณะ, 2546) โดยเมื่อพิจารณาจัดกลุ่มตามระดับค่าอำนาจจำแนก จะมีข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับดีเลิศ จำนวน 6 ข้อ ดีมาก จำนวน 27 ข้อ และดี จำนวน 8 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ค่าอำนาจจำแนก	ความหมาย	ข้อคำถามที่
1.00	จำแนกดีเลิศ	15, 18, 20, 33, 37, 40
0.80-0.99	จำแนกดีมาก	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 41
0.60-0.79	จำแนกดี	3, 4, 10, 16, 24, 28, 29, 31

ค่าอำนาจจำแนกดังข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้สามารถจำแนกความแตกต่างของพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยได้

ตารางที่ 11 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์องค์ประกอบของข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยการใช้การทดสอบด้วย Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test

Test	Approx. Chi-Square	df	Sig.
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy = .956			
Bartlett's Test of Sphericity	9346.433	820	.000

ตารางที่ 11 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์องค์ประกอบของข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยการใช้การทดสอบด้วย Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า KMO มีค่าเท่ากับ .956 ซึ่งมากกว่า .5 และมีค่ามาก (เข้าสู่หนึ่ง) แสดงว่าเทคนิค Factor Analysis เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่า Bartlett's Test พบว่า มีการแจกแจงโดยประมาณแบบ Chi-Square เท่ากับ 9346.433 โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติ (significance) เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธ H_0 คือ ข้อคำถามต่างๆ ในแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าไม่มีความสัมพันธ์กัน และยอมรับ H_1 คือ ข้อคำถามต่างๆ ในแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าข้อคำถามทั้ง 41 ข้อ ในแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ได้

ตารางที่ 12 ค่าความร่วมกัน (Communalities) ของข้อคำถามในแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย หลังจากที่ได้สกัดปัจจัยแล้ว (Extraction Commuality)

ชื่อตัวแปร	Initial	Extraction
amresil1	1.000	.613
amresil2	1.000	.625
amresil3	1.000	.601
amresil4	1.000	.654
amresil5	1.000	.628
amresil6	1.000	.626
amresil7	1.000	.571
amresil8	1.000	.617
amresil9	1.000	.646
amresil10	1.000	.478
amresil11	1.000	.529
amresil12	1.000	.677
amresil13	1.000	.682
amresil14	1.000	.674
amresil15	1.000	.655
amresil16	1.000	.629
amresil17	1.000	.635
amresil18	1.000	.604
amresil19	1.000	.496
amresil20	1.000	.724
amresil21	1.000	.723
amresil22	1.000	.634
amresil23	1.000	.626
amresil24	1.000	.600
amresil25	1.000	.605
amresil26	1.000	.545
amresil27	1.000	.557
amresil28	1.000	.660
amresil29	1.000	.697
amresil30	1.000	.576
amresil31	1.000	.562
amresil32	1.000	.577
amresil33	1.000	.634
amresil34	1.000	.673

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ชื่อตัวแปร	Initial	Extraction
amresil35	1.000	.590
amresil36	1.000	.595
amresil37	1.000	.601
amresil38	1.000	.603
amresil39	1.000	.628
amresil40	1.000	.605
amresil41	1.000	.632

ตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความร่วมกัน (Communalities) ระหว่างข้อคำถามในแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งจากข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 41 ข้อ จะพบว่าหลังจากที่ได้สกัดปัจจัยแล้ว (Extraction Commuality) ข้อคำถามที่ 20 (amresil20) ที่ว่า “การได้รับโอกาสและการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” มีค่าความร่วมกันสูงสุด คือ .724 ส่วนข้อคำถามที่ 10 (amresil10) ที่ว่า “ครอบครัวและคนใกล้ชิดไม่ชักชวนหรือกระตุ้นเร้าให้ระลึกลึงยาบ้า ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” พบว่ามีค่าความร่วมกันต่ำสุด คือ .478 ส่วนข้อที่เหลือพบว่า มีค่าความร่วมกันมากกว่า .50 ทุกข้อ แสดงให้เห็นว่าทุกข้อคำถาม (41 ข้อคำถาม) สามารถอธิบายค่าความผันแปรของข้อคำถามได้ทั้งหมด หรือ ทุกข้อคำถามจะสามารถจัดอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้ชัดเจน

ตารางที่ 13 ค่าไอเกน (eigen value) และค่าความแปรปรวน สำหรับแต่ละองค์ประกอบ ทั้งก่อนและ
หลังการสกัดองค์ประกอบ

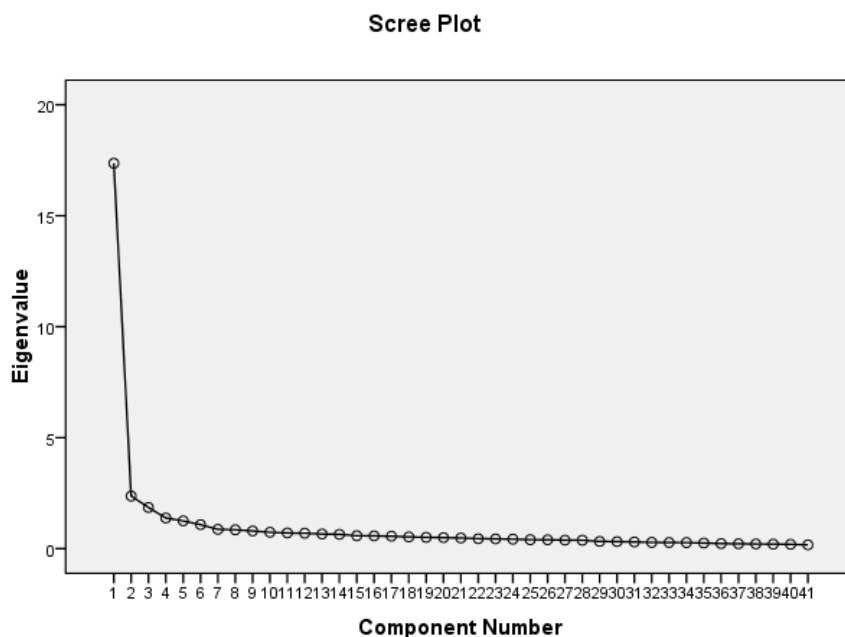
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	17.366	42.356	42.356	17.366	42.356	42.356	6.812	16.615	16.615
2	2.367	5.774	48.130	2.367	5.774	48.130	5.312	12.955	29.570
3	1.849	4.509	52.640	1.849	4.509	52.640	4.509	10.998	40.569
4	1.378	3.362	56.002	1.378	3.362	56.002	3.079	7.510	48.078
5	1.247	3.041	59.043	1.247	3.041	59.043	2.799	6.826	54.904
6	1.079	2.631	61.674	1.079	2.631	61.674	2.776	6.770	61.674
7	.865	2.110	63.784						
8	.846	2.063	65.847						
9	.795	1.938	67.785						
10	.734	1.791	69.577						
11	.706	1.721	71.298						
12	.692	1.687	72.985						
13	.658	1.604	74.589						
14	.640	1.561	76.150						
15	.578	1.410	77.560						
16	.574	1.401	78.961						
17	.556	1.357	80.318						
18	.524	1.278	81.597						
19	.505	1.231	82.828						
20	.496	1.210	84.038						
21	.475	1.158	85.196						
22	.447	1.091	86.287						
23	.435	1.062	87.348						
24	.425	1.036	88.385						
25	.400	.977	89.361						
26	.396	.966	90.327						
27	.379	.924	91.251						
28	.376	.917	92.168						
29	.323	.787	92.955						
30	.314	.766	93.721						
31	.299	.729	94.450						
32	.278	.679	95.128						
33	.274	.669	95.797						
34	.269	.657	96.454						
35	.252	.615	97.069						
36	.223	.544	97.613						
37	.215	.524	98.137						
38	.206	.503	98.640						
39	.199	.486	99.127						
40	.191	.466	99.593						
41	.167	.407	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

ตารางที่ 13 แสดงค่าสถิติสำหรับแต่ละองค์ประกอบ ทั้งก่อนและหลังการสกัดองค์ประกอบ โดยวิธี Principle component จะพบว่าองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen Values) มากกว่า 1 มีจำนวน 6 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1-6 สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้เท่ากับ ร้อยละ 17.366, 2.367, 1.849, 1.378, 1.247 และ 1.079 ตามลำดับ และทั้ง 6 องค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมของข้อคำถามทั้ง 41 ข้อ (Cumulative %) ได้ร้อยละ 61.674

ในการสกัดองค์ประกอบนั้น การวิจัยครั้งนี้พิจารณาเลือกใช้วิธีการหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique Factor Rotation) ด้วยวิธี Promax Rotation เนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยที่ต้องการองค์ประกอบ หรือ constructs ที่มีความหมายเชิงทฤษฎี เนื่องจากในความเป็นจริงแล้ว constructs มักจะ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น การหมุนแกนด้วยวิธีนี้จึงใช้สำหรับองค์ประกอบที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผลจากการหมุนแกนจะได้ Rotated Factor Matrix ได้แก่ Pattern Matrix และ Structural Matrix เมื่อหมุนแกนแล้วพบว่าค่า Eigen Values และค่า % of Variance ขององค์ประกอบที่ 1 มีค่าน้อยกว่าก่อนการหมุนแกน ส่วนองค์ประกอบที่ 2-6 พบว่ามีค่าทั้งสองตัวนี้สูงขึ้นหลังการหมุนแกน และเมื่อนำค่า Eigen Values มาทำการพล็อตกราฟ จะได้ภาพ Scree Plot ซึ่งแสดงค่า Eigen Values ของแต่ละองค์ประกอบ โดยเรียงจากมากไปน้อย ซึ่งกราฟนี้ช่วยยืนยันว่าองค์ประกอบที่มีค่า Eigen Values มากกว่า 1 มีเพียง 6 องค์ประกอบ **ดังรูปที่ 2**

รูปที่ 2 ภาพ Scree Plot จำนวนองค์ประกอบที่ได้จากการสกัดองค์ประกอบของข้อมูลจากแบบ
แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย



ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

ข้อ ที่	ข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ					
		1	2	3	4	5	6
องค์ประกอบที่ 1: ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง (13 ข้อ)							
33	เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธเพื่อนได้สำเร็จ	.791					
41	เมื่อเกิดความรู้สึกซึมเศร้า เหงา ว่าเหว่ หงุดหงิด ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้ โดยไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก	.787					
40	หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถใช้ทักษะต่างๆ เช่น การปฏิเสธ ไม่ให้ความสนใจ เดินหนี พุดจา ต่อรองและอ้างเหตุผลต่างๆ หรือบอกว่าฉันเลิกเสพยาบ้าแล้ว เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก	.769					
32	ฉันสามารถปรับตัวต่อความกดดันในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.755					
39	เมื่อฉันรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ฉันสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างอื่นได้ โดยไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.755					
38	เมื่อมีความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ฉันสามารถเบี่ยงเบนความสนใจหรือหลีกเลี่ยงไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน โดยไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.754					
37	แม้ว่าฉันจะตกอยู่ในเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเสพยาบ้า เช่น ไปเที่ยวสถานบันเทิงแล้วมีคนยื่นยาให้ หรือใช้สารเสพติดอื่นแล้วอยากเสพยาบ้า ฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาบ้าอีก	.753					
34	ฉันสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้ด้วยตัวเอง แม้จะไม่มีใครคอยช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ	.747					
30	แม้ว่าชุมชนรอบบ้านจะมียาบ้าจำหน่าย รวมถึงรู้แหล่งจำหน่ายแต่ฉันสามารถหักห้ามใจไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.723					
31	เมื่อมีปัญหาเข้ามาในชีวิต ฉันสามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.730					
35	ฉันพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าต่างๆ เช่น สถานที่และช่วงเวลาที่เคยเสพ อุปกรณ์การเสพ เงินสด เบอร์โทรศัพท์ คนที่เคยขายยาบ้าให้ เป็นต้น เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก	.688					
27	การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การปฏิบัติธรรม การถือศีล การบวช การละหมาด เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.681					
25	ฉันทำให้เพื่อนยอมรับฉันได้โดยไม่ใช้วิธีการเสพยาบ้า ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก	.650					

ข้อ ที่	ข้อความ	น้ำหนักองค์ประกอบ					
		1	2	3	4	5	6
องค์ประกอบที่ 2: ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว (9 ข้อ)							
12	ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.811				
13	ครอบครัวของฉันมีความเข้าใจ ผ่อนปรน ให้อภัยและยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.811				
14	ครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.793				
8	เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันร่วมมือร่วมใจกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.765				
9	เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันสามารถเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.755				
15	การที่ครอบครัวมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.772				
16	การได้รับความกำลังใจจากคนในครอบครัวและคนที่ฉันรัก เช่น พ่อ แม่ แฟน ภรรยา สามี ลูก เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.686				
11	ครอบครัวและคนใกล้ชิดไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.654				
10	ครอบครัวและคนใกล้ชิดไม่ชักชวนหรือกระตุ้นเร้าให้ระลึกถึงยาบ้า ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก		.629				
องค์ประกอบที่ 3: ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน (7 ข้อ)							
4	ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก			.793			
2	ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเองฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก			.779			
6	ฉันรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ			.772			
5	ฉันรักตัวเองมากพอ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก			.764			
3	ฉันให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก			.762			
1	ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนที่ฉันจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก			.762			
7	การประสบความสำเร็จในสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมา ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก			.667			

องค์ประกอบที่ 4: ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ (5 ข้อ)							
21	การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคม ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.837	
20	การได้รับโอกาสและการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.789	
17	การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนให้เลิกยาบ้า ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.749	
18	เพื่อนสนิทของฉันไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.748	
19	เจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองแก่ฉัน ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.550	
องค์ประกอบที่ 5: ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า (Negative Outcomes expectancies) (3 ข้อ)							
29	การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับหรือถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.819	
28	การเสพยาบ้าทำให้สุขภาพของฉันแย่ลง ร่างกายทรุดโทรม และอาจเกิดอาการทางจิตได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.786	
24	ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก เนื่องจากตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาภายหลัง					.694	
องค์ประกอบที่ 6: ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ (Perceived success) (4 ข้อ)							
22	การทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ เช่น การทำงานและการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.774	
23	การมีอาชีพที่สุจริตและมีเงินใช้จ่ายที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.770	
36	ฉันสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวหรือคนอื่นได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.689	
26	การทำกิจกรรมยามว่าง เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ เล่นเกมหรือทำงานอดิเรก ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					.555	

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยวิธีการหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique Factor Rotation) ด้วยวิธี Promax Rotation ซึ่งจากตาราง Structural Matrix พบว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ และในแต่ละองค์ประกอบจะรายงานค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เรียงตามลำดับค่าผลรวมความแปรปรวนจากมากไปน้อย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดชื่อของแต่ละองค์ประกอบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .650 - .791 โดยข้อที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ข้อที่ 33 “เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธเพื่อนได้สำเร็จ”

องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” ประกอบด้วย 9 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .629 - .811 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดมี 2 ข้อ คือ ข้อที่ 12 “ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” และ ข้อที่ 13 “ครอบครัวของฉันมีความเข้าใจ ผ่อนปรน ให้อภัยและยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 3: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน” ประกอบด้วย 7 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .667 - .793 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ข้อที่ 4 “ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 4: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ” ประกอบด้วย 5 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .550 - .837 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ข้อที่ 21 “การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคม ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 5: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” ประกอบด้วย 3 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .694 - .819 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ข้อที่ 29 “การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับ หรือ ถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 6: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ” ประกอบด้วย 4 ข้อ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .555 - .774 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ข้อที่ 22 “การทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ เช่น การทำงานและการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ตารางที่ 15 ค่าอัลฟาของครอนบาค ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างองค์ประกอบย่อยและคะแนนรวมพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย (n=366)

	Cronbach's alpha	\bar{x} (S.D.)	LS	FS	SE	OS	NE	PS
องค์ประกอบพลังด้านการเสพยาบ้า (range: 1-5)								
-ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ (LS)	.935	4.00 (.64)	-	.626**	.729**	.707**	.647**	.679**
-การสนับสนุนจากครอบครัว (FS)	.904	4.16 (.67)		-	.651**	.645**	.541**	.545**
-ความเข้มแข็งแห่งตน (SE)	.886	4.14 (.63)			-	.593**	.550**	.560**
-แหล่งสนับสนุนอื่นๆ (OS)	.828	3.94 (.73)				-	.549**	.657**
-ผลด้านลบของยาบ้า (NE)	.762	4.30 (.68)					-	.628**
-ผลสำเร็จด้านต่างๆ (PS)	.778	4.19(.69)						-
คะแนนรวมพลังด้านการเสพยาบ้า (range: 1-5)	.966	4.09 (.56)	.919**	.834**	.836**	.823**	.730**	.763**

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าทั้งรายองค์ประกอบและในภาพรวมอยู่ระหว่าง 3.94 – 4.30 คะแนน โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ รายงานด้วยค่าอัลฟาของครอนบาค ในองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง (13 ข้อ) เท่ากับ .935 ด้านความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว (9 ข้อ) เท่ากับ .904 ด้านความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน (7 ข้อ) เท่ากับ .886 ด้านความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ (5 ข้อ) เท่ากับ .828 ด้านความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า (3 ข้อ) เท่ากับ .762 และ ด้านความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ (4 ข้อ) เท่ากับ .778 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในภาพรวมทั้งหมด (41 ข้อ) พบว่ามีค่าอัลฟาของครอนบาค คิดเป็น .966

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างองค์ประกอบย่อยและคะแนนรวมพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย พบว่าองค์ประกอบย่อยทุกองค์ประกอบ (6 องค์ประกอบ) มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระดับสูงกับองค์ประกอบย่อยอื่นๆ ($r = .550 - .729$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระดับสูงถึงสูงมากกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในภาพรวม ($r = .730 - .919$)

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการเผชิญความเครียดทั้งสามแบบ ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรุนแรงของการเสพติด ภาวะซึมเศร้า และความแข็งแกร่งในชีวิต กับพลังด้านการเสพติดซ้ำของวัยรุ่นไทย (n=366)

	Slfcop	Spcop	Avcop	FHI	SFE	FSS	9Q	Aindex	Lresil
องค์ประกอบพลังด้านการเสพติดซ้ำ									
-ทักษะชีวิตและกลยุทธ์	.564**	.430**	.032	.213**	.255**	.270**	-.206**	-.136**	.410**
-การสนับสนุนจากครอบครัว	.452**	.324**	-.03	.324**	.200**	.217**	-.154**	-.072	.397**
-ความเข้มแข็งแห่งตน	.429**	.325**	-.056	.236**	.258**	.221**	-.226**	-.151**	.399**
-แหล่งสนับสนุนอื่นๆ	.470**	.394**	.109*	.141**	.115*	.306**	-.144**	-.046	.305**
-ผลด้านลบของยาบ้า	.470**	.394**	.016	.224**	.192*	.204**	-.144**	-.015	.356**
-ผลสำเร็จด้านต่างๆ	.530**	.294**	-.006	.263**	.186**	.199**	-.099	-.006	.331**
คะแนนรวมพลังด้านการเสพติดซ้ำ	.587**	.432**	.008	.285**	.255**	.288**	-.205**	-.106*	.453**

Slfcop = การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง; Spcop = การเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ; Avcop = การเผชิญความเครียดโดยหลีกเลี่ยงปัญหา; SFE = การเห็นคุณค่าในตนเอง; FHI = ความเข้มแข็งของครอบครัว; FSS = การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน; 9Q = ภาวะซึมเศร้า; Aindex = ความรุนแรงของการเสพติดซ้ำ; Lresil = ความแข็งแกร่งในชีวิต

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

จากตารางที่ 16 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคะแนนรวมพลังด้านการเสพติดซ้ำของวัยรุ่นไทย กับปัจจัยด้านต่างๆ พบว่าพลังด้านการเสพติดซ้ำของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .587$) การเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($r = .432$) และความแข็งแกร่งในชีวิต ($r = .453$) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความเข้มแข็งของครอบครัว และการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีค่า ($r = .288, .285$ และ $.255$ ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่าพลังด้านการเสพติดซ้ำของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงของการเสพติดซ้ำ ($r = -.205$ และ $-.106$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตาม เพศ ระบบที่เข้ารับการบำบัดประเภทผู้ป่วยที่เข้าบำบัดในครั้งปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้า (n=366)

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ	n	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
เพศ						
ชาย	302	168.05	22.62	.40	364	.689
หญิง	64	166.78	24.88			
ระบบที่เข้ารับการบำบัด						
สมัครใจ	202	170.69	22.01	2.67	364	.008
บังคับบำบัด	164	164.30	23.76			
ประเภทผู้ป่วยที่เข้าบำบัดในครั้งปัจจุบัน						
ผู้ป่วยนอก	185	170.89	22.34	2.60	364	.010
ผู้ป่วยใน	181	164.70	23.30			
มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด						
ไม่มี	261	168.69	23.11	1.14	364	.257
มี	105	165.68	22.70			
มีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้า						
ไม่มี	66	173.30	23.18	2.15	364	.032
มี	300	166.62	22.82			

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (n=366)

สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน	n	คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ			
		\bar{x}	S.D.	Minimum	Maximum
เลิกเสพได้แล้ว	175	171.86	21.17	105.00	205.00
เคยหยุดเสพได้บ้างช่วง	90	166.87	24.50	60.00	205.00
ยังเสพอยู่เรื่อยๆ	49	159.35	24.08	111.00	205.00
หยุดเสพชั่วคราวเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน	52	163.90	22.85	120.00	201.00
Total	366	167.83	23.00	60.00	205.00

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ระหว่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกัน (n=366)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	7257.43	3	2419.14	4.71	.003
ภายในกลุ่ม	185844.73	362	513.38		
รวม	193102.16	365			

ตารางที่ 20 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีสถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกัน (n=366)

(I) สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน	(J) สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน	Mean Difference (I-J)	S.D.	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
เลิกเสฟได้แล้ว	เคยหยุดเสฟได้บางช่วง	4.99	2.94	.090	-.78	10.78
	ยังเสฟอยู่เรื่อยๆ	12.52*	3.66	.001	5.31	19.72
	หยุดเสฟชั่วคราวเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน	7.96*	3.58	.027	.92	14.99
เคยหยุดเสฟได้บางช่วง	เลิกเสฟได้แล้ว	-4.99	2.94	.090	-10.78	.78
	ยังเสฟอยู่เรื่อยๆ	7.52	4.02	.062	-.39	15.43
	หยุดเสฟชั่วคราวเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน	2.96	3.95	.453	-4.80	10.72
ยังเสฟอยู่เรื่อยๆ	เลิกเสฟได้แล้ว	-12.52*	3.66	.001	-19.72	-5.31
	เคยหยุดเสฟได้บางช่วง	-7.52	4.02	.062	-15.43	.39
	หยุดเสฟชั่วคราวเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน	-4.56	4.51	.313	-13.43	4.31
หยุดเสฟชั่วคราวเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน	เลิกเสฟได้แล้ว	-7.95901*	3.58	.027	-14.99	-.92
	เคยหยุดเสฟได้บางช่วง	-2.96282	3.95	.453	-10.72	4.80
	ยังเสฟอยู่เรื่อยๆ	4.55691	4.51	.313	-4.31	13.43

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า (n=361)

การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	n	คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ			
		\bar{x}	S.D.	Minimum	Maximum
ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	7	159.29	23.98	124.00	184.00
ระยะยังคงเสพยาบ้า	248	169.75	21.51	60.00	205.00
ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	104	164.07	25.57	88.00	205.00
ระยะวิกฤต	2	140.00	49.50	105.00	175.00
Total	361	167.75	23.09	60.00	205.00

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ระหว่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (n=361)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4448.108	3	1482.703	2.822	.039
ภายในกลุ่ม	187545.953	357	525.339		
รวม	191994.061	360			

ตารางที่ 23 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการรับรู้
ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (n=361)

(I) การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	(J) การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	Mean Difference (I-J)	S.D.	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-10.46832	8.78446	.234	-27.7441	6.8075
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	-4.78159	8.94985	.593	-22.3826	12.8195
	ระยะวิกฤต	19.28571	1.83771E1	.295	-16.8553	55.4267
ระยะยังคงเสพยาบ้า	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	10.46832	8.78446	.234	-6.8075	27.7441
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	5.68672*	2.67762	.034	.4208	10.9526
	ระยะวิกฤต	29.75403	1.62723E1	.068	-2.2476	61.7556
ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	4.78159	8.94985	.593	-12.8195	22.3826
	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-5.68672*	2.67762	.034	-10.9526	-.4208
	ระยะวิกฤต	24.06731	1.63622E1	.142	-8.1111	56.2457
ระยะวิกฤต	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	-19.28571	1.83771E1	.295	-55.4267	16.8553
	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-29.75403	1.62723E1	.068	-61.7556	2.2476
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	-24.06731	1.63622E1	.142	-56.2457	8.1111

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ข้อมูลจากตารางที่ 15 – 23 ดังข้างต้น เป็นการประเมินความตรงตามเกณฑ์สัมพันธของเครื่องมือ (Criterion-Related Validity) จำแนกเป็นความตรงประเภทต่างๆ ดังนี้ (Trochim, 2006)

1. ความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) ซึ่งเป็นการประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามทฤษฎี ในสภาพปัจจุบันที่ได้รับการประเมิน โดยมีข้อมูลที่สะท้อนว่าเครื่องมือประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษารุ่นนี้มีความตรงตามสภาพปัจจุบัน ดังนี้

1.1 จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในระบบการบำบัดแบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ($\bar{x} = 170.69$) สูงกว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ($\bar{x} = 164.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.67$; $p < .05$)

1.2 จากตารางที่ 18 และ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีมีสถานะของการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน ($F = 4.71$, $p\text{-value} < .05$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ต่อเพื่อประเมินความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) โดยการทดสอบด้วยวิธี LSD จะ

พบว่าคู่ที่มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 2 คู่ คือ คู่แรก ระหว่างกลุ่มที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้แล้ว ($\bar{x} = 171.86$) และกลุ่มที่ยังเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ ($\bar{x} = 159.35$) ซึ่งมีคะแนนที่ต่างกันเท่ากับ 12.52 (p-value <.05) ส่วนคู่ที่สอง ระหว่างกลุ่มที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้แล้ว ($\bar{x} = 171.86$) และกลุ่มที่หยุดเสพชั่วคราวเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน ($\bar{x} = 163.90$) ซึ่งมีคะแนนที่ต่างกันเท่ากับ 7.96 (p-value <.05) (ดังตารางที่ 20)

1.3 จากตารางที่ 21 และ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน (F = 2.822, p-value <.05) และเมื่อทำการวิเคราะห์ต่อเพื่อประเมินความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) โดยการทดสอบด้วยวิธี LSD จะพบว่าคู่ที่มีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 1 คู่ คือ ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในระยะยังคงเสพยาบ้า ($\bar{x} = 169.75$) และกลุ่มที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า ($\bar{x} = 164.07$) ซึ่งมีคะแนนที่ต่างกันเท่ากับ 5.69 (p-value <.05) (ดังตารางที่ 23)

2. ความตรงเหมือน (Convergent Validity) เป็นระดับของความคล้ายคลึงกันของแบบวัดที่ควรจะคล้ายคลึงกันตามทฤษฎี จึงเป็นวิธีการตรวจสอบความตรงของแบบทดสอบ/เครื่องมือฉบับใหม่กับแบบทดสอบ/เครื่องมือฉบับเดิมที่มีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่แล้ว โดยแบบทดสอบฉบับเดิมอาจวัดตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (related) กับแบบทดสอบฉบับใหม่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความตรงเหมือนกับเครื่องมือซึ่งวัดตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 จากตารางที่ 16 พบว่า องค์ประกอบย่อย (หรือด้านย่อย) ของแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีความตรงเหมือนกับตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ โดยดูจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้

1) พบว่า องค์ประกอบที่ 1: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .564$, $p < .05$)

2) พบว่า องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = .324$, $p < .05$)

3) พบว่าองค์ประกอบที่ 3: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .429$, $p < .05$) และความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = .258$, $p < .05$)

4) พบว่าองค์ประกอบที่ 4: “ความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับการเผชิญ

ความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($r = .394, p < .05$) และกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .306, p < .05$)

5) พบว่าองค์ประกอบที่ 5: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .470, p < .05$)

6) พบว่าองค์ประกอบที่ 6: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .530, p < .05$)

2.2 คะแนนในภาพรวมของแบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .587, p < .05$) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($r = .432, p < .05$) และกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .306, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = .285, p < .05$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = .255, p < .05$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .288, p < .05$) (ดังตารางที่ 16)

3. **ความตรงเชิงความสอดคล้อง (Congruent Validity)** เป็นวิธีการตรวจสอบความตรงของแบบทดสอบ/เครื่องมือฉบับใหม่ที่พัฒนาขึ้น กับแบบทดสอบ/เครื่องมือฉบับเดิมที่มีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่แล้ว (Established Test) โดยแบบทดสอบ/เครื่องมือทั้งสองชุด ต่างก็วัดตัวแปรเดียวกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาความตรงเชิงความสอดคล้องของแบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการนำค่าคะแนนไปหาความสัมพันธ์กับค่าคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความเข้มแข็งในชีวิต เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่วัดตัวแปรเดียวกันคือ resilience ในกลุ่มวัยรุ่นไทย ซึ่งจากการประเมินพบว่าคะแนนในภาพรวมของแบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งในชีวิต ($r = .453, p < .05$) (ดังตารางที่ 16)

4. **ความตรงเชิงจำแนก (Discriminate or Divergent Validity)** เป็นระดับของความแตกต่างกันของแบบวัดที่ควรจะต้องแตกต่างกันตามทฤษฎี (ตัวแปรที่มาจากคนละโครงสร้าง) จึงเป็นวิธีการตรวจสอบความตรงของแบบทดสอบ/เครื่องมือฉบับใหม่ กับแบบทดสอบที่วัดตัวแปรซึ่งมีโครงสร้างไม่สอดคล้องกับโครงสร้างของตัวแปรในแบบทดสอบฉบับใหม่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความตรงเชิงจำแนกโดยนำคะแนนจากแบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ไปหาความสัมพันธ์กับคะแนนจากแบบประเมินการเผชิญความเครียดโดยหลีกเลี่ยงปัญหา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ .008 (ตารางที่ 16)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า และ 2) พัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังด้านการเสพยาบ้า” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำ ประกอบไปด้วยการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาเครื่องมือ (instrument development) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนที่สอง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าที่พัฒนาขึ้น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นไทยทั้งเพศหญิง และเพศชาย ซึ่งมารับบริการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา ยาบ้า และการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ยาบ้า ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาบ้า เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ (voluntary system) หรือระบบบังคับบำบัด (compulsory system) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย หรือได้รับความเห็นชอบและลงนามอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (ในกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มี 2 ขั้นตอน โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 26 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 25 มีนาคม 2559

2) ขั้นตอนประเมินคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้า โดยในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis_EFA) ดังนั้นจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในขั้นตอนนี้จะถูกกำหนด โดยใช้หลัก The subjects-to-variables (STV) ratio หรือ subject to item ratios ซึ่งหากพิจารณาตามหลักการพื้นฐาน “Rule-of-Thumb” จะกำหนดให้สัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อข้อคำถาม (subject to item ratios) ต้องเท่ากับ 10: 1 หรือน้อยกว่า (Osborne & Costello, 2005) ซึ่งแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (การวิจัยในขั้นตอนที่ 1) ประกอบด้วย 41 ข้อคำถาม และผู้วิจัยกำหนดสัดส่วน STV ratio เท่ากับ 9: 1 จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 369 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลจิตเวชสงฆ์สังฆกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 4 ภาค โดยเลือกตัวแทนภาคละ 1 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2559 แต่ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 366 ชุด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นตอนที่ 1) ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยให้ครอบคลุมประสบการณ์การเสพยาบ้าที่มีทั้งผู้ที่มีการเสพยาบ้าซ้ำ และไม่เสพยาบ้าซ้ำตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหลังจากการบำบัดรักษา
- 2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น (ขั้นตอนที่ 2) โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ให้ได้สัดส่วนกระจายทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเลือกเข้ามาใช้บริการในแต่ละสถานพยาบาลบำบัดรักษาเสพติดนั้นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา แหล่งที่พักอาศัย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การใช้สารเสพติดร่วม ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพทางกายจากการเสพยาบ้า ระบบขับ จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า
2. แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบประเมินนี้ขึ้นตามแนวคิดของ Dillon et al. (2007) โดยมีข้อคำถาม จำนวน 41 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .91 และมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .939 ในฉบับทดลอง และ .965 ในฉบับจริง

3. **แบบสอบถามการเผชิญความเครียด** เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Adolescent Coping Scale ของ Frydenberg and Lewis (1993) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) และเสาวนีย์ สำนวน (2545) นำมาพัฒนาต่อเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อความจำนวน 40 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .861 ในฉบับทดลอง และ .907 ในฉบับจริง

4. **แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว** เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดครอบครัวชี้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่ง Uthis (1999) ได้แปลมาจาก The Family Hardiness Index ของ McCubin and Thompson (1986) ด้วยวิธี Back translation และมนัส สุนทรโชติ (2554) นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกและด้านลบ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .658 ในฉบับทดลอง และ .818 ในฉบับจริง

5. **แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน** พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) สร้างขึ้นโดยช่อกิ่ง ชูครุฑ (2541) เพื่อใช้เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนของเพื่อนของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีนและมนัส สุนทรโชติ (2554) นำมาดัดแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ประกอบด้วยข้อความจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .929 ในฉบับทดลอง และ .937 ในฉบับจริง

6. **แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง** เป็นแบบสอบถามที่ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปลมาจากแบบสอบถาม The Rosenberg's Self-Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) และนำมาพัฒนาต่อโดยเสาวนีย์ สำนวน (2545) เพื่อนำมาใช้วัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความทางด้านบวกและด้านลบ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .725 ในฉบับทดลอง และ .727 ในฉบับจริง

7. **แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า** เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันธัญญารักษ์ (2546) เป็นแบบสอบถามปรนัยจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมี 4-5 ตัวเลือกให้เลือกตอบตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ตัวเลือกในแต่ละตัวเลือกมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกันเริ่มตั้งแต่ 0 - 8 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .727 ในฉบับทดลอง และ .694 ในฉบับจริง

8. แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาแบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .611 ในฉบับทดลอง และ .838 ในฉบับจริง

9. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาขึ้นจากแนวคิด Resilience ของ Grotberg โดยพัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2555) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคนที่เป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบประเมินนี้มี 28 ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .882 ในฉบับทดลอง และ .945 ในฉบับจริง

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในอดีต การเข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน และภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.5) มีอายุระหว่าง 18-24 ปี (ร้อยละ 78.7) จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43.2) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 83.3) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.0) มีค่ากลางของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาท มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากผู้ปกครองเป็นหลัก (ร้อยละ 52.5) บิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 58.2) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 48.1)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในอดีต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า (ร้อยละ 69.9) โดยชนิดของสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดก่อนการเสพยาบ้า คือ บุหรี่ (ร้อยละ 44.8) โดยมีอายุต่ำสุดที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 10 ปี และอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.12 ปี สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าถึงปัจจุบัน มีค่ากลาง คือ 36 เดือน หรือ 3 ปี ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้านับถึงครั้งปัจจุบัน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 ครั้ง

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ (ร้อยละ 55.2) และเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 50.5) อีกทั้งพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยนอกจะเป็นวัยรุ่นซึ่งเข้ารับการบำบัดยาบ้าในระบบสมัครใจมากที่สุด (ร้อยละ 77.3) แต่ในทางตรงข้าม ในกลุ่มผู้ป่วยในนั้นพบว่าเป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 67.4)

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน รวมทั้งการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิทใช้สารเสพติด พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แข็งแรงดี (ร้อยละ 86.9) และไม่เคยมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจจากการเสพยาบ้า (ร้อยละ 59.38) สำหรับการมีบุคคลใกล้ชิดใช้สารเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด (ร้อยละ 71.3) และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า สูงถึงร้อยละ 82.0

2. ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 48.9 มีการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือในระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 9.6 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่รับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาคะแนนในภาพรวมพบว่ามีค่ามัธยฐานของการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับมาก

3. จากการวิเคราะห์องค์ประกอบและการประเมินคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย โดยการนำเครื่องมือซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ไปใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 366 คน พบข้อมูลที่สนับสนุนว่าแบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ ดังนี้

3.1 แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ เป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.37 คะแนน) คือ ข้อที่ 29 “การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับ หรือ ถูกดำเนินคดี ฉันทจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (3.76 คะแนน) คือ ข้อที่ 18 “เพื่อนสนิทของฉันไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ ฉันทจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในภาพรวมทั้งชุด มีค่าความเที่ยงรายงานด้วยค่าอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .966 และจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อพบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.72 – 1.00 ซึ่งถือว่าทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกในระดับดีขึ้นไป และเมื่อแบ่งกลุ่มตามระดับ พบว่าข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกระดับดีเลิศมี จำนวน 6 ข้อ ดีมาก จำนวน 27 ข้อ และดี จำนวน 8 ข้อ ดังนั้นจึงถือว่าแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นสามารถจำแนกความแตกต่างของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยได้

3.2 เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) โดยวิธี Principle component และเลือกใช้วิธีการหมุนแกนแบบมุมแหลม (Oblique Factor Rotation) ด้วยวิธี Promax Rotation พบว่าได้ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen Values) มากกว่า 1 จำนวน 6 องค์ประกอบ (โดยมีภาพ Scree Plot จากการพล็อตกราฟค่า Eigen Values ช่วยยืนยันจำนวนองค์ประกอบดังกล่าว) ซึ่งองค์ประกอบที่ 1-6 สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้เท่ากับ ร้อยละ 17.366, 2.367, 1.849, 1.378, 1.247 และ 1.079 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่าทั้ง 6 องค์ประกอบนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมของข้อคำถามทั้ง 41 ข้อ (Cumulative %) ได้ร้อยละ 61.674 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดชื่อของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” มีจำนวน 13 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .650 - .791 โดยข้อที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ข้อที่ 33 “เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธเพื่อนได้สำเร็จ”

องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” มีจำนวน 9 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .629 - .811 โดยข้อที่มีน้ำหนักสูงสุดมี 2 ข้อ คือ ข้อที่ 12 “ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” และ ข้อที่ 13 “ครอบครัวของฉันมีความเข้าใจ ผ่อนปรน ให้อภัยและยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 3: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน” มีจำนวน 7 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .667 - .793 โดยข้อที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ข้อที่ 4 “ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 4: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ” มีจำนวน 5 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .550 - .837 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ข้อที่ 21 “การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคม ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 5: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายโดยคำนึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” มีจำนวน 3 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .694 - .819 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ข้อที่ 29 “การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับหรือถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

องค์ประกอบที่ 6: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายโดยคำนึงผลสำเร็จด้านต่างๆ” มีจำนวน 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .555 - .774 โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ข้อที่ 22 “การทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ เช่น การทำงานและการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

3.3 การประเมินความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ของเครื่องมือ (*Criterion-Related Validity*) จำแนกเป็นความตรงประเภทต่างๆ โดยมีข้อมูลสนับสนุนว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำมีความตรงในแต่ละประเภท ดังนี้ (Trochim, 2006)

3.3.1 ความตรงตามสภาพปัจจุบัน (*Concurrent validity*) โดยมีข้อมูลสนับสนุนว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความตรงตามสภาพปัจจุบัน ดังนี้

1) พบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในระบบการบำบัดแบบสมัครใจ มีคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ สูงกว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 170.69$ และ 164.30 ตามลำดับ; $t = 2.67$; $p < .05$)

2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะของการเสพยาบ้าในปัจจุบันแตกต่างกัน จะมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน ($F = 4.71$, $p\text{-value} < .05$) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ (*Post hoc test*) โดยการทดสอบด้วยวิธี LSD พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้แล้วมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มที่ยังเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ ($\bar{x} = 171.86$ และ 159.35 ; $p\text{-value} < .05$) และพบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้แล้วมีคะแนนพลังต้านการเสพ

ยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่หยุดเสพยาบ้าเพราะบำบัดแบบผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 171.86$ และ 163.90 ตามลำดับ p-value <.05)

3) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน ($F = 2.822$, p-value <.05) และเมื่อทำการวิเคราะห์ต่อเพื่อประเมินความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post hoc test) โดยการทดสอบด้วยวิธี LSD จะพบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่ประเมินความรุนแรงว่าอยู่ในระยะยังคงเสพยาบ้า จะมีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 169.75$ และ 164.07 ตามลำดับ p-value <.05)

3.3.2 ความตรงเหมือน (Convergent Validity) โดยมีข้อมูลที่สนับสนุนว่าแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความตรงเหมือน ดังนี้

1) องค์ประกอบย่อย ของแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความตรงเหมือนกับตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ โดยดูจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้

- พบว่า องค์ประกอบที่ 1: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้นายาโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .564$, $p < .05$)

- พบว่า องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้นายาโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = .324$, $p < .05$)

- พบว่าองค์ประกอบที่ 3: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้นายาโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .429$, $p < .05$) และความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = .258$, $p < .05$)

- พบว่าองค์ประกอบที่ 4: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้นายาโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($r = .394$, $p < .05$) และกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .306$, $p < .05$)

- พบว่าองค์ประกอบที่ 5: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้นายาโดยคำถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .470$, $p < .05$)

- พบว่าองค์ประกอบที่ 6: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้นายาโดยคำถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ” มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .530$, $p < .05$)

2) คะแนนรวมพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดสองแบบ คือ การใช้ความสามารถของตนเอง ($r = .587, p < .05$) และการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($r = .432, p < .05$) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = .285, p < .05$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = .255, p < .05$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = .288, p < .05$)

3.3.3 ความตรงเชิงความสอดคล้อง (Congruent Validity) พบว่าคะแนนรวมของพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลางกับความแข็งแกร่งในชีวิต ($r = .453, p < .05$)

3.3.4 ความตรงเชิงจำแนก (Discriminate or Divergent Validity) พบว่าคะแนนรวมของพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคะแนนจากแบบประเมินการเผชิญความเครียดโดยหลีกเลี่ยงปัญหา ($r = .008$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในอดีต การเข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน และภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน ผู้วิจัยจะขออภิปรายประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1.1 ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 18-24 ปี สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบรายงาน บสต. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.76, 86.62, 93.66 และ 83.76 ตามลำดับ อีกทั้งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2559) ในปีงบประมาณ 2555 – 2559 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชาย คิดเป็นร้อยละ 88.60, 85.76, 82.42, 78.68 และ 83.50 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร (2556) ซึ่งศึกษาผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัดที่ส่วนใหญ่คือ กว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี

สำหรับข้อมูลที่พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีสถานภาพสมรสโสด และมีอาชีพรับจ้าง นั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ในวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้า แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก นอกจากนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังเป็นวัยรุ่นซึ่งยังไม่มีอาชีพและรายได้เป็นของตนเอง จึง

พบว่าส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับบิดามารดาและได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากบิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นหลัก

1.2 จากข้อมูลพบว่าวัยรุ่นมีการเริ่มใช้ยาบ้าตั้งแต่อายุต่ำกว่า 15 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด คือ 10 ปี นั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดของต่างประเทศ เช่น Young et al. (2002) พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มเริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อยๆ โดยจากการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่าวัยรุ่นกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เริ่มใช้สารเสพติด มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากต่ำกว่าร้อยละ 5 ในอดีต เป็นร้อยละ 11 ของจำนวนผู้เสพยาทุกช่วงวัย ซึ่ง อายุที่เริ่มเสพยาเสพติดพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการติดสารเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยอีกหลายเรื่องพบว่าผู้ที่เริ่มใช้สารเสพติดตั้งแต่ตอนอายุน้อยจะมีแนวโน้มติดสารเสพติดได้ง่ายขึ้น (Anthony & Petronis, 1995; Costello, Erkanli, Federman, & Angold, 1999; Hanna & Grant, 1999)

จากการที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า โดยสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด คือ บุหรี่ นั้น อาจเนื่องจากบุหรี่เป็นสารเสพติดอันดับแรกที่เข้าถึงได้ง่ายและถูกกฎหมาย และเมื่อวัยรุ่นสูบบุหรี่จะถูกชักชวนให้เสพยาเสพติดตัวอื่นได้ง่ายขึ้น รวมถึงการถูกชักชวนให้เสพยาบ้าด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Dillon et al. (2007) พบว่า วัยรุ่นอายุ 10-24 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีแนวโน้มเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น และผลการศึกษาของ Degenhard & Hall (2001) ในวัยรุ่นตอนปลายของประเทศออสเตรเลีย ที่พบว่าการใช้บุหรี่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเสพยาเสพติดชนิดแอลกอฮอล์ กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นๆ

1.3 จากผลการวิจัยซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งปัจจุบันในระบบสมัครใจในสัดส่วนที่สูงกว่าระบบบังคับบำบัด นั้น สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพยาเสพติด (บสต. 1-5) โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ซึ่งรายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดรักษาของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 (1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559) พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดทุกชนิดส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ จำนวนสูงถึง 8,489 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.45 และเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดเพียง 1,213 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.49 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.03 ของผู้เสพติดทั้งหมด ซึ่งการที่ผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งระบุว่า “เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม สมควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพยาและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยการยินยอม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งกำหนด

อำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าวเพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุด..” (ราชกิจจานุเบกษา, 2557)

ซึ่งต่อมาพบว่า สถาบันสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2559) ได้นำประกาศดังกล่าวมาทำเป็นแนวทางการนำผู้เสพติดเข้าสู่อการบำบัดฟื้นฟู โดยระบุถึง เจตนารมณ์ของประกาศนี้ไว้ ดังนี้

“ด้วยข้อยืนยันทงการแพทย์ปรากฏว่า ผู้เสพยาเสพติดจะทำให้เป็นโรคสมองติดยา ดังนั้นจึงควรให้โอกาสผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูโดยความยินยอม เพื่อให้ผู้เสพติดกลับฟื้นคืนสภาพจากการเสพติด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน ได้อย่างปกติซึ่งจะเป็นคุณประโยชน์กับผู้เสพติดให้มีโอกาส ทบทวนและกลับตัวเลิกใช้ยาเสพติดโดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในการบำบัดฟื้นฟูและดูแล ต่อเนื่อง ในระยะเวลา 12 เดือน”

สำหรับข้อมูลเรื่องการใช้สารเสพติดอื่นร่วมนอกเหนือจากยาบ้า พบว่าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 67.8 มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย โดยสารเสพติดที่ใช้ร่วมมากที่สุด คือ บุหรี่ (ร้อยละ 35.8) ทั้งนี้เนื่องจาก บุหรี่ คือ สารเสพติดที่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการใช้ตั้งแต่เริ่มต้นก่อนการเสพยาบ้า และเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายซึ่งวัยรุ่นสามารถซื้อหาและเข้าถึงได้ง่ายดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะในการเสพยาบ้าในปัจจุบันของวัยรุ่น ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.2) ยังมีปัญหาการกลับไปเสพยาบ้า ทั้งกลุ่มที่หยุดเสฟได้บางช่วง หยุดเสฟชั่วคราวเพราะอยู่ ระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยใน และกลุ่มที่ยังเสฟอยู่เรื่อยๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอังกร ภัทรการ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้นทางสาย ใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสฟติตสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด ซึ่งเข้ารับการบำบัดในสถาบัน ธรรมนูญรักษ์ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปัจจุบัน) ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำนวน 368 คน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ใชยาบ้าสูงถึง ร้อยละ 92.7 ผล การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เสฟซ้ำสูงถึงร้อยละ 62.77 ทั้งนี้เนื่องจากการเสฟติดยาบ้าก็เป็นโรคสมองติดยา ชนิดหนึ่ง โดยยาบ้าจะออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนควบคุมความพอใจ ด้วยการไปกระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีน ออกจากปมประสาทมากขึ้น และเมื่อใช้ต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้เกิดภาวะของการเสฟติต ด้วยการหมกมุ่นใน พฤติกรรมย้าคิด ย้าทำ เกี่ยวกับการเสฟยาบ้า เนื่องจากเป็นพฤติกรรมซึ่งมีผลตอบแทนให้วัยรุ่นเกิด ความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข จนสูญเสียสมรรถภาพที่จะควบคุมการใชยาบ้าในที่สุด ดังนั้น โอกาสที่ วัยรุ่นที่เสฟยาบ้าซึ่งผ่านการบำบัดรักษาแล้วจะหวนกลับไปใชยาบ้าหรือเกิดการเสฟยาบ้าซ้ำจึงเกิดขึ้นใน อัตราที่สูง

1.5 จากผลการวิจัยซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่เสฟยาบ้าส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 82.0 มีเพื่อนสนิทเสฟ ยาบ้า นั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายเรื่องที่ผ่านมา เช่น นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) ศึกษาใน นักเรียนมัธยมศึกษาที่เสฟยาบ้าซ้ำซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมนูญรักษ์ ปทุมธานี พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทเสฟยาบ้า และผลการศึกษาของอัจฉราพร สิริรัญวงศ์ และประภา ยุทธไตร (2556) ดังข้างต้นที่พบว่าการถูกเพื่อนชักชวนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติตสาร

ของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบบังคับบำบัด รวมทั้งผลการศึกษาของ สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ (2559) ในผู้เสพยาบ้าที่ผ่านการบำบัด ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้ามากที่สุด คือ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 50.68) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องในต่างประเทศซึ่งพบว่าการมีเพื่อนใช้สารเสพติดถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น (Bahr et al., 1995; Hawkins et al. (1992); Jenkins, 1996; Newcomb, 1995; Rowe and Rodger, 1991; Swadi, 1992) ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้และทดลองสิ่งใหม่ๆ และเป็นวัยที่ให้ความสำคัญและต้องการการยอมรับจากเพื่อน จึงเกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มเพื่อนเพิ่มขึ้น (Hope et al., 1999) ทำให้กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ของวัยรุ่นมากที่สุด ดังนั้นหากวัยรุ่นมีกลุ่มเพื่อนที่เสพยาบ้าย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมที่คล้ายตามค่านิยมของกลุ่มเพื่อนได้ง่าย ด้วยการเสพยาบ้าเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

2. จากผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งพบว่าวัยรุ่นเสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากทั้งสี่ภาคของประเทศไทย ส่วนใหญ่ คือ กว่าร้อยละ 80 มีการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยในการศึกษาของของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ในวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดยาบ้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าวัยรุ่นซึ่งเสพยาบ้าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 56.4 มีการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด

ซึ่งผู้วิจัยจะขออภิปรายผลการวิจัยที่พบ ดังนี้ เนื่องจากแนวคิดที่ใช้อธิบาย Resilience จะประกอบด้วยหลายแนวคิด ทั้งที่มองว่าเป็นคุณลักษณะประจำตัวหรือคุณสมบัติที่ถาวรของบุคคลซึ่งช่วยในการลดผลกระทบด้านลบจากความเครียดที่บุคคลเผชิญ และส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Wagnild & Young, 1993; Jacelon, 1997) แต่แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ถูกพัฒนาขึ้นบนฐานความคิดที่มองว่าพลังต้านการเสพยาบ้า (resilience to drug use) เป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) รวมถึงกระบวนการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันจนนำไปสู่การปรับตัวได้สำเร็จ (Allen, 1998; Dillon et al., 2007) โดยการมอง resilience ในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Waller (2001) ซึ่งกล่าวถึง Resilience ในลักษณะของระบบที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม (ecosystemic context) และอธิบายว่า resilience ไม่ใช่คุณสมบัติที่ถาวรของบุคคล แต่เป็นความสามารถที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลในการปรับตัวกับภาวะที่เครียดหรือกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบสังคม อันประกอบด้วยครอบครัว กลุ่ม สถานบริการ ชุมชน และสังคม ด้วยเหตุนี้ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลจึงอาจแปรเปลี่ยนตามเหตุการณ์และบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

จากแนวคิดของ resilience ดังข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายได้ว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจากการศึกษาทั้งสองเรื่องอยู่ในบริบทของการบำบัดที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) เป็นวัยรุ่นเสพยาบ้าที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

พ.ศ. 2545 และถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาบำบัดในระบบบังคับบำบัดแบบผู้ป่วยนอกตามโปรแกรม กาย จิต สังคม บำบัด ในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงอาจทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ต้อง ยอมจำนนในการเข้ารับการรักษาบำบัดตามที่กฎหมายกำหนด จึงขาดแรงจูงใจและรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในการ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้น้อย ส่งผลให้มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านการเสพยาบ้าต่ำ เนื่องจากแนวคิด ของ resilience ถูกพัฒนามาจากคุณลักษณะสำคัญบางประการตามแนวคิดความเข้มแข็งในตน (hardiness) ของ Kobasa (1975) โดยเฉพาะคุณลักษณะในด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุม ชีวิตของตนเอง (a sense of control over one's life)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการรักษาบำบัดในระบบบังคับ บำบัดและสมัครใจ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศไทย ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช ชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โดยจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าเป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับ การบำบัดรักษาครั้งปัจจุบันในระบบสมัครใจในสัดส่วนที่สูงกว่าระบบบังคับบำบัด ทั้งนี้เหตุผลหนึ่งอาจ เนื่องมาจากประกาศของคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งมองว่า “ผู้ เสพคือผู้ป่วย” จึงมุ่งให้โอกาสผู้เสพและผู้ติดยาบ้าได้เข้ารับการรักษาบำบัดในระบบสมัครใจโดยไม่ถือเป็น ความผิดตามกฎหมาย ดังนั้น กลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาบำบัดด้วยความสมัครใจเหล่านี้ ถือเป็นผู้มีแรงจูงใจใน ตนเองที่จะประสบกับผลสำเร็จในการบำบัดยาบ้าตามที่ตั้งใจไว้ หรือเป็นผู้ที่มีความสามารถในการควบคุม ตนเอง (self-regulation) นั่นคือ เป็นผู้ที่มีความสามารถหรือสมรรถภาพในการปฏิบัติการควบคุมตนเอง อย่างมีสติและด้วยความตั้งใจเพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองไปสู่มาตรฐานที่พึงปรารถนา โดยใช้กลวิธีใน การเผชิญกับความเครียดและภาวะกดดันที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ได้อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ (Karoly, 1993) ดังนั้น วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการรับรู้พลังด้านยาบ้าในระดับที่สูง เนื่องจากความสามารถในการควบคุมตนเองดังกล่าวถือเป็น องค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญประการหนึ่งของคุณภาพการเสพยาเสพติด (Brown, 2007) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และ สุกมา แสงเดือนฉาย (2013) ที่ พบว่าผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาบำบัดในระบบสมัครใจส่วนใหญ่มีความต้องการและพยายามที่จะลด ละ หรือเลิกยาเสพติดตั้งแต่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดในสถานบำบัดโดยมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการ ป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำสูง

นอกจากเหตุผลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองซึ่งเชื่อมโยงกับระบบของการ เข้ารับการรักษาบำบัดแบบสมัครใจแล้ว กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่เข้ารับ การบำบัดในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด ซึ่งเป็นหน่วยบริการในระดับตติยภูมิที่เป็นผู้นำทางด้าน การพัฒนาเทคโนโลยีการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดซึ่งมีคุณภาพและได้มาตรฐาน อีกทั้งมีบุคลากร ในทีมสหวิชาชีพซึ่งผ่านการพัฒนาให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลและบำบัดผู้ใช้สาร เสพติดในสัดส่วนที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงได้รับการบำบัดอย่างครบถ้วนทั้ง 4

ขั้นตอนตามแนวทางที่กำหนดไว้ (อังกร ภัทรากร และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558) คือ 1) การเตรียมการก่อนการรักษา 2) การบำบัดด้วยยา (หรือการบำบัดเพื่อถอนพิษยา) 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) การติดตามและดูแลหลังการรักษา ประมาณ 5-7 ครั้ง ภายใน 1 ปี ซึ่งในการบำบัดตามขั้นตอนที่ 3 นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมในลักษณะต่างๆ ควบคู่กันไปตามความเหมาะสมกับความรุนแรงของการเสพติด อาทิ เช่น ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จะได้รับการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) รวมทั้งการช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เป็นต้น ส่วนการบำบัดที่กลุ่มผู้เสพยาจะได้รับ ได้แก่ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI หรือ Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) สำหรับการบำบัดในกลุ่มผู้ติด นั้น ประกอบด้วย การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) การบำบัดครอบครัวบำบัดจิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) สำหรับผู้ป่วยใน เป็นต้น ซึ่งการบำบัดรูปแบบต่างๆ ที่ได้รับเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เกิดทักษะชีวิตและความเชื่อมั่นในการป้องกันการกลับไปเสพยา รวมทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อการจัดการกับการใช้สารเสพติดของตัวเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดในขั้นตอนที่ 4 โดยใช้วิธีการต่างๆ ทั้งการนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา การติดตามผ่านทางโทรศัพท์และช่องทางการสื่อสารรูปแบบอื่นๆ นอกจากจะเป็นการติดตามผลการรักษาแล้วยังเป็นการกระตุ้นและย้ำเตือนให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายของการบำบัดตามที่ตั้งใจไว้ และยังเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการป้องกันการเสพยาได้

นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลทั้งสี่แห่งเป็นทั้งหน่วยให้บริการเฉพาะทางด้านสารเสพติดและหน่วยงานซึ่งเป็นผู้นำด้านวิชาการทางสารเสพติด จึงเป็นแหล่งในการพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลเองและผู้สนใจจากภายนอก จึงทำให้ผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเหล่านี้มีโอกาสได้รับการบำบัดดูแลด้วยแนวคิดหรือรูปแบบการจัดการกระทำใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านความรู้และการพัฒนาทักษะในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการป้องกันการเสพยา เหล่านี้ ย่อมส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่สูงตามมา สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาพลังต้านสารเสพติดของ Dillon et al. (2007) ซึ่งกล่าวว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดมีการรับรู้พลังต้านการใช้สารเสพติด (resilience to drug use) เพิ่มขึ้นนั้น ต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดได้รับรู้ข้อมูลหรือผลกระทบอันเกิดจากการใช้สารเสพติด ควบคู่ไปกับการได้รับการพัฒนาให้เกิดทักษะชีวิตในการจัดการพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตนเองและการป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำ ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองและสามารถสร้างเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้

3. จากข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ จะขออภิปรายผลการศึกษาที่พบเป็นประเด็นๆ ดังต่อไปนี้

3.1 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) พบว่าแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดชื่อของแต่ละองค์ประกอบ และมีการอภิปรายผล ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้อยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” เป็นการนำเอาทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ มาเป็นพลังที่จะช่วยทำให้เกิดความสามารถในการต่อต้านยาบ้า ซึ่งตัวอย่างข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธเพื่อนได้สำเร็จ เมื่อเกิดความรู้สึกซึมเศร้า เหงา ว่าเหวหงุดหงิด ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้ โดยไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก หากมีคนมาชวนให้ฉันเสพยาบ้า ฉันสามารถใช้ทักษะต่างๆ เช่น การปฏิเสธ ไม่ให้ความสนใจ เดินหนี พุดจาต่อรองและอ้างเหตุผลต่างๆ หรือบอกว่าฉันเลิกเสพยาบ้าแล้ว เพื่อที่ฉันจะไม่ต้องกลับไปเสพยาบ้าอีก เมื่อฉันรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ฉันสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างอื่นได้ โดยไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก และเมื่อมีความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ฉันสามารถเบี่ยงเบนความสนใจหรือหลีกเลี่ยงไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน โดยไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก เป็นต้น จะเห็นได้ว่าข้อคำถามเหล่านี้เป็นการนำเอาทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ รวมทั้งทักษะการปฏิเสธด้วย มาเป็นความสามารถในการต่อต้านการใช้อยาบ้า โดยทักษะชีวิต หมายถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนและให้มีพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมที่จะสามารถให้บุคคลจัดการกับความต้องการและสิ่งต่างๆ ที่มากระตุ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 1993) ทักษะชีวิต มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากทักษะชีวิต เป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นในการใช้เผชิญกับปัญหาที่พบและผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการเรียน การทำงาน สุขภาพ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การปรับตัว ความเครียด ครอบครัว แยก ฯลฯ และยังเป็นความสามารถที่มีความจำเป็นสำหรับการเผชิญปัญหาเฉพาะ เช่น ยาเสพติด โรคเอดส์ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ภัยธรรมชาติ ฯลฯ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ในด้านการศึกษาเกี่ยวกับทักษะชีวิตที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในเยาวชนนั้น ณัฐธิดา เดชมิตร (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิเสธยาเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษาภาคีรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ระบุว่าทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปฏิเสธยาเสพติด ซึ่งนักเรียนอาชีวศึกษาที่ระดับชั้นแตกต่างกันจะมีระดับความรู้และทักษะในการปฏิเสธยาเสพติดแตกต่างกัน และได้แนะนำว่าการมีทักษะในการปฏิเสธยาเสพติด สามารถที่จะคิด ไตร่ตรองถึงผลเสียของยาเสพติด และ อุดหนุน อุดหนุนต่อคำชักชวนให้ทดลองยาเสพติด จะทำให้นักเรียนมีภูมิคุ้มกันที่ดีในเรื่องยาเสพติด

นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิตหลายรูปแบบเพื่อเพิ่มความสามารถในการต้านการเสพยาบ้า ดังที่ ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธรรมาและเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการ

ฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้เสพยาบ้าได้รับการส่งเสริมให้มีทักษะชีวิตส่งผลให้มีพลังด้านการเสพยาบ้าที่สูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Botvin & Griffin (2004) ที่สรุปว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ที่จะป้องกันการเสพยาบ้าในผู้เสพยาบ้าได้

ซึ่งทักษะชีวิตและกลยุทธ์เหล่านี้เป็นปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล สามารถพัฒนาได้ โดย Frisher et al. (2005) ได้เสนอว่า แนวทางในการพัฒนาให้เกิดพลังด้านการเสพยาเสพติดนั้น ต้องมีการสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดปัจจัยป้องกันส่วนบุคคล เกิดทักษะทางสังคม ร่วมกับการสนับสนุนให้มีทรัพยากรอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้บุคคลสามารถต่อสู้กับปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้าได้ และการศึกษาของ Wills & Ainette (2008) ก็พบว่า หากบุคคลมีการควบคุมตนเองสูง ก็จะส่งผลให้การเสพยาบ้าลดลงได้ ดังนั้น การที่วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเกิดความสามารถในการต่อต้านยาบ้าได้

นอกจากนี้ ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ยังได้ สอดคล้องกับการศึกษาขององค์ประกอบสำคัญของ Resilience ของ Wolin and Wolin (1993) ที่พบว่า Resilience เป็นลักษณะเฉพาะที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่จะใช้ในการเผชิญกับความทุกข์ยากและปัญหาในชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ การหยั่งรู้ในตนเอง (Insight) การเป็นอิสระ (Independence) สัมพันธภาพ (Relationship) การเป็นผู้ริเริ่ม (Initiative) การมีความคิดสร้างสรรค์และการมีอารมณ์ขัน (Creativity and Humor) และการมีศีลธรรมจรรยา (Morality) จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบต่างๆ ของ Resilience ตามแนวคิดนี้ คือ ลักษณะทักษะและกลยุทธ์เฉพาะบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้ ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ เป็นองค์ประกอบของพลังด้านการเสพยาบ้าในครั้งนี้

องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว”

เป็นการที่นำเอาการสนับสนุนจากครอบครัวมาเป็นแรงผลักดันจนเกิดความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าได้ ซึ่งตัวอย่างข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ ครอบครัวของฉันมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก ครอบครัวของฉันมีความเข้าใจ ผ่อนปรน ให้อภัย และยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก ครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก และ เมื่อฉันมีปัญหา ครอบครัวของฉันร่วมมือร่วมใจกันช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับฉันได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก จะเห็นได้ว่าข้อคำถามเหล่านี้ เป็นการนำเอาการสนับสนุนจากครอบครัวมาช่วย

ส่งเสริมให้เกิดพลังด้านการเสพยาบ้า ซึ่ง อัครสรสา สถาพรวงษา (2551) ได้สรุปนิยามของการสนับสนุนจากครอบครัวว่า เป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิอันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของชีวิต เพราะครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ มีความผูกพันทาง อารมณ์และจิตใจ มีทัศนคติและพฤติกรรมที่ช่วยกระตุ้นส่งเสริมให้มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน เป็นแหล่ง ให้คำปรึกษา รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางเศรษฐกิจ สังคม และการปฏิบัติหน้าที่ และมีลักษณะไม่เป็นทางการ ทำให้บุคคลมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน มีคนคอยรับฟัง ให้คำปรึกษา และคอยช่วยเหลือกันและกัน การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแห่งแรกที่บุคคลได้รับความเต็มใจโดยไม่มีข้อต่อรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cony and Delongis (1986) ที่พบว่า การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าได้รับความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาและเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งการศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ของ วราภรณ์ มั่งคั่ง (2558) พบว่า ปัจจัยความขัดแย้งในครอบครัว มีอิทธิพลและสามารถทำนายการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 13.30 ($p < .05$) ในด้านของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวและความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าใน ธนิตา ทิรัฐเทพ และคณะ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระบบบังคับบำบัด พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ($P=0.014$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณาตกรการณ ชยุตสาหกิจ (2557) ที่ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว ความหมายในชีวิต และสุขภาวะในเยาวชนผู้กระทำผิดที่ใช้สารเสพติด พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมี อิทธิพลต่อสุขภาวะในเยาวชนผู้กระทำผิดที่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่า อิทธิพลรวมต่อสุขภาวะสูงที่สุด

ในขณะที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำการศึกษาระบบการไม่เสพยาบ้าซ้ำ กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ของ ปิยวรรณ ทศนาขลิ (2554) ได้พบข้อมูลที่น่าสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัวว่า หากครอบครัวและผู้ใกล้ชิดปฏิบัติและแสดงความรู้สึกในการสนับสนุนให้หยุดเสพยาบ้าจะสามารถทำให้ผู้รับการบำบัดคงสภาพเป็นผู้ไม่เสพยาบ้าไว้ได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง การปฏิบัตินี้มักจะเป็นการ แสดงออกที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมและสามารถรับรู้ได้ เช่น การกอด การสัมผัส การร่วมทำกิจกรรมในเชิงสร้างสรรค์ การให้รางวัล การพูดชมเชย เป็นต้น แม้การแสดงออกจะเป็นเพียงเล็กน้อยแต่ครอบครัวได้แสดงออกในช่วงที่ผู้เสพยาบ้าเปิดใจรับรู้ถึงความห่วงใยของคนในครอบครัว โดยเฉพาะช่วงของการบำบัดและช่วงแรกหลังการบำบัดเสร็จสิ้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหวนกลับไปเสพยาบ้า ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกได้ถึงการยอมรับ การให้อภัย และความไว้วางใจ จนทำให้ให้สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวดีขึ้นมาก นอกจากนี้ ผลการศึกษาเดียวกันนี้ ยังพบว่า การช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการกลับเสพยาบ้าได้ เช่น การที่พ่อแม่ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น มีการควบคุมรายรับรายจ่าย การเพิ่มเวลาทำกิจกรรมในครอบครัว เพิ่มภาระหน้าที่รับผิดชอบเพื่อ

เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อเกิดอาการอยากเสพยาบ้า (ปิยวรรณ ทศนาชลี, 2554) สิ่งเหล่านี้นับเป็นการสนับสนุนจากครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมาย

ซึ่งองค์ประกอบความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมายโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัวนี้ มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของ Resilience ที่ Grotberg (1995) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับ I HAVE (ฉันมี) ว่าเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับสังคมและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างด้วย เช่น มีคนรอบข้างที่รักและไว้วางใจ มีกฎเกณฑ์ระเบียบในครอบครัวและในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีตัวแบบในการทำสิ่งที่ถูกต้อง มีอิสระทางความคิดและพฤติกรรม มีคนที่ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการเรียนรู้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้ความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมายโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้าในครั้งนี้

องค์ประกอบที่ 3: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมายโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน”

ความเข้มแข็งแห่งตนนี้ เป็นปัจจัยภายในหรือแหล่งประโยชน์ภายในที่บุคคลใช้ในการปรับตัวท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจหรือความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำลาย ทำให้มนุษย์รู้สึกคิดตัดสินใจ อันก่อให้เกิดศักยภาพแห่งความเติบโตและมีความเป็นตัวของตัวเองสูงขึ้น (Kobasa et al., 1982) ความเข้มแข็งแห่งตนนี้ เป็นการใช้ความเข้มแข็งทางใจของตนเอง โดยการรับรู้ศักยภาพและสมรรถนะของตนเองมาเป็นความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมาย โดยตัวอย่างข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ได้แก่ ฉันมีจิตใจเข้มแข็งเพียงพอที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเองฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก ฉันรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ และ ฉันให้กำลังใจตัวเองเมื่อเจออุปสรรคในชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก เป็นต้น ข้อคำถามเหล่านี้ เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งที่มีในตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จนทำให้นามมาเป็นพลังในการต่อต้านการเสพยาบ้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรืองสิทธิ์ เนตรนวลใย และคณะ (2557) ที่ศึกษากระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้อย่างผิดกฎหมายด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย พบว่า เยาวชนไทยที่สมัครใจเลิกยาและเข้าสู่การบำบัดรักษา มีกระบวนการคิดต่างๆที่ได้มาจากการตรวจสอบความเข้มแข็งของจิตใจตัวเอง สามารถเชื่อมโยงสร้างเป็นจิตสำนึกที่คอยกำหนดให้ ตัวเองมีความเข้มแข็งทางจิตใจในการสมัครใจเลิกใช้อย่างผิดกฎหมาย และสามารถพัฒนาไปถึงการเปลี่ยนแปลงตนเองให้สามารถก้าวข้ามการเสพยาบ้าได้ อีกทั้งยังสามารถต่อสู้กับตัวเองจนเกิดภาวะจิตสำนึกใฝ่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นมาจากการจัดการความเข้มแข็งทางจิตใจและบุคลิกภาพของเยาวชน ดังนั้น การใช้ความเข้มแข็งแห่งตนจึงเป็นพลังก่อให้เกิดความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมาย

นอกจากนี้ ความสามารถในการต่อต้านการใช้อย่างผิดกฎหมายโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน ยังได้สอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบสำคัญของ Resilience ของ Corner and Davidson (2003) ซึ่งแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ และมี Hardness เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของ Resilience ด้วยและได้อธิบายว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเข้มแข็ง คิดว่าจะสามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นที่พึงพอใจและสิ่งต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ไม่ถอยใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างง่ายดาย มีการจัดการกับความเครียดอย่างเข้มแข็ง คิด

ว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน เป็นองค์ประกอบของพลังด้านการเสพยาบ้าในครั้งนี้

องค์ประกอบที่ 4: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ”

เป็นการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆที่มีในสังคมมาช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้า ซึ่งแหล่งสนับสนุนอื่นๆที่ผู้วิจัยเลือกมาสร้างข้อคำถาม ได้แก่ การได้รับโอกาสและการยอมรับจากคนในชุมชน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคม การที่เจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองแก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้า การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนให้เลิกยาบ้า รวมถึงการที่เพื่อนสนิทของฉันไม่เสพยาบ้าและไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ อีกด้วย จะเห็นได้ว่า แหล่งสนับสนุนอื่นๆนี้เป็นการได้รับความช่วยเหลือที่หลากหลายรูปแบบจากคนหลากหลายกลุ่มในชุมชน จึงอาจมองได้ว่าเป็นการที่ได้รับความสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม โดยการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือ ทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำ ชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครูเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (House, Kahn, McLeod, and Williams (1985))

การสนับสนุนจากแหล่งอื่นๆนี้ มีความสำคัญกับผู้ป่วยสารเสพติดเป็นอันมาก ดังที่ พิเชฐ จันทรเจนจบ และคณะ(2555) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดของสถานบำบัดรักษายาเสพติด ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 93.4

ในด้านของความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆทางสังคม และความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาเสพติดนั้น ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระบบบังคับบำบัด พบว่าสัมพันธ์ภาพในชุมชนที่มีการยอมรับและช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ($P=0.034$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อนุพงศ์ จันทรจุฬา และคณะ(2555) ได้ศึกษาการกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด หลังเข้ารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคใต้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ดังนั้น การใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆหรือการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีนี้ จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าได้

องค์ประกอบที่ 5: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” คือการที่วัยรุ่นตระหนักถึงผลเสียของการใช้ยาบ้าที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ในอนาคต รู้สึกเกรงกลัวผลกระทบนั้น กลายมาเป็นพลังให้กับตนเองจนสามารถต่อต้านการเสพยาบ้าได้สำเร็จ ซึ่งข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับหรือถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก การเสพยาบ้าทำให้สุขภาพของฉันแย่ลง ร่างกายทรุดโทรม และอาจเกิดอาการทางจิตได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก และฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก เนื่องจากตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาภายหลัง ข้อคำถามเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงการคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Dillon et al. (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น รับรู้ว่าตนเองเกิดความเจ็บป่วยจากการเสพยาเสพติด จึงปฏิเสธที่จะไม่เสพยาเสพติด เพราะเกรงว่ายาเสพติดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต อีกทั้งวัยรุ่นเหล่านี้ให้เหตุผลว่าตนปฏิเสธการเสพยาเนื่องจากไม่อยากเจ็บป่วยและยังไม่อยากเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติด ในขณะที่การศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพของ เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ (2553) ก็พบว่า วัยรุ่นที่สามารถเว้นระยะการเสพยาบ้าได้ ประมาณ 1-2 เดือน รวมถึงเยาวชนที่สามารถลดปริมาณและความถี่ในการเสพยาบ้าได้ จะมีการทบทวนตนเองว่า การเสพยาก่อผลกระทบต่อชีวิตตนเองและครอบครัว ใช้เวลาอยู่กับบ้านและครอบครัวมากขึ้น รับรู้ว่าการเสพยาบ้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและคนใกล้ชิด และรับรู้การออกฤทธิ์ของยาบ้าว่า ยาบ้ามีฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว แต่หากเสพยาปริมาณมากหรือเสพต่อเนื่องกันจะทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 นี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ von Sydow et al. (2002) ที่พบว่าการที่วัยรุ่นคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของการเสพยาบ้า นั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเสพยาบ้าของวัยรุ่น จะเห็นได้ว่า การที่วัยรุ่นมีการคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของการเสพยาบ้า ก็จะทำให้มีความเกรงกลัวผลที่ตามมา จนทำให้ไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำอีก จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ผลลัพธ์ด้านลบของการเสพยาบ้าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้า

องค์ประกอบที่ 6: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ”

คือ การที่วัยรุ่นมีการทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้สำเร็จทำให้รู้สึกสามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจจนทำให้เกิดความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าได้ ซึ่งข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ เช่น การทำงานและการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก การมีอาชีพที่สุจริตและมีเงินใช้จ่ายที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก ฉันสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวหรือคนอื่นได้ ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก และ การทำกิจกรรมยามว่าง เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ เล่นเกมหรือทำงานอดิเรก ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการที่วัยรุ่นสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ และจัดการปัญหาในชีวิตของตนเองได้ มีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะทำให้วัยรุ่นเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wills et al. (2006) ที่ระบุว่า การที่วัยรุ่นมีการจัดการปัญหาได้ดีจากการควบคุมตนเอง

ที่ดีก็จะช่วยลดแนวโน้มของการใช้สารเสพติดได้ นอกจากนี้วัยรุ่นที่มีสมรรถนะด้านการเรียนและความตั้งใจในการจัดการปัญหา ทำให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันในการที่ไม่ไปเกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด รวมถึงการที่วัยรุ่นมีการควบคุมตนเองสูงขึ้น มีการมองโลกในแง่ดีและมีความเชื่ออำนาจในตนมากกว่าความเชื่ออำนาจนอกตนสามารถปกป้องวัยรุ่นจากการใช้สารเสพติดได้ (อรพินทร์ ชูชม และคณะ, 2555) ซึ่งการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การที่วัยรุ่นมีการคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ ทำให้มีพลังในการต่อต้านการเสพยาบ้าได้

นอกจากนี้ ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยการคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ ยังได้สอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบสำคัญของ Resilience ของ Corner and Davidson (2003) ซึ่งแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ และมี Resource fullness เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของ Resilience ด้วยและได้อธิบายว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองทรัพยากรที่มีรอบข้างหรือมีในตนเอง การมองถึงความสำเร็จที่ผ่านมาทำให้มั่นใจ กล้าที่จะท้าทายกับสิ่งใหม่ๆที่จะเกิดขึ้นกับชีวิต สามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เชื่อว่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของเหตุผล สามารถเปิดใจ มีความไว้วางใจและเกิดความรู้สึกปลอดภัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยการคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ เป็นองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้าในครั้งนี้

3.2 จากการประเมินคุณภาพของแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย และพบว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ (Criterion-Related Validity) ประเภทต่างๆ ตามแนวคิดของ Trochim (2006) โดยจะขออภิปรายจำแนกตามความตรงแต่ละประเภท ดังนี้

3.2.1 มีความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Concurrent validity) นั่นคือ แบบ

ประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย สามารถประเมินความแตกต่างในสภาพปัจจุบันที่ได้รับการประเมิน ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่ควรจะมีพลังต้านการเสพยาบ้าแตกต่างกันตามทฤษฎี ดังนี้

1) จากการที่พบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าในระบบการบำบัดแบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดโดยสมัครใจคือบุคคลที่มี “การตัดสินใจ หรือการตกลงใจด้วยตนเอง” (Self-determination) ซึ่งเป็นความรู้สึกลึกซึ้งไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในชีวิต บุคคลจะพยายามจัดการและเอาชนะต่อปัญหานั้น ด้วยความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองโดยไม่สิ้นหวังกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ (Benard, 1991) เช่นเดียวกับในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการตัดสินใจว่าจะเข้าสู่การบำบัดรักษาการเสพยาบ้าด้วยความสมัครใจ และพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่ง Self-determination นี้ ถือเป็นคุณลักษณะเด่นหรือองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่มี resilience (Rutter, 1987; Ryan & Deci, 2000) นอกจากนี้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองหรือเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งในตนเอง (hardiness) ที่จะเอาชนะยาบ้าให้ได้ ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญประการหนึ่งของ resilience เช่นกัน (Kobasa, 1975) อีกทั้งยังสะท้อนการเป็นผู้ที่มีการรับรู้

ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) นั่นคือมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการตัดสินใจว่าควรจะทำอะไร และลงมือปฏิบัติตามการตัดสินใจนั้นได้ (Bandura, 1977) ซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในลักษณะต่างๆ ดังกล่าวนี้อาจเป็นองค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญของการมีพลังด้านการเสพยาเสพติดตามที่ Brown (2007) และ Dillon et al. (2007) ได้กล่าวไว้

ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับการรักษาแบบสมัครใจกับพลังด้านการเสพยาบ้าซึ่งพบในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องชี้ให้เห็นว่าการบำบัดแบบสมัครใจจะส่งผลดีต่อความสำเร็จในการบำบัดรวมถึงการป้องกันการเสพยาซ้ำ เช่น ฉวีวรรณ ปัญญา และ สุกมา แสงเดือนฉาย (2556) พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพยาที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจส่วนใหญ่มีความต้องการ และพยายามที่จะลด ละ หรือเลิกยาเสพติดตั้งแต่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาซ้ำสูง ดังนั้น เมื่อได้รับการบำบัดด้วยการรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจึงส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ เรืองสิทธิ์ นวลใย และคณะ (2557) เกี่ยวกับกระบวนการที่วัยรุ่นเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ ซึ่งพบว่าเกิดจากการรับรู้และการตัดสินใจของตนเอง ด้วยความสงสารพ่อแม่ และการยึดถือพ่อแม่เป็นหลัก รวมถึงกลัวการขาดโอกาสและความก้าวหน้าในชีวิต อีกทั้งต้องการให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว การยอมรับฟังปัญหา การอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาของครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องการกำลังใจและการยอมรับจากบุคคลรอบข้างรวมถึงคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลใกล้ชิดและสังคม และเงื่อนไขดังกล่าวส่งผลให้มีวัยรุ่นคิดและตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาเพื่อหยุดการใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจและสามารถอยู่รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องครบขั้นตอนจนประสบความสำเร็จในการหยุดเสพยาบ้าและไม่หวนกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำอีก อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังกูร ภัทรกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้ป่วยเสพยาในระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัด พบว่าผู้ป่วยเสพยาที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ จะหยุดใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยเสพยาที่เข้ารับ การรักษาในระบบบังคับบำบัด 1.6 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับการรักษาตระหนักถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติดจึงมีความตั้งใจและเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษา จนสามารถผ่านพ้นกระบวนการบำบัดรักษาไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ของการบำบัดที่พึงประสงค์ คือ การหยุดเสพยาได้และไม่กลับไปเสพยาซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจจะเป็นผู้ที่พลังด้านการใช้ยาเสพติดสูง เนื่องจากพลังด้านยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสพยาซ้ำ (Dillon et al., 2007)

2) จากผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้จะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นที่หยุดเสพยาชั่วคราวเพราะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และสูงกว่าวัยรุ่นที่ยังเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายของ Dillon et al. (2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่มีการเสพยาซ้ำส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีพลังด้านการเสพยาเสพติดในระดับต่ำ โดยได้ให้ความหมายไว้ว่า “พลังด้านการเสพยาเสพติด” (resilience to drug use) หมายถึง

ความสามารถของวัยรุ่นในการต่อต้านการเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพติด ทั้งนี้มีนักวิจัยหลายท่านที่สนับสนุนว่าพลังต้านการเสพติดตามมุมมองนี้ไม่ใช่คุณลักษณะประจำตัวของวัยรุ่น แต่เป็นกระบวนการที่วัยรุ่นมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง (Luthar, Cicchetti and Becker, 2000; Masten and Curtis, 2000; Fraser, Kirby and Smokowski, 2004) แล้วแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอันเหมาะสม เช่นตัดสินใจที่จะไม่เสพติด (Werner, 1989) สอดคล้องกับ Jessor and Jessor (1978) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่าพลังต้านการเสพติด เป็นพฤติกรรมที่เยาวชนใช้ในการตัดสินใจที่จะไม่ใช้ยาเสพติดและเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่จะตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติดภายใต้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนั้น พลังต้านการเสพติดจึงเป็นเสมือนกลไกหรือกั้นชนที่มีอิทธิพลให้วัยรุ่นสามารถหลีกเลี่ยงการเสพติดได้ดีขึ้น และลดการกลับไปเสพติดซ้ำ (Braverman, 1999 ; Hawkins, Catalano, and Miller, 1992; Dillon et al., 2007)

3) จากผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าอยู่ในระยะยังคงเสพยา จะมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าสูงกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าอยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยา ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความหมายของการแบ่งระดับความรุนแรงในการใช้สารเสพติด ซึ่งได้จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามดัชนีวัดความรุนแรงของการใช้ยาบ้าของสถาบันจิตเวชศาสตร์ (2546) จะพบว่าผู้ที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการใช้ยาบ้า จะมีความรุนแรงของการใช้ยาบ้ามากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะยังคงเสพยา เนื่องจากระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase) ซึ่งมีผลการประเมินอยู่ระหว่าง 13 – 35 คะแนน หมายถึง ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตของผู้เสพยาโดยผู้เสพยาบ้าจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป ซึ่งผู้เสพยาบ้าจะต้องให้ผู้บำบัดระดับวิชาชีพประเมินการใช้ยาและปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า (Disenchantment phase) ซึ่งมีผลการประเมินอยู่ระหว่าง 36 – 55 คะแนน หมายถึง ระยะที่มีการใช้ยาบ้าในทางที่ผิด ซึ่งจะเป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยาบ้ามาก เนื่องจากผู้เสพยามีความต้องการที่จะหาทางไปหายาบ้ามาเสพให้ได้

จะเห็นได้ว่าผู้ที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้าจะมีลักษณะหลายประการที่เข้าข่ายการเสพติดสารแอมเฟตามีน (Amphetamine dependent) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD10 ซึ่งระบุว่า การเสพติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง การใช้สารแอมเฟตามีนอย่างไม่เหมาะสม จนทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยต้องมีอาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ ในช่วงเวลา 12 เดือน (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) ได้แก่ 1) ภาวะดื้อยา (tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง คือ ต้องเสพยาปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม หรือเสพยาปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ลดลง 2) ภาวะถอน (withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงการถอนยาของสารแอมเฟตามีน หรือ เมื่อเสพยาแอมเฟตามีนหรือได้รับสารที่ใกล้เคียงแล้วทำให้อาการถอนหายไป 3) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในแง่ของการเริ่มไปใช้ การหยุดหรือระดับการใช้ยา 4) ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหา

สารแอมเฟตามีนมาเสฟ 5) ยังคงใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป แม้ว่าจะรู้ว่าถ้าเสฟแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพ และ 6) มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสฟสารแอมเฟตามีน

จากข้างต้นจะเห็นว่าวัยรุ่นที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับยานับเป็นผู้ที่มีภาวะการติดยาบ้าในระดับที่รุนแรงซึ่ง ทำให้มีความยากลำบากและทุกข์ทรมานในการหยุดและควบคุมพฤติกรรมการเสฟของตนเป็นอย่างมาก จึงอาจเป็นเหตุให้วัยรุ่นในกลุ่มนี้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะประสบความสำเร็จในการป้องกันการเสฟซ้ำได้สำเร็จ หรือรู้สึกว่าการตนเองขาดพลังในการป้องกันการเสฟยาบ้าซ้ำ ดังนั้น วัยรุ่นที่เสฟยาบ้าซึ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเสฟยาบ้าของตนเองอยู่ในระยะหมกมุ่นกับยา จึงมีการรับรู้พลังต้านในการเสฟยาบ้าซ้ำต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสฟยาบ้าในระดับที่ต่ำกว่า เช่น กลุ่มที่อยู่ในระยะยังคงเสฟยาบ้า เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรัญญา จิตผ่อง (2552) พบว่าผู้ป่วยที่มีการเสฟสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 61.2 เป็นผู้มี ความรุนแรงของการเสฟอยู่ในระดับที่รุนแรง อีกทั้ง ทิพพาวดี เอมะวรรณนะ (2549) พบว่า ความทนของร่างกายต่อสารเสฟติดและภาวะการณ ถอนพิษยา เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปเสฟซ้ำ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นที่ผ่านการบำบัดแล้วและมีการกลับมาเสฟซ้ำ คือผู้ที่มีพลังต้านการเสฟยาบ้าในระดับต่ำ เนื่องจากพลังต้านการเสฟยาเสฟติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสฟติดซ้ำในวัยรุ่น (Hawkins, Catalano and Miller,1992; Braverman, 1999; Meschke and Patterson, 2003; Dillion et al., 2007)

3.2.2 มีความตรงเหมือน (Convergent Validity) ทั้งนี้จากการตรวจสอบ

พบว่าแบบประเมินพลังต้านการเสฟยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความตรงเหมือน เนื่องจากเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสฟยาบ้ากลุ่มเดียวกัน พบว่าค่าคะแนนซึ่งได้จากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือมาตรฐานซึ่งวัดตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความเข้มแข็งของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินพลังต้านการการเสฟยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเมื่อทำการวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยแล้วพบว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยแต่ละองค์ประกอบย่อยก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแต่ละตัวแปรอภิปรายได้ ดังนี้

1) พบว่าคะแนนจากแบบประเมินพลังต้านการการเสฟยาบ้าซ้ำใน

องค์ประกอบที่ 1: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง” มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจาก การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตน หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสฟยาบ้าใช้ศักยภาพตนเองที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะต่างๆ ด้วยตนเองในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) ในขณะที่องค์ประกอบที่ 1 ของพลังต้านการเสฟยาบ้าซ้ำ ก็จะมี ความหมายไปในทิศทางเดียวกัน คือ การที่วัยรุ่นมีการใช้ความสามารถของ

ตนเองทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ในการจัดการกับสภาวะการที่เครียดหรือกดดันจาก ปัจจัยเสี่ยงที่อันอาจนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำในระหว่างการบำบัดรักษา ดังตัวอย่างข้อคำถามบางข้อ เช่น “เมื่อถูกเพื่อนชวนให้เสพยาบ้าฉันสามารถปฏิเสธเพื่อนได้สำเร็จ” หรือ “แม้ว่าชุมชนรอบบ้านจะมียาบ้า จำหน่าย รวมถึงรู้แหล่งจำหน่าย แต่ฉันสามารถหักห้ามใจไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” เป็นต้น ดังนั้นการเผชิญ กับความเครียดที่มีประสิทธิภาพด้วยการจัดการและแก้ไขปัญหาโดยใช้ศักยภาพของตนเองจึงเป็นสิ่งที่ สะท้อนว่าวัยรุ่นมีพลังที่เข้มแข็งในการต่อต้านการเสพยาบ้าซ้ำ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) กล่าวว่า หากบุคคลมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและ มีอารมณ์ที่มั่นคงขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่ พบว่าการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการเสพ ยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54$)

2) พบว่า องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้า โดยการใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจาก ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงพลังความหนักแน่นและมั่นคงของ ครอบครัวในการควบคุมและจัดการกับความยุ่งยากหรือปัญหาต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างที่วัยรุ่นเข้ารับ การบำบัดรักษาการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (McCubbin, McCubbin, and Thompson, 1986; มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556) ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้สอดคล้องกับข้อคำถามใน องค์ประกอบที่ 2 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นมาจากการที่วัยรุ่นรับรู้ว่ามี ครอบครัวมีความเข้มแข็งและให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ตนสามารถผ่านพ้นภาวะเครียดและกดดันในระหว่างการ บำบัดรักษาการเสพติดยาบ้าไปได้ ดังตัวอย่างข้อคำถามที่ว่า “ครอบครัวของฉันมีความเข้าใจ ผ่อนปรน ให้ อกภัย และยอมรับในตัวฉัน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” ซึ่งความสัมพันธ์ทางบวกของเครื่องมือทั้งสอง ชุดนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของทิพย์วัลย์ สุรินยา (2550) พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวจะทำ หน้าที่เป็นเกราะกำบังให้ความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ที่จะมากระทบครอบครัวเบาบางลง จึงเป็น ภูมิคุ้มกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจ ว่าจะได้รับการปกป้องดูแลคุ้มครองซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกเข้มแข็งทางใจ และการรับรู้พลังต้านยาเสพติด ของวัยรุ่นได้ในที่สุด และสอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ เช่น Egeland et al. (1993) และ Riley and Masten (2005) ซึ่งพบว่าความเข้มแข็งใน ชีวิตของแต่ละบุคคลจะสูงหรือต่ำนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ บริบทของบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะบรรยากาศในครอบครัว ทั้งนี้พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีครอบครัวที่รักใคร่กลม เกลียวเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีแหล่งสนับสนุนที่จะเสริมสร้างให้มีความเข้มแข็งใน ชีวิตสูง ในทางตรงข้าม Frisher et al. (2007) และ Chassin (2000) พบว่าการที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน มีความ ขัดแย้ง และมีการสื่อสารที่ไม่ดีต่อกัน เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งทำให้วัยรุ่นขาดพลังในการต่อต้านการใช้สารเสพ ติดยาและนำไปสู่การใช้สารเสพติดยาของวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับ Rutter (1985) และ Werner and Smith (1992) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่มีครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งใน ชีวิตต่ำ ส่งผลให้ไม่

สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี นำไปสู่ผลลัพธ์ในทางลบอันรวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด และการดื่มสุรา เป็นต้น

3) พบว่าองค์ประกอบที่ 3: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้า โดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน” มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เป็นความรู้สึกและทัศนคติที่บุคคลประเมินและรับรู้ว่าคุณค่าและมีความสามารถ นำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเองการยอมรับนับถือตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเอง (Rosenberg, 1965) ดังนั้น บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งรับรู้คุณค่าในตนเอง จะเป็นผู้ที่ยอมรับกับปัญหาการเสพยาบ้าซึ่งตัวเองเผชิญอยู่และรู้สึกว่าตนเองควรเข้ารับการบำบัดเพื่อการมีชีวิตและอนาคตที่ดีขึ้นในภายภาคหน้า จึงมีความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถผ่านพ้นความยากลำบากในขณะบำบัดรักษาการเสพยาบ้าไปได้ ส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านี้มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ พัทธินทร์ นินทจันทร์ และ โสภิตา แสงอ่อน (2558) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดจันทบุรี พบว่าคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในชีวิตร้อยละ 0.001 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศของ Veselska et al. (2009) เกี่ยวกับพลังต้านการสูบบุหรี่และกัญชาในนักเรียนระดับประถมศึกษาของประเทศสโลวาเกีย พบว่าพลังต้านยาเสพติดในองค์ประกอบย่อยด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (perception of self) มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้คุณค่าตนเองในด้านบวก (positive self-esteem)

4) พบว่าองค์ประกอบที่ 4: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้า โดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ” มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ทั้งนี้จากการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ได้ให้นิยามว่า การเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียดในระหว่างการบำบัดรักษา เช่น การขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลหรือคำปรึกษาแนะนำจากบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา เพื่อน ครู และผู้ให้การบำบัด เป็นต้น ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ก็จะมี ความหมายที่ใกล้เคียงกัน คือ หมายถึง การรับรู้ของที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้าถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อคิดเห็น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือและสิ่งของต่างๆ จากเพื่อนระหว่างเข้ารับการรักษาการเสพยาบ้า ดังนั้น ทั้งสองตัวแปรนี้จึงมีความสัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในองค์ประกอบที่ 4 เพราะในองค์ประกอบนี้จะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ทั้งการสนับสนุนจากเพื่อน เช่น ข้อคำถามที่ว่า “การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากเพื่อนให้เลิกยาบ้า ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” การสนับสนุนจากชุมชน เช่น “การได้รับโอกาสและการยอมรับจากคนในชุมชน ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” รวมถึงการสนับสนุนจาก

บุคลิกภาพ เช่น “เจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองแก่นักเรียน ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก”

ซึ่งผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นัยนา อินธิโชติ (2545) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสาธารณสุขจะเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม เนื่องจากทำให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทราบแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ไม่รู้สึกท้อใจที่เกิดกำลังใจในการบำบัดรักษาอย่างจริงจัง และผลการวิจัยของอรพินทร์ ชูชม สุภาพร ณะชานันท์ และทัศนาก ทองภักดี (2554) พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภูมิคุ้มกันทางจิต (resilience) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ มนัส สุทรโชติ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น เนื่องจากเพื่อนถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก (Bao, Whitbeck and Hoyt, 2000) สอดคล้องกับการวิจัยอีกหลายเรื่องที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาและพฤติกรรมกาเสพยาเสพติดของวัยรุ่น เช่น ศิริวรรณ สุภาคุณ (2546) ศึกษาผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา คือ เข้ารับการรักษาตามเพื่อนหรือเพื่อนชักชวนให้เข้ารับการรักษา ส่วน Leffert et al. (1998) พบว่าอิทธิพลทางบวกจากเพื่อนเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดซึ่งสามารถทำนายการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดที่ผิดกฎหมายประเภทอื่นๆ ในอัตราที่ต่ำ รวมทั้ง Madler (as cited in Santrock, 2001) ที่พบว่าการสนับสนุนของเพื่อนที่ไม่ติดยาเสพติดมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้อายุวัยรุ่นไปเสพยาเสพติด และเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมีกำลังใจที่จะรับการรักษา ซึ่งความสำคัญของการสนับสนุนจากเพื่อนดังกล่าวนี้ทำให้ Meschke and Patterson (2003) เสนอว่าควรมีการใช้แรงสนับสนุนทางบวกจากกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดพลังด้านต่อการใช้สารเสพติด

5) พบว่าองค์ประกอบที่ 5: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้า โดยคำถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า” และองค์ประกอบที่ 6: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ” มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากการเผชิญความเครียดในรูปแบบนี้อาจเป็นการใช้ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม ของตนเองในการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะต่างๆ ดังที่กล่าวไปแล้ว สอดคล้องกับตัวอย่างข้อคำถามในองค์ประกอบที่ 5 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นมีการใช้กระบวนการคิดของตนเองในการไตร่ตรองถึงผลเสียที่จะตามมาจากการเสพยาบ้า เช่น “การเสพยาบ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย อาจถูกตำรวจจับหรือถูกดำเนินคดี ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก” และตัวอย่างข้อคำถามในองค์ประกอบที่ 6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นใช้กระบวนการคิดของตนเองในการต่อต้านการเสพยาบ้าโดยการนำผลสำเร็จที่เกิดขึ้นในชีวิตมาเป็นเหตุผลในการไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาบ้า เช่น “การทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ เช่น การทำงานหรือการเรียน เป็นต้น ทำให้ฉันไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ”

โดยมีผลการศึกษาหลายเรื่องที่สนับสนุนว่าการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธีเป็นกลยุทธ์ที่วัยรุ่นใช้ได้ผลในการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด (Grotberg, 2003; Eftekhari, Turner & Larimer, 2004; Dillon et al., 2007) อันถือเป็นความสามารถที่สำคัญตามนิยามของพลังต้านการเสพยาบ้าในการศึกษาครั้งนี้ อีกทั้งมีผลการศึกษาของมนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2556) ซึ่งสนับสนุนว่าพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง

3.3.3 มีความตรงเชิงความสอดคล้อง (Congruent Validity) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มีความตรงเชิงสอดคล้องกับแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต โดยพบว่าคะแนนรวมของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวมจากแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้มีความเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด ด้วยการนำแนวคิดพลังต้านการเสพยาเสพติด (resilience to drug use) ของ Dillon et al. (2007) ซึ่งมองว่า resilience เป็นกระบวนการที่เป็นไดนามิก มีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการเผชิญสถานการณ์ในการใช้สารเสพติด 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด โดยผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งพบว่าประสบการณ์พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เหตุผลในการเลิกเสพยาบ้า คือ เพื่ออนาคต เป้าหมายชีวิต และสุขภาพของตนเอง เพื่อคนอื่นเป็นที่รัก เช่น พ่อ/แม่ คนรัก/แฟน 2) สิ่ง чтоช่วยให้เลิกเสพยาสำเร็จ ประกอบด้วย การได้รับกำลังใจและการยอมรับ การมีเป้าหมายในชีวิต ตระหนักถึงผลเสียของการเสพยาบ้า การใช้กลยุทธ์/วิธีการปฏิเสธ การหาอะไรทำเพื่อไม่ให้มีเวลาว่าง การดูแลและติดตามโดยผู้เกี่ยวข้อง 3) เหตุผลในการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ได้แก่ ปัญหาสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด เช่น คนในครอบครัว คนรัก/แฟน และการขาดทักษะชีวิต และ 4) สิ่งกระตุ้นของการกลับไปเสพยาซ้ำ ได้แก่ บุคคล สถานที่ เวลา สิ่งของ และเหตุการณ์ในชีวิต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างข้อคำถามรายข้อ ทำให้แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวคิดเชิงซ้อน (Resilience as a multi-factorial concept) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) รวมถึงกระบวนการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือกดดันที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบ้าจนนำไปสู่การปรับตัวได้สำเร็จ คือ การป้องกันตัวเองไม่ให้กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ (Allen, 1998; Dillon et al., 2007) และเมื่อแบบสอบถามจำนวน 41 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นไปรวบรวมข้อมูลในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดย

1) ใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง 2) ใช้การสนับสนุนจากครอบครัว 3) ใช้ความเข้มแข็งแห่งตน 4) ใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ 5) คำถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า และ 6) คำถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ ดังรายละเอียดที่อภิปรายไว้ข้างต้น

สำหรับแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นเครื่องมือที่พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2555) พัฒนาขึ้นและอนุญาตให้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือนี้เพื่อการประเมินความตรงเชิงสอดคล้องของแบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่วัดตัวแปรเดียวกัน คือ resilience ในกลุ่มวัยรุ่น โดยแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตพัฒนาจากแนวคิด Resilience ของ Grotberg (1995) ซึ่งให้นิยามว่า resilience (มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้ชื่อต่างกัน เช่น ความเข้มแข็งทางใจ หรือ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์) หมายถึง ศักยภาพของบุคคล กลุ่มหรือชุมชนที่มีความสามารถในการฟื้นตัว การป้องกันความสูญเสีย การลดความรุนแรง และการผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ซึ่งต้องเผชิญได้ด้วยดี โดยศักยภาพเหล่านี้สามารถส่งเสริมและปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม ซึ่ง resilience ตามแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก จำแนกเป็น 15 คุณลักษณะ คือ 1) **I have (ฉันมี...)** เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ การมีหลักปฏิบัติและกฎเกณฑ์ต่างๆ ในครอบครัว การมีตัวแบบ การได้รับการสนับสนุนให้มีอิสระในการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิภาพและความปลอดภัยในชีวิต 2) **I am (ฉันเป็นคนดี...)** เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ความสามารถเป็นที่รักและแสดงความรักต่อบุคคลอื่นๆ ได้ การเป็นผู้มีความรักความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และการเห็นแก่บุคคลอื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นอิสระและรับผิดชอบการกระทำของตนเอง และการเป็นผู้มีความหวัง ความศรัทธา และเชื่อมั่น 3) **I can (ฉันสามารถที่จะ...)** เป็นปัจจัยด้านทักษะทางสังคมของวัยรุ่นในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การจัดการกับความรู้สึกและแรงกระตุ้นต่างๆ ประเมินอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ และความสามารถในการแสวงหาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้

จะเห็นได้ว่า แม้ว่าเครื่องมือทั้งสองชุดจะได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดที่แตกต่างกัน แต่เป็นการวัดมโนคติ (concept) เดียวกัน คือ resilience ทำให้มีโครงสร้างและจำนวนองค์ประกอบที่ต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วจะพบว่า ทั้งสองเครื่องมือก็สะท้อนความหมายหลักซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปของแนวคิดนี้ โดยหมายถึง “ความสามารถของบุคคลในการฟื้นตัวจากภาวะที่ผันแปร” (resilience is the ability to recover from an altered state) (Garcia-Dia, et al., 2013) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายละเอียดในองค์ประกอบย่อยๆ ของทั้งสองเครื่องมือจะพบว่ามี ความคล้ายคลึงกัน เช่น องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง จะมีความคล้ายคลึงกับองค์ประกอบ “I can” ส่วนองค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว และ องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ จะมีความคล้ายคลึงกับองค์ประกอบ “I have” ส่วนองค์ประกอบที่เหลือ

คือ องค์ประกอบที่ 3, 5 และ 6 คือ ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน การเข้าถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า และการเข้าถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ ตามลำดับ จะมีความคล้ายคลึงกับ องค์ประกอบ “I am” ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เครื่องมือทั้งสองชุดมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

มีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านการยาบ้า ของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าขณะเข้ารับการรักษา เช่น พชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) พบว่าใน สภาวะการณที่ยากล้าปาก/กอดัน วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยใน ขณะที่ผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า

3.3.4 มีความตรงเชิงจำแนก (Discriminate or Divergent Validity) ซึ่ง

จากผลการวิจัยพบว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย มีความตรงเชิงจำแนก โดย พบว่าคะแนนที่ประเมินได้จากเครื่องมือฉบับนี้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญ ความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) ซึ่งจะขออภิปรายผลการวิจัยที่พบ ดังนี้

พลังต้านการเสพยาบ้า (resilience to amphetamine use) ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของ resilience ซึ่งเป็นความสามารถที่บุคคลใช้ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ ภายหลังที่พบเหตุการณ์รุนแรงหรือความยากลำบากในชีวิต (Grotberg, 1995; Connor & Davidson, 2003; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้นำมาพัฒนาต่อให้เหมาะสมกับ บริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย และให้ความหมายว่าพลังต้านการเสพยาบ้า หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทาง สังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยง ต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีการตั้งศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและจาก ภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว (มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556; ชวันรัตน์ เสถียรภักดิ์- ธนา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556; Dillion et al., 2007) ในขณะที่การเผชิญความเครียดโดยการ หลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) เป็นแนวคิดการเผชิญความเครียดในรูปแบบที่ Frydenberg and Lewis (1997) เรียกว่า Non-Productive coping คือใช้วิธีการหลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การกระทำที่ลดความตึงเครียดแต่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การตำหนิหรือโทษตนเอง หรือ หลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับความจริง เป็นต้น จึงเป็นแนวคิดซึ่งสะท้อนถึงการที่บุคคลขาดความสามารถในการ เผชิญปัญหา (Lazarus and Folkman, 1984)

จากที่มาของแนวคิดของเครื่องมือประเมินพลังต้านการเสพยาบ้า และการเผชิญความเครียด โดยการหลีกเลี่ยงปัญหา ดังที่อธิบายข้างต้น จะเห็นได้ว่าเครื่องมือทั้งสองชุดมีความแตกต่างกันตามทฤษฎี เนื่องจากถูกพัฒนามาจากคนละมโนคติและคนละโครงสร้าง ทำให้พบว่าข้อมูลที่ประเมินได้จากแบบ ประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย และข้อมูลที่ประเมินได้จากแบบสอบถามการเผชิญ ความเครียด ในองค์ประกอบด้านการเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่าแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย มีความตรงเชิงจำแนก เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือที่ประเมินแนวคิดที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยแม้จะพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศไทย ส่วนใหญ่มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับสูง แต่จากผลการประเมินความตรงตามสภาพปัจจุบันของแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในวัยรุ่นไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้พบข้อมูลซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยหรือคุณลักษณะบางประการที่ทำให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการดูแลเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนี้

1.1 จากการที่พบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในในระบบการบำบัดแบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัด ดังนั้นผู้บริหารขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้เสพยาบ้า ในทุกระดับ ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อเร่งรัดการดำเนินการตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 เรื่อง “การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู” ทั้งนี้เพื่อเป็นการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้เสพติดยาบ้าได้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูด้วยความสมัครใจ ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดความพร้อมและเต็มใจเข้ารับการรักษาได้อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาแล้ว ยังก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่พึงประสงค์ คือ เกิดพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่สูง อันจะส่งผลให้ลดอัตราการกลับมาเสพยาบ้าซ้ำในระยะยาวได้

1.2 จากการที่พบว่าวัยรุ่นที่สามารถเลิกเสพยาบ้าได้แล้วจะมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มที่ยังเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ และสูงกว่าวัยรุ่นที่หยุดเสพชั่วคราว ดังนั้น โรงพยาบาลและหน่วยบริการทางสุขภาพที่ให้การดูแลบำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้เสพยาบ้า จึงสามารถนำแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ไปใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า ทั้งนี้เพื่อเฝ้าระวังและให้การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม อันจะนำไปสู่การป้องกันการกลับมาเสพยาบ้าซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การดูแลและป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำสำหรับผู้ป่วยเสพยาบ้าวัยรุ่นที่มีระดับพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน

2. ข้อเสนอแนะในการดูแลเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ

2.1 เนื่องจากพบว่าวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในในระบบสมัครใจมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัด ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ

2.2 จากการที่พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งยังไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ และกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าในระดับสูง จะเป็นผู้มีพลังต้านการเสพยาบ้าต่ำกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะที่สามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำเหล่านี้ พ้นกลับมาที่มีพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำสูงขึ้น โดยพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อต่างๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นต้น

2.3 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในวัยรุ่นไทย พบว่า องค์ประกอบที่ 2: “ความสามารถในการต่อต้านการใช้จ่ายยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว” เป็นองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญมากที่สุดในการส่งเสริมและสนับสนุนให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนั้น การให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจึงจำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งในขั้นตอนการติดตามหลังการบำบัดรักษา

2.4 จากการที่พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่ต่ำ ดังนั้น จึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ทั้งการส่งต่อเพื่อรับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้ารวมถึงการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษานำร่องในลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดสารเสพติดที่มีความพร้อม โดยการนำแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นเครื่องมือมาตรฐานจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว และอยู่ในระยะติดตามภายหลังการบำบัดรักษา ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการเลิกสารเสพติด และคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยมีการใช้แบบประเมินนี้เป็นระยะๆ ร่วมกับการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ และการรายงานการใช้สารเสพติดของตนเอง (self-report) ขณะมาตรวจติดตาม โดยมีการนำผลการประเมินดังกล่าวนี้ ไปใช้พัฒนาเป็นแนวทางการดูแลวัยรุ่นเสพยาบ้าได้อย่างเหมาะสมตามผลการประเมินที่พบ เช่น ในวัยรุ่นที่ประเมินพบว่ามีความเสี่ยงในการต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ต่ำ จะต้องมีการให้การดูแลเป็นพิเศษและใกล้ชิดโดยบุคลากรทางสุขภาพ และความร่วมมือจากบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง ส่วนวัยรุ่นที่มีพลังในการต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่สูง ซึ่งสะท้อนถึงการมีศักยภาพในการเลิกเสพยาบ้า อาจจะได้รับพัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้นำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันกลับไปเสพยาบ้าซ้ำแก่เพื่อนวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เป็นต้น และหลังจากที่ได้ดำเนินแนวทางการดูแลดังกล่าวนี้ไปใช้แล้ว ควรมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการกลับไปเสพยาซ้ำ ต่อไป

3.2 เนื่องจากแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้า ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้ยาบ้าแล้ว ทั้งนี้เพื่อใช้ประโยชน์ในการคัดกรองและป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาต่อยอด ดังนี้

3.2.1 นำเครื่องมือชุดนี้ไปปรับใช้กับประชากรวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดซึ่งมีโครงสร้างเคมีและการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาทกลุ่มเดียวกับยาบ้า เช่น ไอซ์ รวมถึงการศึกษาในวัยรุ่นที่มีการใช้สารเสพติดหลายตัวร่วมกัน เช่น ยาบ้าและไอซ์ และศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาเสพติดซ้ำ ในวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดทั้งสองชนิด และวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน

3.2.2 นำเครื่องมือชุดนี้ไปพัฒนาต่อ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการคัดกรองเยาวชนกลุ่มที่เสี่ยงต่อการใช้ยาบ้า และเยาวชนทั่วไป ทั้งนี้เพื่อใช้ประโยชน์ในการคัดกรองและการป้องกันนักเสพหน้าใหม่ต่อไปในอนาคต

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบของการทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำสูงขึ้น โดยนำปัจจัยต่างๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย มาพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือรูปแบบการบำบัดเพื่อจัดการกระทำกับปัจจัยดังกล่าวเหล่านั้น อาทิเช่น โปรแกรมส่งเสริมปัจจัยสนับสนุนการเกิดพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ หรือโปรแกรมที่ส่งเสริมศักยภาพในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงในการเสพซ้ำ เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. (2538). *ความรู้เบื้องต้นเรื่องยาและสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: พชรกานต์พับลิเคชั่น.
- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. (2558). *สถานการณ์เฝ้าระวังยาเสพติด ช่วงไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2558 (ต.ค.-ธ.ค.2557)*. [ออนไลน์]. 2558. แหล่งที่มา: <https://www.oncb.go.th>. สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2558.
- คณะกรรมการอาหารและยา, สำนักงาน. (2539). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 พ.ศ.2539*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตาภา พวงเพ็ชร. (2541). *บุคลิกภาพของผู้เสพยาบ้าที่มารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- จิราภรณ์ ลิ้มนิจรกุล. (2546). *ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการเสพติดสารแอมเฟตามีนในวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์.(2541). การวิเคราะห์องค์ประกอบ. *วารสารการวัดผลการศึกษา*. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 20(58).
- เฉลิมศรี ราชนาจันทร์และศรีวรรณ มีคุณ. (2553). ประสบการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 6(1): 81-94.
- ชมนาด มโนไพบุลย์และคณะ. (2545). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในวัยรุ่นไทย จังหวัดเชียงราย: ผลการศึกษาจากการตอบแบบสอบถามผ่านจอคอมพิวเตอร์และการตรวจปัสสาวะ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(2): 188-198.
- ชยันตร์ธร ปทุมานันท์, ชไมพร ทวีขศรีและรังสรรค์ วรวงศ์. (2542). ลักษณะทางจิตสังคมที่คาดคะเนการติดสารเสพติด. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 30(2): 1-12.
- ชวันรัตน์ เสถียรภักดิ์ธนา. (2559). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1): 82-96.
- ช่อกิ่ง ชูจรุช. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีวัยรุ่นชายในสถานบำบัดเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ณาตกรรณ์ ชยุตสาหกิจ. (2557). *การสนับสนุนจากครอบครัว ความหมายในชีวิต และสุขภาวะในเยาวชนผู้กระทำผิดที่ใช้สารเสพติด : การวิจัยแบบผสมผสานวิธี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- ทวีพร วิสุทธิมรรค. (2544). *“เกล็ดชีวิตของยาและสารเสพติด”*. ในตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัชรอินเตอร์พริ้นซ์ตั้ง.

- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. (2548). *จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด*. นนทบุรี : สหมิตรพรินติ้ง.
- ฉนวนวรรณ อาษารัฐ. (2538). *ภูมิหลัง ความรู้ ทักษะ และการใช้สารเสพติดของผู้ที่ติดสารเสพติดที่มารับการบำบัด ณ โรงพยาบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉนิตา หิรัญเทพ, อุมาพร อุคมนตรีพยาบาลและรณชัย คงสกนธ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2): 157-164.
- ธีระพล บุญธรรม. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของนักศึกษาในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธัญญารักษ์, สถาบัน. (2553). *รายงานสถิติประจำปี 2553*. ปทุมธานี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธัญญารักษ์, สถาบัน. (2558). *สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าและเสพร่วมกับยาอื่นๆประจำปี 2554-2558*. ปทุมธานี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นภชนก สุขประเสริฐ. (2553). *ประสบการณ์ภัยพิบัติสึนามิและการฟื้นฟูพลังของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547 : การศึกษาแบบผสมวิธี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤกร ธรรมเกษม. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบำบัดรักษาของผู้เสพยาบ้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นโยบายและยุทธศาสตร์, สำนัก. (2556). *ข้อมูลหน่วยงานบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2552). *ทฤษฎีความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตยา สุทธยากร. (2546). *การเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการเสพยาบ้าตามีนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 17(1): 26-33.
- นิมิต รัศมี. (2544). *แนวทางการป้องกันปราบปรามการเสพยาบ้าของนักเรียนแผนกช่างยนต์วิทยาลัยเทคนิคเชียงใหม่*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- นิรุจน์ อุทธาและคณะ. (2548). *การสำรวจอัตราการเสพยาบ้าและการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในประเทศไทย*. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดขอนแก่น สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). *ระบอบวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นันทา ชัยพิชิตพันธุ์. (2541). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา อินธิโชติ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็งและการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก*

- โรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรินทร์ หลิมสุนทร. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้รสมชีวิต ลักษณะส่วนบุคคลบางประการ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นสลับ ที่เตร็ดเตร่ในสนามเด็กเล่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บริหารสาธารณสุข, สำนัก. (2558). *ระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพยาเสพติด (บสต.1-5)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิยวรรณ ทศนาญชลี.(2554).กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถนะผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด.วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี,1(3):36-48.
- ประธาน รัชตจำรุญ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจกับการติดยาเสพติด* *แอมเฟตามีนของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). *แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา*.นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต.
- ปราณีพร บุญเรือง. (2545). *ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมปัญหาของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด, สำนักงาน. (2557). *สถิติการบำบัดรักษายาเสพติดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์. (2545). *กลไกทางจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเยาวชนที่ถูกจับเนื่องจากเสพยาบ้า*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10(1): 20-29.
- พิชัย แสงชาญชัยและคณะ. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด (Textbook of Addiction Psychiatry)*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- พิสิฐ ปั่นทอง. (2548). *ความพร้อมของบุคลากรในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด:ศึกษากรณีศูนย์วิวัฒน์พลเมือง(บังคับบำบัด)กองพลทหารราบที่ 9*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิเชฐ จันท์เงินจบ และคณะ. (2555). *ปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดของสถานบำบัดรักษายาเสพติด ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545. (2545). *ราชกิจจานุเบกษา*, 119(96ก): 23-30.

- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. (2545). *พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2545*. ราชกิจจานุเบกษา, 117(111ก).
- พรรณภา เรื่องกิจ, นิตยา ตากวิริยะนันท์ และจุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2554). ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันต่อการใช้สารแอมเฟตามีนของนักเรียนวัยรุ่นน จังหวัดปทุมธานี: กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(4): 543-548.
- พรรณณี วาทีสุนทรและกฤติกา เฉิดโฉม. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับและระบบสมัครใจ*. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญภา ปริญญาพล. (2549). รายงานการวิจัยเรื่อง ความยืดหยุ่นและทนทานของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. ปัตตานี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 7*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2542). ยาบ้าและการรักษา. *วารสารสวนปรุง*, 15(2): 37-51.
- พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และบุญศิริ จันทศิริมงคล (บรรณาธิการ). (2555). *คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: โปรแกรมการดูแลบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในสถานพยาบาล ปฐมภูมิ (ฉบับทดลองนำร่อง)*. นนทบุรี: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3): 430-443.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ. (2555). โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.
- ภาวิณี อยู่ประเสริฐ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นนในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มธุรส สว่างบำรุง, จินตนา สุจจันท์, นราภรณ์ ชันธบุตรและรุ่งกานต์ ใจวงศ์ยะ. (2548). *พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นนในเขตภาคเหนือตอนบน*. กรุงเทพฯ: ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
- มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านเสพยาบ้าของวัยรุ่นนที่เข้ารับการรักษาบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(2): 85-98.
- มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1): 57-75.
- มานพ คณะโต. (2551). *โครงการศึกษาสถานการณ์และการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เมธิยา เกิดผล แต่งรัตน. (2557).การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ. วารสารครุศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), 42(ฉบับพิเศษ): 48-62.
- ยุทธนา มุ่งสมิคร. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของการใช้ยาบ้าในวัยรุ่น. อ. บ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. การประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (12-15 สิงหาคม 2546 จังหวัดชลบุรี).
- โยธิน ปอยสูงเนิน. (2544). ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้ากลับซ้ำของนักเรียนที่เข้ารับการรักษาศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ *Nursing research: concepts to application*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสรรค์ มณีเล็ก และคณะ. (2546). การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินการศึกษา. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ลลิตา เตชาวุธ. (2548). ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลัดดาวัลย์ ฉินประสิทธิชัย. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาบ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ล้วน และอังคณา สายยศ. *เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2539.
- วณัญญา แก้วแก้วปาน และอรุณพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. (2552). พฤติกรรมอาชญากรรมกับประวัติการใช้ยาเสพติดของเยาวชนในสถานสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน(บ้านกรุณา). *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 53(5): 413-425.
- วรัญญา จิตรผ่อง, วิโรจน์ วีระชัย และรัศมี กัลยาศิริ. (2554). ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 55(2):153-169.
- วรางคณา รัชกิจงานและคณะ. (2556). การศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาบ้ากลุ่มแอมเฟตามีนของผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์. *วารสารวิชาการเสพติด*, 1(1): 6-14.
- วราภรณ์ มิ่งคั่ง. (2558). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2531). ตำรายาเสพติด. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วิจัยประชากรและสังคม, สถาบัน. (2552). *สุขภาพคนไทย 2552.เพื่อสุขภาพแห่งมวลมนุษยและหยุดความรุนแรง*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (2543). *ยาบ้า: มหันตภัยข้ามสหัสวรรษ*. กรุงเทพฯ: ธีระการพิมพ์.
- วิรัช จินตนาวรรณ. (2542). สาเหตุการเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชนในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชานโยบายสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วีณา มิ่งเมือง. (2540). ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง ต่อ กลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาจิตวิทยาการคำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วาสนา พัฒนกำจร. (2541). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียนนักศึกษาในจังหวัด ราชบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(4): 345-357.
- วันเพ็ญ ใจปทุม, สภากรณีย์ สายแสงทองและศศลักษณ์ กล้าโพธิ์. (2544). การรับรู้และการช่วยเหลือของ พ่อแม่ที่มีบุตรชายวัยรุ่นเสพยาบ้า. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2559). สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้า และเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ของสถาบันธัญญารักษ์จำแนกตามปีงบประมาณ 2555-2559. Retrieved on October 3, 2016 from: http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2365&Itemid=53
- สถาบันสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2559). แนวทางการนำผู้ เสพติดเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗. Retrieved on October 20, 2016 from: <http://www.thanyarak.go.th/thai/downloads/108/3.pdf>
- สราลีวรรณ ทับทิว. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาบ้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา: ศึกษาเฉพาะกรณีในอำเภอนาด่าง จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขา สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏเลย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2558). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: สำนัก บริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. (2547). รายงานทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นการสร้าง เสริมทักษะชีวิตและการให้คำปรึกษา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. (2554). คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังฮึด ฮึด สู้ ในชุมชน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตตา ฤทธิมนตรีและกฤตยา แสงวงเจริญ. (2554). พฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ใช้ยาบ้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3): 48-56.
- สุชา จันท์เอม. (2542). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุชาติ เลาบริพัตร. (2544). ทางรอด: วิกฤตและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า. กองประสาน การปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย ศิรินวล และคณะ. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *วารสารวิจัย ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10 (1): 39-45.
- สุภาพร ธนะชานันท์. (2548). อิทธิพลของมาตรการป้องกันสิ่งเสพติดในโรงเรียน และครอบครัวกับ ความผูกพันทางสังคมที่มีต่อการป้องกันสิ่งเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 11(1): 97-119.

- สุรวัดน์ คูวิเศษแสง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคต และการควบคุมตนเองกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรินทร์พร ลิขิตเสถียรและมานิต ศรีสุรภานนท์. (2556). *ทบทวนองค์ความรู้การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Pharmacological Treatment in Methamphetamine Abusers)*. เชียงใหม่: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน.
- สุลินดา จันทระเสนา. (2549). *ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญรักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณณี แสงอาทิตย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดในวัยรุ่น*. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 30 (2):12-19.
- เสาวนีย์ ลำนวน. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียดการเผชิญความเครียดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าขณะรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญรักษ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ข้อมูลจากระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพยา (บสต. 1-5). Retrieved on October 28, 2016 from: <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>
- ศุภรา เชาว์ปรีชา. (2551). Resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(3): 309-322.
- ศุภรัตน์ เอกอัครวินและเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. (2551). บทความฟื้นฟูวิชาการความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3): 190-198.
- ศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ. (2556). ยาและผู้หญิงติดยาความหมายของการใช้สารเสพติด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4): 407-420.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพิน กลิ่นพยุร, อานาจ พิพัฒน์พิทยาสกุลและมาลี จิรวัดนานนท์. (2553). *สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวเด็กติดยาเสพติดและบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครอบครัวศึกษา ปี 2553 “ร่วมคิด ร่วมเรียนรู้สู่วิกฤตครอบครัวไทย” .11 - 12 กุมภาพันธ์ 2553 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรพินทร์ ชูชม สุภาพร ณะชานันท์ และทัศนาก ทอภักดี. (2554). *ปัจจัยเชิงเหตุและผล ของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์และคณะ. (2544). *ความภาคภูมิใจแห่งตนและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46 (1): 3-12.
- อนุพงศ์ จันทรจุฬา และคณะ. (2555). *การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด หลังเข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคใต้*.

- อรัญญา แพทย์. (2545). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางจิตสังคมวัยรุ่นชายที่ได้รับการบำบัดรักษา การติดยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. (2550). *ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ*. กรุงเทพฯ: ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. (2556). *การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- อัครสร สภาพรจนา. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว บรรยากาศจริยธรรม ในงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสาร พยาบาลทหารบก*, 11(1): 37-42.
- อังกูร ภัทรการ. (2545). *พื้นฐานทางจิตเวชในผู้ป่วยติดยาเสพติด*. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.
- อังกูร ภัทรการและนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). เปรียบเทียบผลการบำบัด พื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพยาเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1): 71-81.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์และประภา ยุทธไตร. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดยาของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4): 371-384.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2549). *ความรู้เรื่องยาบ้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ร.ส.พ.

ภาษาอังกฤษ

- Ahern et al. (2006). A Review of instruments measuring resilience. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29: 103-125.
- Alperstein G, Raman S. (2003). Promoting mental health and emotional well-being among children and youth: a role for community child health? *Child: care. Health and Development*, 29(4): 269-274.
- Allen, Marry J. and Yen, Wendy M. Introduction to Measurement Theory. U.S.A. : Brooks/Cole Publishing Company, 1979.
- Allen, C.S. (1998). Ecological Resilience, Biodiversity, and Scale .Ecosystems, 1: 6-18.
- Berndt, T. J. and Savin-Williams, R. C. (1993). *Peer relations and friendships*. In Tolan, P.H. and Cohler, B. (Eds.), *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. New York: John Wiley.
- Anastasi, Anne. *Psychological Testing*. U.S.A. : Macmillan Publishing Company, 1982.
- Anthony, J. C., & Petronis, K. R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug & Alcohol Dependence*, 40 (1): 9-15.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: To w a rd a unifying theory of behavioural change. *Psychology Review*, 84, 191-215.

- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Braverman, M. (1996). "Research on resilience and its implications for tobacco prevention". *Nicotine and Tobacco Research*, 1: S67-S72.
- Brook et al. (2001). "Risk Factors for Adolescent Marijuana Use Across Cultures and Across Time". *Journal of Genetic Psychology*.
- Brown, G. (2007). Identifying and exploring young people's experiences of risk, protective factors and resilience to drug use. Home Office Development and Practice Reports. Retrieved October 1, 2015 from: <http://dera.ioe.ac.uk/6904/1/dpr47.pdf>
- Carr, A. (2000). *Family therapy. Drug abuse in adolescents*. In Birchood, M., Foller, D. and Jackhon, C. (Eds.), New York: John Wiley and Sons.
- Chassin, L., Presson, C., Pitts, S. and Sherman, S. (2000). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood in a Midwestern community sample: Multiple trajectories and their psychosocial correlates. *Health Psychology*, 19: 223-231.
- Conger, R. D. and Conger, K.J. (2002). Resilience in Midwestern Families: Selected Findings from the First Decade of a Prospective, Longitudinal Study. *Journal of Marriage and Family*, 64: 361-373.
- Connor, K.M. and Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82.
- Coopersmith, S. (1984). *Coopersmith Self-Esteem Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting psychology press.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E., & Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effects of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28 (3): 298-311.
- Coughlin, Mary Ann; Knight, William (2007). "Confirmatory Factor Analysis: Using AMOS to Create a Measurement Model ", retrieved on July 27, 2008 from <http://www.spss.com/airseries/>.
- Dawes, M., Clark, D., Moss, H., Kirisci, L. and Tarter, R. (1999). Family and peer correlates of behavioral self-regulation in boys at risk for substance abuse. *American Journal drug Alcohol Abuse*, 25(2): 219-237.
- De Santis, J.P., et al. (2013). Motivation, Management, and Mastery: A theory of resilience in the context of HIV Infection. *Journal of American Psychiatry Nurses Association*, 19 (1): 36-46.
- Degenhardt, L., Hall, W., (2001). The association between psychosis and problematical drug use among Australian adults: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*, 31(4): 659-68.

- Dillon et al. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. National centre for Social Research.
- Down-Wamboldt, B. and Melanson, P.M.(1995).Emotion coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, 17: 250-265.
- Dyer, J.G. and McGuinness, T.M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10: 276 – 282.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2): 73-82.
- Fincham, F.D. (1994).Understanding the Association between Marital Conflict and Child Adjustment: Overview. *Journal of Family Psychology*, 8(2): 123-127.
- Fraser, M.W., Kirby, L.D. and Smokowski, P.R. (2004). “*Risk and Resilience in childhood*”.(2nd ed.). Anecological perspective.
- Friborg et al. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12: 65-76.
- Frisher et al. (2005). "Individual and population risk of drug use among adolescents attending an English Youth Offending Team: An epidemiological approach". *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16: 11-23.
- Frisher et al. (2007). *Predictive factors for illicit drug use among young people: a literature review*. Home Office Online Report 05/07.
- Frydenberg, E. and Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale*. Australian Council for Educational Research.
- Garcia-Dia, et al. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27: 264–270.
- Garmezzy, N. (1991). Resilience in children adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics*, 20: 459-466.
- Gilligan, R. (2000). *Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences*, *Children and Society*, 14 (1): 37-47.
- Gillespie et al. (2007). “Longitudinal modeling of genetic and environmental influences on self-reported availability of psychoactive substances: alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and stimulants”. *Psychological Medicine*, 37: 7.
- Grotberg, E.H. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. *Early Childhood Development Practice and Reflections No.8*. The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.

- Grotberg, E.H. (2003). *What is resilience? How do you promote it? How do you use it?* In: Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G. and Abbott, R. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62: 754-762.
- Gulliksen, Harold. *Theory of MENTAL TESTS*. U.S.A. : John Willy & Sons, Inc., 1950.
- Haase. J.E., Heiney, S. P., Ruccione, K.S. and Stutzer, C. (1999). Research triangulation to derive meaning-based quality of life theory: Adolescent resilience model and instrument development. *International Journal of Cancer Supplement*: 125-131.
- Haase, J.E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5): 289-299.
- Hanna, E. Z., & Grant, B. F. (1999). Parallels to early onset alcohol use in the relationship of early onset smoking with drug use and DSM-IV drug and depressive disorders: Findings from the National Longitudinal Epidemiologic Survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (3): 513-522.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. and Miller, J. Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*: 64-105.
- Hoffmann, J. and Cerbone, F. (2002). *Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis*. *Drug and Alcohol Dependence*, 66: 255-264.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24: 137-152.
- Jacelon, C.S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 123-129.
- Jackson, S. and Martin, P. (1998). Surviving the care system: education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21: 569-583.
- Karoly, P. (1993) Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23 – 52.
- Kimble, L.P. (1998). Cognitive appraisal and cardiac risk reduction behavior following coronary angioplasty. *Western Journal of Nursing Research*, 20(6): 733-744.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Laurie et al. (2003). The Resilience of the Health Care Safety Net, 1996-2001. *Health Services Research*, 38: 489-502.
- Learning For Life. (2008). "Drug prevention for teen." (Online). Available: <http://www.justice.gov/dea/pr/multimedialibrary/publications/prevention4teens>.

- Leffert, N., et al. (1998). Developmental Assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*, 2: 209–230.
- Losel, F. and Bliesener, T. (1994). Some High-risk Adolescents Do Not Develop Conduct Problems: A study of Protective Factors. *International Journal of Behavioral Development*, 17(4): 753-777.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. and Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3): 543-562.
- Lyman, Howard B. Test Scores and What They Mean. U.S.A. : Prentice-Hall, INC., 1963.
- Marlatt, G.A., and Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford press.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. (2nd ed.). New York : Harper & Row Publishers.
- Masten, A.S. and Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53: 205–220.
- Masten, A.S., Best, K.M. and Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome diversity. *Development and Psychopathology*, 2: 425–444.
- McCubbin, M.A., McCubbin, H.I. and Thompson, A.I. (1986). *FHI: Family Hardiness Index*. In H.I. McCubbin and A.I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (2nd ed.). Madison: University of Wisconsin: 124-130.
- Merikangas, K. and Avenevoli, S. (2000). *Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis*. Drug and Alcohol Dependence.
- Messick, Samuel. “Validity,” in Educational Measurement. Linn, Robert L. (Ed.). Third Edition. U.S.A. : Macmillan Publishing Company, 1989.
- Meschke, L. L., and Patterson, J.M. (2003). Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23 (4): 483-514.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide*. (2nd ed.). Washington, DC: NIH Publication.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In E. Rahdert and D. Czechowicz (Eds.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions* (pp. 7-38; NIH Publication No. 95-3908). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Oetting, E.R., and Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2): 205-213.
- Olsson et al. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26: 1-11.

- Osborne, J.W., & Costello, A.B. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10 (7): 1-9. Available online: <http://pareonline.net/pdf/v10n7a.pdf>
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93: 1217-1222.
- Peterson, G., Allen, C.R. and Holling, C. S. (1998). Ecological Resilience, Biodiversity, and Scale. *Ecosystems*, 1(1): 6-18.
- Popham, W. James. Modern Educational Measurement : A Practitioner's Perspective. U.S.A. : Prentice-Hall, INC., 1990.
- Piko, B. (2000). *Perceived social support from parents and peer: Which is the stronger predictor? of adolescent substance use*. *Substance Use and Misuse*, 35: 617-630.
- Rew, L. and Horner, S.D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behavior in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18: 379-388.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rutter, M. (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. In Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H. and Weintraub, S. (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge; New York: 181-214.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316-331.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55: 68-78.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence (8th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Schaefer, C. , Coyne, J.C. and Lazarus, R.S. (1981). The health related function of Socialsupport. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4): 381-406.
- Shives, L.R. (1994) . *Basic concept of psychiatric mental health nursing (3^d ed.)* . Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Sinclair, V. G. and Wallston, K. A. (2004). *The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale*. *Assessment*, 11: 94-101.
- Spielmann, S. and Tejagupta, C. (2004). *Family: restraining or contributing factors towards Adolescent s' drug problems in Bangkok Metropolis*. Bangkok: The national council on social welfares of Thailand under royal patronage.
- Sodsai, B. (2002). *Factors relating to retake drug of the adolescents*. Bangkok: Kasetsart University.

- Supreda, B., Phajuy, A., Suriyajai, P., Tanriyong, K. and Sittipong, K. (2006). *A survey research of relapse rate and the use of substance substituted for amphetamine In drug abusers who got treatment in the North.* [Internet]. [cited Oct 1, 2015]. Available from :[http://www.drugcare.net/news.php?iMMode=download & iID=47](http://www.drugcare.net/news.php?iMMode=download&iID=47).
- Stanton et al. (2001). Early initiation of sex, drug-related risk behaviors, and sensation seeking among urban, low income, African-American adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 93: 129-138.
- Strong, B.; DeVault, C.; Sayad, B. W. and Cohen, T.F. (2001). *The Marriage and Family Experience*. Australia: Wadsworth.
- Takviriyannun, N. (2008). Development and testing of the Resilience Factors Scale for Thai Adolescent. *Nursing and Health Science*, 10: 203-208.
- Trochim, William M.K. (2006). Measurement validity types. Retrieved on October 1, 2016. From: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/measval.php>
- Trochim, William M.K. Research Methods Knowledge Base. 2nd Edition. <http://trochim.human.cornell.edu/kb/>. 1999.
- Thompson, A. and McCubbin, H. (1991). *Family system assessment in health care*. In McCubbin and Thompson (Eds.). *Family assessment inventories for research and practice*. (2nd ed.), Madison: University of Wisconsin-Madison.
- Toumbourou, J., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G., Sturge, J. and Rehm, J. (2007). *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance.* *Lancet*: 391-401.
- Turner, S.G. (2001). Resilience and social work practice: three case studies. *Families in Society*, 82: 441-448.
- Veselska et al. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34: 287-291.
- Victor, T. (2003). *Resilience and Education Pathways: A Longitudinal Analysis of Low Reading Achiever*. Retrieved October 25, 2009, from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/cjfy/article/viewFile/6047/5136>.
- Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: Initial development of the Child Resilience Model: Practice applications of research. *Pediatric Nursing*, 28: 149-158.
- Von sydow et al. (2002). *What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults.* *Drug and Alcohol Dependence*: 49-64.

- Uthis, P. (1999). *The effect of commitment to caregiver role, stressor, appraisal of stress, coping resources, and coping response on emotion well-being among HIV/AIDS family caregiver in Thailand*. Dissertation Degree of Philosophy of doctor, Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Reserve University.
- Young, S. E., et al. (2002) Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.
- Yuprasert, P. (1997). *Factors influencing drug use among adolescents in Bangkok*. Thesis for Master Degree of Nursing Science (Public Health Nursing), Mahidol University, Bangkok: Thailand.
- Waaktaar, T; Christie, HJ; Borge, Anne Inger Helmen and Torgersen, Svenn. (2004). *Building youths resilience within a psychiatric outpatient setting: results from a pilot clinical intervention project*. *Psychological Reports*. :363- 370.
- Wagner, F.E., Myers, M.G. and McIninch, L.J. (1999). Stress-Coping and Temptation-Coping as Predictors of Adolescent Substance Use. *Addictive Behaviors*, 24(6): 769-779.
- Wagnild, G. M. and Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1: 165–178.
- Wainer, Howard and Braun, Henry I. Test Validity. U.S.A. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1988.
- Waller, M.A. (2001). Resilience in eco-systemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3): 290-297.
- Werner, E. (1986). *Cooperating agents: A unified theory of communication and social structure*. In Gasser, L. and Huhns, M. (Eds.), *Distributed Artificial Intelligence Volume II*, Pitman Publishing: London and Morgan Kaufmann: San Mateo, CA: 3-36.
- Wills, T.A., Mariani, J. and Filer, M. (1996). *The role of family and peer relationships in adolescent substance use*. In Pierce, G. R., Sarason B.R. and Sarason, I.G. (Eds.). *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum.
- Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D., & Ainette, M. G. (2006). Behavior and emotional self control: Relation to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behavior*, 20(3), 256-278.
- World Health Organization. (1999) *Programming For Adolescent Health and Development*. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF study group on Programming For Adolescent Health. Geneva.
- Zunz, S. (1998) . Resiliency and burnout: Protective factors for human service managers. *Administration in Social Work*, 22: 36-54.

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน	ความเชี่ยวชาญ
1. พันเอก นายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย	จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	การบำบัดสุราและยาเสพติด
2. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา	การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มี โรคร่วมทางจิตเวช
3. ผศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	- Resilience and Risk-taking Behavior - Domestic Violence - Schizophrenia
4. ผศ.ดร.รุ่งนภา ภาณิตรัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	1. การส่งเสริมสุขภาพ 2. การให้การปรึกษาและการ สื่อสาร 3. การดูแลประคับประคอง 4. การบำบัดผู้ใช้สารเสพติด
5. นางสาววรางคณา จำปาเงิน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้า และวัยรุ่นที่มีปัญหา พฤติกรรม

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

การวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์การรับรู้พลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า”

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....

ครั้งที่ 2.....

ครั้งที่ 3.....

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ(นามสมมติ)
2. อายุ.....ปี
3. เพศ () ชาย () หญิง
4. สถานะครอบครัว () อยู่ด้วยกัน () แยกกันอยู่ () พ่อแม่หย่าร้าง () อื่นๆ (ระบุ)
.....
5. ระยะเวลาในการเสพยาบ้ารวมทั้งหมด.....ปี
6. เริ่มเสพเมื่ออายุ.....ปี
7. ประวัติการกลับเสพซ้ำ.....ครั้ง
8. ยาเสพติดชนิดอื่นที่ใช้ร่วมด้วย (ถ้ามี).....

เคยมีประสบการณ์ดังข้อคำถามด้านล่างอย่างน้อย 2 ข้อ

_____ ท่านเคยใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน/ยาบ้า

_____ ท่านเคยได้ผ่านกระบวนการบำบัดผู้เสพยาบ้าแล้ว

_____ ท่านเคยมีประวัติการเสพซ้ำที่ทำให้ต้องเข้ามารับการบำบัดผู้เสพยาบ้าอีก

แนวคำถามสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์การรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า”

1.ขั้นเริ่มต้นการสนทนา - ขณะนี้ท่านเป็นอย่างไรบ้าง (เรื่องความสบายกาย/ ความสบายใจ)

-ท่านเดินทางมาโรงพยาบาลอย่างไร (ผู้ป่วยนอก)

-ท่านอยู่ที่หอผู้ป่วยนี้ เป็นอย่างไรบ้าง (ผู้ป่วยใน)

-ขอให้ท่านนึกถึงประสบการณ์ของท่านเกี่ยวกับการเสพยาบ้า ความยากลำบากในการเลิก การพยายามที่จะหยุดเสพยา หรือประสบการณ์การที่ต้องต่อสู้กับความอยากเสพยา ซึ่งจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านในเรื่องนี้ประมาณ 4-5 ข้อ ขอให้ท่านตอบคำถามตามความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน

2.ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

2.1 คำถามหลัก การที่ต้องเข้ามาเป็นผู้รับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร

คำถามรอง

-ความรู้สึก (ด้านบวก) ส่งผลต่อตัวท่านอย่างไร ท่านจัดการกับความรู้สึกนั้นอย่างไร

-ความรู้สึก (ด้านลบ) ส่งผลต่อตัวท่านอย่างไร ท่านจัดการกับความรู้สึกนั้นอย่างไร

2.2 คำถามหลัก มีอะไรบ้างที่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ท่านรู้สึกต้องการที่เสพยาบ้า (เหตุการณ์/ บุคคล/สถานที่)

คำถามรอง

สิ่งที่กระตุ้น

-ท่านจัดการกับสิ่งที่กระตุ้นนั้นอย่างไร

-เพราะอะไรจึงจัดการเช่นนั้น

ความรู้สึกอยากเสพยาบ้า

-ท่านจัดการกับความรู้สึกอยากเสพยาบ้าอย่างไร

-เพราะอะไรจึงจัดการเช่นนั้น

-มีใคร/อะไร ทำให้ท่านจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือความรู้สึกอยากเสพนั้นมาได้

2.3 คำถามหลัก มีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านตัดสินใจเลือกที่จะกลับมาใช้ยาบ้าซ้ำหรือไม่กลับมาใช้ยาซ้ำ

คำถามรอง

ใช้ยาบ้าซ้ำ

- ท่านตัดสินใจเลือกที่จะกลับมาใช้ยาบ้าซ้ำ เพราะอะไร
- ท่านคิดว่า มีอะไรบ้าง/มีใครบ้าง ที่มีส่วนทำให้ท่านไปกลับไปเสพยาซ้ำอีก
- เพราะเหตุใด สิ่งนั้น/คนๆนั้น จึงมีส่วนในการตัดสินใจของท่าน

ไม่กลับมาใช้ยาบ้าซ้ำ

- ท่านตัดสินใจเลือกที่จะไม่กลับมาใช้ยาบ้าซ้ำ เพราะอะไร
- ท่านคิดว่า มีอะไรบ้าง/มีใครบ้าง ที่มีส่วนทำให้ท่านไม่ไปกลับไปเสพยาซ้ำอีก
- เพราะเหตุใด สิ่งนั้น/คนๆนั้น จึงมีส่วนในการตัดสินใจของท่าน

2.4 คำถามหลัก มีสถานการณ์/เหตุการณ์เสี่ยงอะไรบ้างที่อาจทำให้ท่านมีโอกาสกลับไปใช้ยาซ้ำอีก

คำถามรอง -หากเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นจริง ท่านจะอย่างไร -เพราะอะไรจึงทำเช่นนั้น

3.ขั้นยุติการสนทนา

-ในมุมมองของท่าน คิดว่า อะไรคือสิ่งสำคัญที่ทำให้ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ไม่กลับไปเสพยาซ้ำอีก

-ท่านยังมีอะไรที่ยังอยากจะเล่าเพิ่มเติมอีกบ้าง

ตัวอย่างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัยโครงการ
การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้าน
การเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

โครงการย่อย : การศึกษาองค์ประกอบและปัจจัยทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็น ความรู้สึกของท่าน โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 9 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย	จำนวน 41 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการเผชิญความเครียด	จำนวน 40 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามดัชนีวัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 8	แบบประเมินโรควิตกกังวลด้วย 9 คำถาม (9Q)	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 9	แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต	จำนวน 28 ข้อ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
หัวหน้าโครงการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง จงเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1.1 เพศ 1.ชาย 2.หญิง

1.2 อายุ.....ปี (ตอบเป็นจำนวนที่อายุครบปี)

1.3 สถานภาพสมรสของท่าน

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

1.4 ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

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

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

6.ปริญญาตรี

1.5 ท่านประกอบอาชีพใดเป็นอาชีพหลัก

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

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

1.6 รายได้ต่อเดือนของท่านโดยประมาณ.....บาท/เดือน

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

1.8 สถานภาพสมรสของบิดามารดา

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

1.9 ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

1.บิดา 2. มารดา 3. บิดาและมารดา

4. ญาติ, พี่น้อง 5. อยู่คนเดียว 6. เพื่อน

7. บุคคลอื่นๆ ระบุ.....

1.10 ก่อนเสพยาบ้า ท่านเริ่มเสพยาเสพติดชนิดใดเป็นครั้งแรก (เช่น สุรา บุหรี่ ยาแก้ไอ กัญชา ไอซ์ ฯลฯ)

1.ไม่เคย

2. เคย (ถ้าเคย) ท่านเริ่มเสพยาเมื่ออายุ.....ปี

สารเสพติดที่ท่านเสพคือ.....

1.11 ท่านเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

1.12 ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

1.13 นอกจากยาบ้าแล้ว ในปัจจุบันท่านใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (เช่น สุรา บุหรี่ ยาแก้ไอ กัญชา ไอซ์ ฯลฯ)

1.ไม่ใช้ 2. ใช้ (ถ้าใช้) ระบุชนิดของสารเสพติด.....

1.14 ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน

1.แข็งแรงดี 2.เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นประจำ 3. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

1.15 ท่านเคยมีปัญหาด้านร่างกายจากการเสพยาบ้าหรือไม่ เช่น ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

1. ไม่มี 2. เคยมี (ถ้าเคย) ระบุอาการ.....

1.16 ท่านเข้ารับการรักษาบำบัดครั้งนี้ด้วยระบบใด

1. สมัยครใจ 2. บังคับบำบัด

1.17 ท่านเข้ารับการรักษาบำบัดการเสพยาบ้าครั้งนี้แบบใด

1.แบบผู้ป่วยนอก 2.แบบผู้ป่วยใน

1.18 จำนวนครั้งที่ท่านเข้ารับการรักษาบำบัดการเสพยาบ้า.....ครั้ง (นับรวมครั้งนี้ด้วย)

1.19 สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบันของท่าน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา)

- 1. เลิกเสพได้แล้ว
- 2. เคยหยุดเสพได้บางช่วง เป็นเวลา.....เดือน.....วัน แล้วกลับมาเสพซ้ำ
- 3. ยังเสพอยู่เรื่อยๆครั้ง/เดือน, จำนวนยาบ้าที่ใช้.....เม็ด/เดือน
- 4. หยุดเสพชั่วคราวเนื่องจากอยู่ในระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยใน

1.20 มีสมาชิกในครอบครัวของท่านใช้สารเสพติดหรือไม่ (เช่น สุรา บุหรี่ ยาแก้ไอ กัญชา ไอซ์ ยาบ้า ฯลฯ)

- 1. ไม่มี
- 2. มี (ถ้ามี) บุคคลนั้นเกี่ยวข้องกับท่านโดยเป็น.....ของท่าน
สารเสพติดที่ใช้คือ.....

1.21 ท่านมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้าด้วยหรือไม่ 1.ไม่มี 2.มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เลย
		5	4	3	2	1
1	ฉันมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน ที่ฉันจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					
2	ฉันเป็นคนมีคุณค่าในตนเอง ฉันจึงไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก					
3-40					
41						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
ขณะที่เข้ารับการรักษา เมื่อท่านมีความไม่สบายใจ/เครียด/หรือมีปัญหาท่านมักจะแก้ไขโดย.....	4	3	2	1
1. จัดการปัญหาด้วยการมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ				
2. มุ่งความสนใจไปที่การทำงาน/เรียนให้ประสบความสำเร็จ				
3-39.				
40. คิดว่าทุกอย่างจะเป็นไปตามเวรตามกรรม				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อที่	สภาพในครอบครัว	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด	ไม่จริงเลย
1.	ครอบครัวของเราคิดว่า ปัญหาต่างๆ (เช่น วัยรุ่นเสพยาบ้า) มักเกิดจากความผิดพลาดที่เราทำขึ้น						
2.	มันไม่ฉลาดเลยที่จะวางแผนล่วงหน้า และมีความหวัง เพราะถึงอย่างไรสิ่งที่เกิดขึ้น						
3-19						
20.	ดูเหมือนคนในครอบครัวเราจะสนับสนุนซึ่งกันและกันให้ลองทำในสิ่งใหม่และมีประสบการณ์ใหม่ๆ						

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อความ	มากที่สุด 4	มาก 3	ปานกลาง 2	น้อย 1	ไม่มีเลย 0
1.ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนที่รักและห่วงใยฉัน					
2. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนคอยให้กำลังใจเมื่อฉันเกิดปัญหา					
3 - 14.					
15. ฉันรับรู้ว่ามีเพื่อนบอกถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกอย่างไม่ถูกต้องแก่ฉัน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อที่	ในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี	ตลอดเวลา	บ่อย	นานๆครั้ง	ไม่เลย
1.	ฉันรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ				
2.	ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3-9				
10.	ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีในตัวฉันเลย				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามดัชนีวัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้จะช่วยตัดสินการใช้ยาบ้าของท่าน ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี กรุณาทำเครื่องหมายวงกลม ○ รอบตัวเลือกที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. ท่านใช้ยาบ้ามานานเท่าไร

- ก. 0-6 เดือน 1
- ข. 7 -12 เดือน 2
- ค. มากกว่า 1 ปีแต่ไม่เกิน 5 ปี 3
- ง. มากกว่า 5 ปี 4

2. โดยเฉลี่ยบ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านใช้ยาบ้ามาก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี

- ก. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1
- ข. 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2
- ค. 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 3
- ง. ทุกวัน 4

3 - 17.

18. ข้อใดคือความรู้สึกที่ทำให้ท่านต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (เลือกได้หลายข้อ)

- ก. ฉันมีความรู้สึกกลัวกว่าเป็นคนอื่นในขณะที่ฉันใช้ยาบ้า 2
- ข. จริงๆ แล้วฉันไม่ได้อยากใช้ยาบ้าหรอก แต่ฉันกำลังใช้มันมากขึ้นทุกวัน 4
- ค. ฉันเคยมีอาการหวิวเมื่อฉันใช้ยาบ้าในขนาดสูงๆ 6
- ง. ฉันเคยพยายามฆ่าตัวตาย 8

ส่วนที่ 8 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาตลอดทั้งวัน ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1.	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2.	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3-8				
9.	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

ส่วนที่ 9 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต

คำชี้แจง: ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5	เห็นด้วย 4	เฉยๆ 3	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1
1. ฉันมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ฉันสามารถไว้ใจ/ เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น					
2. ฉันเป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อคนรอบข้าง					
3 - 27.					
28. ฉันมีชีวิตอยู่ในชุมชนที่ดูแลฉันและให้ความช่วยเหลือฉันได้ เมื่อฉันต้องการ (เช่น โรงเรียน ชุมชน ที่พักอาศัย ฯ)					

ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างและแบบแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1
2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2
3. แบบแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารแนะนำสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

1. ชื่อโครงการ “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย”

ชื่อโครงการย่อย ประสบการณ์การรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

2. คณะผู้วิจัย

2.1 ชื่อ-นามสกุล ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ
ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-2181160 โทรสาร 02-2181130
มือถือ 081-5555-879 อีเมล penpaktr_uthis@hotmail.com

2.2 ชื่อ-นามสกุล อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ตำแหน่ง อาจารย์

ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ
ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-218-1157, 081-8040459
อีเมล auyyoo@yahoo.com

2.3 ชื่อ-นามสกุล นายกงจักร สอนลา สถานที่ติดต่อ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เบอร์โทร 081-345-4582 อีเมล kongjuck@hotmail.com

2.4 ชื่อ-นามสกุล นางสาวมะลิ แสงผล สถานที่ติดต่อ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เบอร์โทร 087-098-8900 อีเมล malli_jung@hotmail.com

2.5 ชื่อ-นามสกุล นายสุรธาดา สิงหาวาโน สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลนารมย์
เบอร์โทร 086-0662565 อีเมล ackapon_md@hotmail.com

2.6 ชื่อ-นามสกุล นางสาวนิชกุล ชันบุตรศรี ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 123 หมู่ 16 คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 เบอร์โทร 086-
878-2695 อีเมล nitchy_kk@hotmail.com

ที่ปรึกษาโครงการ ศ.ดร. วีณา จีระแพทย์

ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ
ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330

เบอร์โทร 086-612-6046 อีเมล j_veena@hotmail.com

3. เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง

3.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

ในประเทศไทย แอมเฟตามีน หรือ ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดและมีผู้ใช้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังข้อมูลของผู้เข้ารับการรักษา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูแห่งชาติบรมราชชนนี (ชื่อเดิมคือ สถาบันธัญญารักษ์) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติดที่พบว่าผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้ามีจำนวนเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด โดยเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นมากที่สุด สะท้อนให้เห็นปัญหาการแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญต่อประเทศในอนาคต และแม้ว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแล้ว แต่พบว่าส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาด “พลังต้านการเสพยาบ้า” ซึ่งเป็นความสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือประเมิน “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการคัดกรองวัยรุ่นซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา ยาบ้า และวัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ยาบ้าแล้ว อันจะนำไปสู่ประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลฟื้นฟูสภาพวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดรักษา ยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำต่อไป

3.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า

3.3 วิธีการศึกษาโดยสังเขป

การศึกษาประสบการณ์การรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการพัฒนาเครื่องมือประเมิน “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกระบวนการเพื่อให้เข้าใจความหมายของพลังต้านการเสพยาบ้าตามมุมมองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในบริบทของสังคมไทย

3.4 ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้านี้ กลุ่มตัวอย่างจะเกี่ยวข้องโดยเป็นผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ซึ่งจะมีการส่งข้อมูลที่ไต่จากการวิเคราะห์กลับไปยังอาสาสมัครเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจจำเป็นต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมหากยังมีประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม

3.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้อื่น

การให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างจะได้สำรวจความคิด ความรู้สึก มุมมองต่อชีวิตและประสบการณ์ของตน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางและวางแผนให้การดูแล เพื่อฟื้นฟูสภาพป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้แก่วัยรุ่นเสพยาบ้าทั้งที่อยู่ในระหว่างและหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแล้ว โดยจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าต่อไป

3.6 ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น ส่วนข้อมูลการบันทึกเสียงที่ให้สัมภาษณ์และการถอดเทปบันทึกเสียง จะทำลายทิ้งทันทีหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว

ผู้วิจัยจะตอบคำถามที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังเช่นเร้น จนกลุ่มตัวอย่างพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับต่อไป

3.7 ค่าเดินทางและค่าชดเชยการเสียเวลา ในการวิจัยนี้ มีค่าชดเชยการเสียเวลาของกลุ่มตัวอย่าง คนละ 100 บาทต่อครั้งในการสัมภาษณ์

3.8 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา ความเสี่ยงทางร่างกายจิตใจและผลกระทบต่อทางสังคม

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเศร้า สะเทือนอารมณ์ หรืออาจทำให้มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ แนวทางการป้องกัน คือมีการพิจารณาคำถามวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ ด้านการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และด้านพยาบาลปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด นอกจากนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวและไม่พร้อมจะให้การสัมภาษณ์ต่อ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ พร้อมประเมินความต้องการและความรุนแรงของสภาพอารมณ์ดังกล่าวเพื่อส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้ที่ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์ โทร 02-2181160 โทรสาร 0 2 -2 1 8 1 1 3 0 มี อ ถี อ 081-5555-879 อีเมล penpaktr_uthis@hotmail.com

หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคับข้องใจ สงสัยในการวิจัย หรือต้องการร้องเรียนหากู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร. 02-5310080 ต่อ 492, 503 โทรสาร. 02-9989314

เอกสารแนะนำสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

3. ชื่อโครงการ “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย”
ชื่อโครงการย่อย การศึกษาองค์ประกอบและปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย

4. คณะผู้วิจัย

2.1 ชื่อ-นามสกุล ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ
ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-2181160 โทรสาร 02-2181130
มือถือ 081-5555-879 อีเมล penpaktr_uthis@hotmail.com

4.2 ชื่อ-นามสกุล อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ตำแหน่ง อาจารย์
ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ
ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-218-1157, 081-8040459
อีเมล auyyoo@yahoo.com

2.3 ชื่อ-นามสกุล นายกงจักร สอนลา สถานที่ติดต่อ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เบอร์โทร 081-345-4582 อีเมล kongjuck@hotmail.com

2.4 ชื่อ-นามสกุล นางสาวมะลิ แสวงผล สถานที่ติดต่อ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เบอร์โทร 087-098-8900 อีเมล malli_jung@hotmail.com

2.5 ชื่อ-นามสกุล นายสุรธาดา สิงหาวาโน สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลนารมย์
เบอร์โทร 086-0662565 อีเมล ackapon_md@hotmail.com

2.6 ชื่อ-นามสกุล นางสาวณิชกุล ชันบุตรศรี ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 123 หมู่ 16 คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 เบอร์โทร 086-
878-2695 อีเมล nitchy_kk@hotmail.com

ที่ปรึกษาโครงการ ศ.ดร. วีณา จีระแพทย์

ที่อยู่ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ
ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330

เบอร์โทร 086-612-6046 อีเมล j_veena@hotmail.com

3. เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง

3.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

ในประเทศไทย แอมเฟตามีน หรือ ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดและมีผู้ใช้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังข้อมูลของผู้เข้ารับการรักษา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูแห่งชาติบรมราชชนนี (ชื่อเดิมคือ สถาบันธัญญารักษ์) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติดที่พบว่าผู้เข้ารับการรักษา ยาบ้ามีจำนวนเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด โดยเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นมากที่สุด สะท้อนให้เห็นปัญหาการแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญต่อประเทศในอนาคต และแม้ว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแล้ว แต่พบว่าส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาด “พลังต้านการเสพยาบ้า” ซึ่งเป็นการสามารถในการต่อต้านการเสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเครื่องมือประเมิน “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการคัดกรองวัยรุ่นซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา ยาบ้า และวัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ยาบ้าแล้ว อันจะนำไปสู่ประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลฟื้นฟูสภาพวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดรักษา ยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำต่อไป

3.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน “พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ” สำหรับใช้คัดกรองวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย 2 ข้อ ดังนี้

- 3.2.1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบของพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า
- 3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า

3.3 วิธีการศึกษาโดยสังเขป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกระบวนการ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสองข้อดังกล่าวข้างต้น

3.4 ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะเกี่ยวข้องโดยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้ข้อมูลตามจริงเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-35 นาที

3.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้อื่น

การให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามนี้ จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางและการวางแผนให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำที่มีประสิทธิภาพให้แก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งที่อยู่ในระหว่างและหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแล้ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าต่อไป

3.6 ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะตอบคำถามที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังเช่นเร้น จนกลุ่มตัวอย่างพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับต่อไป

3.7 ค่าเดินทางและค่าชดเชยการเสียเวลา ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม คนละ 100 บาท

3.8 ความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา ความเสี่ยงทางร่างกายจิตใจและผลกระทบทางสังคม

ในการให้ข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดความรู้สึกเศร้า สะเทือนอารมณ์ และไม่สบายใจ จากการตอบแบบสอบถามบางชุด เช่น แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินโรคซึมเศร้า ด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเสี่ยงในเรื่องนี้ จึงมีแนวทางการป้องกัน คือ ได้เรียงลำดับแบบสอบถามทั้งสองชุดนี้ไว้ในตอนท้ายๆ อีกทั้ง ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวและไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อ ก็สามารถหยุดทำแบบสอบถามได้ และผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะประเมินความรุนแรงของสภาพอารมณ์ดังกล่าวเพื่อส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อได้ที่ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์โทร 02-2181160 โทรสาร 02-2181130 มือถือ 081-5555-879 อีเมล penpaktr_uthis@hotmail.com

หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือต้องการร้องเรียนหากรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรม สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร. 02-5310080 ต่อ 492, 503 โทรสาร. 02-9989314

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่น
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....ปี.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบให้คำยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับการวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบ
คำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังเช่นเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุป
ผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาโดยไม่คิด
มูลค่าและได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทน
ความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้า
สามารถติดต่อได้ที่ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรราช ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ ปทุมวัน กทม. 10330 เบอร์
โทร 02-2181160 โทรสาร 02-2181130 มือถือ 081-5555-879 อีเมล

penpaktr_uthis@hotmail.com

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ** เบอร์โทร 081-5555-879

ข้าพเจ้าได้อ่านได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ
ดีแล้วข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะ
โดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วย

กฎหมาย

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ที่ สธ ๐๓๑๗/๓๖๒๘



สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาธิปไตย อำเภออัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๗ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ.๐๕๑๒.๑๓/๑๗๒๔ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

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

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณา และมีมติให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการโครงการวิจัยตามกระบวนการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิโรจน์ วีระชัย)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

โทร: ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐ ๘ ต่อ ๔๙๒, ๔๙๙, ๕๐๓

โทรสาร ๐ ๒๕๙๘ ๔๓๑๔



คณะกรรมการพัฒนาโครงการวิจัย
สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพเด็ก กรมการแพทย์

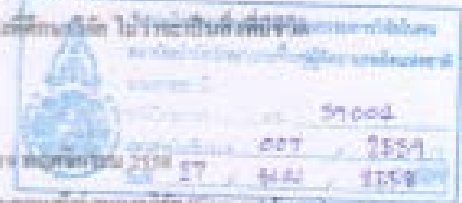
รหัสโครงการวิจัยที่ 59004
เลขสารบัญโครงการที่ 007/2559

- ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย
ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน ในการประเมินผลเชิงจิตวิทยาการเสพติดในวัยรุ่น
ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) A Development of the Standardized Instrument to Assess Resilience to
Addictive Relapse among Thai Adolescent
ชื่อผู้วิจัย (นาม, นามสกุล) ... ศศ.ดร. ศุภชัย ภูษิต
คณะ ... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หน่วยงานที่สังกัด ... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยโครงการวิจัย :
คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย ได้พิจารณาและเห็นชอบให้โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้น
แล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การตลาดในท้องถิ่น และสิทธิของชุมชนที่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัย
- 2) วิธีการดำเนินการในภาคใต้ในประเทศไทยของศูนย์วิจัยสุขภาพเด็ก กรมการแพทย์ (Infected
disease) รวมทั้งการปกป้องสิทธิผู้ป่วย โรคเอดส์ โรคทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์วิจัยสุขภาพเด็ก กรมการแพทย์
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ไม่ก่อความเสียหายต่อสิทธิของผู้อื่น ไม่กระทบกับสิทธิของผู้อื่น

หรือไม่เป็นข้อควรพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้
(✓) โปรดดูเอกสารแนบต่อไปนี้
- โครงการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ครบถ้วน ณ วันที่ 19 ตุลาคม 2558
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Questionnaire Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)
ฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ครบถ้วน ณ วันที่ 19 ตุลาคม 2558
- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงจิตวิทยาการเสพติดในวัยรุ่น ณ วันที่ 19 ตุลาคม 2558



6. วันที่ที่พิจารณาเสร็จ ... 17 ... เดือน ... ตุลาคม ... พ.ศ. 2558
วันที่ที่หมดอายุ ... 28 ... เดือน ... ตุลาคม ... พ.ศ. 2559

ลงนาม ... (น.ศ.อ.อ. ...) ... (นายแพทย์ ...)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย ... กรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

ข้อนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขว่าผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขของคณะกรรมการพัฒนาโครงการวิจัย