



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

สุธาดา สิงหาโน* และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นอายุ 12-24 ปี ที่เสพยาบ้าและเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 185 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) การเผชิญความเครียด 4) ดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า 5) ความเข้มแข็งของครอบครัว และ 6) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแบบประเมิน 7) โรควิตกกังวล (GQ) และ 8) พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย เครื่องมือชุดที่ 2-8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .74, .91, .66, .83, .94, .84 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย: พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก (Median=169, SD=22.3) การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 48.40 ($R^2 = .484$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (Z_y) = .621 (การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + .212 (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + .217 (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - .131 (ภาวะซึมเศร้า)

สรุป: การส่งเสริมวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ โดยพัฒนาให้เกิดปัจจัยปกป้อง คือ การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และลดปัจจัยเสี่ยง คือ ภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย /พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ /วัยรุ่น

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Predictive Factors of Resilience to Amphetamine Relapse among Adolescent Amphetamine Users

Suradhada Singhawano* and Penpaktr Uthis**

Abstract

Purpose: The study aimed to examine resilience to amphetamine relapse and the predictive power of factors for resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users.

Design: Predictive correlation study.

Methods: The subjects were 185 adolescent amphetamine users aged 12 to 24 years old who were receiving outpatient treatment from hospitals of the Department of Medical Services. Research instruments included the following questionnaires: 1) the demographic data form, 2) Rosenberg's self-esteem scale, 3) the adolescent coping scale, 4) the addiction severity index, 5) the family hardiness index, 6) the social support by peers evaluation form, 7) the nine questions for depression (9Q) and 8) the resilience to amphetamine relapse scale. All had content validity. The Cronbach's alpha coefficients of reliability of the 2nd to 8th instruments were .74, .91, .66, .83, .94, .84 and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Findings: Almost half of adolescent amphetamine users (48.11%) rated their resilience to amphetamine relapse as high. Problem-focused coping, family hardiness, social support from peers and depression were predictors with 48.40% of total variances explained for resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users ($p = .01$).

The equation derived from standardized scores was as follows: Resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users = .621 (problem-focused coping) + .212 (family hardiness) + .217 (social support by peers) - .131 (depression).

Conclusion: Nurses can promote resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users by enhancing their protective factors, including problem-focused coping, family hardiness and social support by peers, as well as reducing risk factors for depression.

Keywords: Predictive factors/ Resilience to amphetamine relapse/ Adolescent

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Pathumwan District, Bangkok 10330, Thailand. Email: Penpaktr_Uthis@hotmail.com



บทนำ

การเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่มีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของชาติ รวมทั้งต่อระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงยาบ้าได้ง่าย และเสี่ยงต่อการเสพติดยาบ้ามากที่สุด (Soontornchoti & Uthis, 2013) สถิติในระบบรายงาน ระบบติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ได้รายงานผลการดำเนินงานจำแนกตามแบบบำบัดรักษาจากทั่วประเทศ ในส่วนของกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2559 ว่า ยาเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือ ยาบ้า มีจำนวน 4,716 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.63 จากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั้งหมด และสถิติผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2559 พบว่าเป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด จำนวน 96,393 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.37 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.91 (Ministry of Public Health, 2016) การเสพยาบ้าของวัยรุ่น ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและสุขภาพจิต และมีมิติด้านสังคม เช่น ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใกล้ชิด ขาดการยอมรับนับถือจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น หากวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้และเลือกใช้วิธีการเสพยาบ้าซ้ำเพื่อเป็นทางออกของปัญหา จะทำให้กลับไปสู่วงจรของยาเสพติดเช่นเดิม (Ratchanachantra & Meekun, 2010) โดยการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญและแก้ไขได้ยาก แม้ประเทศไทยมีนโยบายนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพื่อเป็นการให้โอกาสแก่ผู้เสพยาได้เข้าถึงกระบวนการบำบัดและเป็นการคืนคนดีกลับสู่สังคม ดังเจตนารมณ์ของกฎหมายตาม พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งแบ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแม้ว่าผู้เสพยาบ้าจะเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบใดระบบหนึ่ง แต่พบว่า ภาพรวมของการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าให้ได้ผลในระยะยาว ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เป็นเหตุให้มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

ทั้งในระหว่างและภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษาแล้ว (Soontornchoti & Uthis, 2013) ดังผลการศึกษาของ Juntalasena (2006) ที่พบว่า ร้อยละ 58 ของวัยรุ่นเป็นผู้เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้า เป็นครั้งที่ 2 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 77 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีหลังการบำบัด (Amawattana, 2005) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยของสถาบันธัญญารักษ์ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบในอัตรา ร้อยละ 19.15, 20.93 และ 24.12 ตามลำดับ (Thanyarak Institute, 2016)

สาเหตุสำคัญในการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่น เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้เสพโดยตรง เช่น การมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ วิธีการแก้ไขปัญหามิเหมาะสม กลัวไม่ได้รับการยอมรับ และการรับรู้ผลทางบวกจากการใช้ยาเสพติด เป็นต้น (Suwannanon, et al., 2007) และเมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง เหล่านี้สะท้อนถึงการขาด “พลังด้านการเสพยาเสพติด” (resilience to drug use) ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการจะกลับไปเสพหรือไม่เสพยาซ้ำของวัยรุ่น (Meschke and Patterson, 2003; Dillon, et al., 2007) ผลการศึกษานานาชาติในประเทศ เช่น Hawkins, Catalano & Miller (1992) Braverman (1999) และ Meschke & Patterson (2003) พบว่า พลังด้านการเสพยาเสพติด เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพหรือไม่เสพยาซ้ำในวัยรุ่น จากความสำคัญดังกล่าว Soontornchoti & Uthis (2013) และ Satheankittana & Uthis (2016) จึงได้นำแนวคิดนี้มาศึกษาในผู้เสพยาบ้าของประเทศไทย ในชื่อภาษาไทยว่า “พลังด้านการเสพยาบ้า” (resilience to amphetamine use) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจ ศึกษาการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่เป็นผู้เสพยาบ้าและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแล้ว ดังปัญหาสำคัญที่กล่าวถึงข้างต้น และเพื่อให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษาจึงเรียกภาวะนี้ว่า “พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ” (resilience to amphetamine relapse)



ซึ่งหมายถึง การที่วัยรุ่นที่เสพยาบ้ามีการรับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพของตนเองในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิดและทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าสำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียดหรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า โดยตั้งศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว (Uthis, et al., 2016) ถือเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนซึ่งมีองค์ประกอบย่อยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาบ้า 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาบ้า ดังนั้นพลังด้านการเสพยาบ้าจึงเป็นเสมือนกลไกหรือกันชนที่ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าได้และลดการกลับไปเสพยาบ้า (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Braverman, 1999; Uthis, et al., 2016) นอกจากนี้ยังไม่พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแล้วมีพลังด้านการเสพยาบ้าชำนาน้อยเพียงใดและมีปัจจัยใดที่ส่งผลถึงตัวแปรนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ โดยนำแนวคิด resilience to drug use ของ Dillon, et al. (2007) ร่วมกับการใช้แบบจำลอง The Adolescent Resilience Model (ARM) ของ Haase (2004) และผลการวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย มาพิจารณาเลือกปัจจัยให้เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย จำแนกเป็นปัจจัยหลัก 2 ด้าน คือ **1) ปัจจัยปกป้อง** หมายถึง ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีแนวโน้มในการเกิดพลังด้านการเสพยาบ้า ช่วยลดหรือยับยั้งพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเสพยาบ้า หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับตัว ได้แก่ 1.1) ปัจจัยปกป้องด้านบุคคล คือ **การเห็นคุณค่าในตนเอง** พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้า (Soontornchoti & Uthis, 2013) **การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง** และ **การเผชิญความเครียดโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ** พบว่า การเผชิญความเครียดทั้งสองแบบเป็นการเผชิญ

ความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทำให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าสามารถผ่านพ้นวิกฤติและไม่หวนกลับไปเสพยาบ้า (Grothberg, 2003; Dillon, et al., 2007; Soontornchoti & Uthis, 2013) 1.2) ปัจจัยปกป้องด้านครอบครัว คือ **ความเข้มแข็งของครอบครัว** พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถยับยั้งพฤติกรรม การเสพยาบ้าของวัยรุ่นได้ และปกป้องไม่ให้วัยรุ่นกลับไปเสพยาบ้า (Hoffman & Cerbone, 2002) 1.3) ปัจจัยปกป้องด้านสังคม คือ **การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน** พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่ใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องจากการใช้ยาเสพติด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้า (Piko, 2000; Soontornchoti & Uthis, 2013) และ **2) ปัจจัยเสี่ยง** หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางลบมากขึ้นหรือเพิ่มโอกาสในการไปเสพยาบ้า ได้แก่ 2.1) ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล คือ **เพศ** พบว่า เพศหญิงมีพลังด้านการเสพยาบ้ามากกว่าเพศชาย ส่งผลให้เพศหญิงและเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (Fisher, et al., 2007) **อายุที่เริ่มเสพยาบ้า** พบว่า การเริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดยาบ้าและเพิ่มอัตราการเสพยาเสพติดชนิดรุนแรงอื่นๆ สูงขึ้น ดังนั้นวัยรุ่นที่เริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุน้อยๆ จะมีแนวโน้มที่จะมีพลังด้านการเสพยาบ้าต่ำ (Dillon, et al., 2007) **การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา** พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้า โดยวัยรุ่นที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้มักจะใช้การเสพยาบ้าเพื่อเป็นทางออกหรือเป็นตัวช่วย (Soontornchoti & Uthis, 2013) 2.2) ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วย คือ **จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา** พบว่า จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังด้านการเสพยาบ้า โดยจำนวนครั้งที่มากจะสะท้อนให้เห็นว่าพลังด้านการเสพยาบ้าต่ำ (Dillon, et al., 2007) **ความรุนแรงของการเสพยาบ้า** พบว่า ผู้ที่เสพยาบ้าซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาในในระดับรุนแรง ทั้งนี้มาจากการมีพลังด้านการเสพยาบ้าในระดับที่ต่ำ (Dillon, et al., 2007) และ **ภาวะซึมเศร้า** พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซ้ำส่วนใหญ่มีภาวะ



ซึมเศร้าร่วมด้วย (Uthis, et al., 2016) 1.3) ปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัว คือ **การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว** พบว่า วัยรุ่นที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงที่จะติดยาบ้ามากกว่าครอบครัวปกติถึงสามเท่า สะท้อนให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น (Juntalasena, 2006)

เนื่องจากการส่งเสริมให้วัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้ว เกิดพลังต้านการเสพยาบ้าเข้ายังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงที่สามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าเข้าได้ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องต่อการเกิดพลังต้านการเสพยาบ้าเข้า อันจะส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้วมีพลังต้านการเสพยาบ้าเข้าสูงขึ้น และสามารถป้องกันอาการกลับไปเสพยาบ้าเข้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังต้านการเสพยาบ้าเข้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าเข้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และ การเผชิญความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation study research design)

ประชากร คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุระหว่าง 12-24 ปี ที่ได้รับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยนอก ของ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ ที่มีขนาด 200 เตียง ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้าจำนวน 185 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุระหว่าง 12-24 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบ ICD-10 เป็นผู้เสพยาบ้า (F15.1) หรือผู้ติดยาบ้า (F15.2) เข้ารับการบำบัดทั้งในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั่วประเทศ ที่มีขนาด 200 เตียงขึ้นไป (Bureau of Policy and Strategy, 2013) คือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 จังหวัด 1) ปทุมธานี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติดบมราชชนนี) 2) ขอนแก่น 3) สงขลา และ 4) เชียงใหม่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978; cited in Thato, 2009) ($n \geq 10k + 50$) จะได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 180 คน แต่เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จึงเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง โดยใช้ข้อมูลจากระบบ บสต. ปีงบประมาณ 2558 และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุที่เริ่มเสพยาบ้า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ประวัติการใช้สารเสพติด การเจ็บป่วย การใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว มีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของ Srimoragot (1993) แปลมาจาก The Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg (1965) และพัฒนาต่อโดย Sumnuan (2002) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะ



คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อย นานๆครั้ง และไม่เลย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ดัดแปลงจาก The adolescent coping scale ของ Frydenberg & Lewis (1993) โดย Mingmaung (1997) และ Sumnuan (2002) นำมาพัฒนาเพื่อใช้สำหรับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ใช้ความสามารถของตนเอง อาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ และหลีกเลี่ยงปัญหา ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้า พัฒนาโดย Thanyarak Institute (2003) เป็นแบบปรนัย 4-5 ตัวเลือก จำนวน 18 ข้อ แบ่งเกณฑ์ระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาบ้าออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้นของการเสพยา ระยะยังคงเสพยา ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา และระยะวิกฤติ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ของ Uthis (1999) แปลจาก The family hardiness index ของ McCubbin, McCubbin & Thompson (1986) และ Soontornchoti & Uthis (2013) นำมาปรับปรุงเพื่อใช้กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สร้างโดย Chukrut (1998) และ Soontornchoti & Uthis (2013) นำมาปรับปรุงเพื่อใช้กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ของ Department of Mental Health (2014) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ของ Uthis, et al. (2016) พัฒนาจาก

แนวคิด Resilience to drug use ของ Dillon, et al. (2007) ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในประเทศไทย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย คิดคะแนนโดยนำคะแนนจากทุกข้อมารวมกัน และแบ่งระดับคะแนน โดยนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งเกณฑ์พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยเกือบทุกชุดเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการหาคุณภาพโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นเสพยาเสพติดรวมถึงยาบ้ามาแล้ว จึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใหม่ยกเว้นแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91 การทดลองใช้เครื่องมือทุกชุดกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือส่วนที่ 2-8 เท่ากับ .74, .91, .66, .83, .94, .84 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” โดย Uthis, et al. (2016) ซึ่งผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีตามหนังสือแจ้งเลขที่ สธ 0313/3838 (3 ธันวาคม 2558) อีกทั้งผู้วิจัยในการศึกษานี้ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยต้องลงนามในหนังสือเจตนายินยอมโดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ทุกรายต้องได้รับการยินยอมและอนุญาต



จากผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลโดยภาพรวม และจะถูกทำลายหลังการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ และผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าส่วนงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความช่วยเหลือในด้านข้อมูล และการประสานงานในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล

2. สืบหารายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางราชการที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล ตารางวันนัดพบแพทย์ เป็นต้น

3. เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลในวันและเวลาที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการและขั้นตอนดำเนินการวิจัย และสถิติ

การใช้เครื่องมือวิจัยทุกชุด จนเข้าใจถูกต้องตรงกันกับผู้วิจัย รวมทั้งผู้วิจัยได้สาธิตย้อนกลับในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนผู้ช่วยวิจัยทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการตอบคนละประมาณ 30-45 นาที ยกเว้นบางรายที่มีข้อจำกัดในการอ่าน ผู้วิจัยเป็นคนอ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นรายข้อ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว พบว่ามีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 185 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.4

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา 2) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนใช้วิธี simple correlation technique ระหว่างตัวแปรทำนายทั้ง 12 ตัว ไม่พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มากกว่า .65 จึงไม่เกิดปัญหา multicollinearity (Burns and Grove, 2001)

ผลการวิจัย

วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.2 มีอายุระหว่าง 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.68 จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 42.2 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 86.5 ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 36.2 มีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,500 บาท มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากผู้ปกครองเป็นหลักคิดเป็นร้อยละ 60.5 บิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 65.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดาคิดเป็นร้อยละ 54.6 โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในอดีตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้าคิดเป็นร้อยละ 68.6 โดยชนิดของสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดก่อนการเสพยาบ้า คือ บุหรี่ ร้อยละ 41.6 อายุต่ำสุดที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกคือ 10 ปี และอายุเฉลี่ย



ที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกคือ 16.20 ปี มีค่ามัธยฐานระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบันคือ 25 เดือน ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดการเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบัน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 ครั้ง

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 77.3 ใช้สารเสพติดอื่นร่วมนอกเหนือจากยาบ้าในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 67.8 โดยสารเสพติดที่ใช้รวมมากที่สุด คือ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 27.6 มีความรุนแรงของการเสพยาบ้าก่อนการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้อยู่ในระยะยังคงเสพยา คิดเป็นร้อยละ 72.4 สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) สามารถเลิกเสพยาได้แล้วคิดเป็น

ร้อยละ 60.2 ในกลุ่มวัยรุ่นที่หยุดเสพยาได้ มีระยะเวลาที่หยุดเสพยาได้ก่อนกลับมาเสพยาซ้ำระหว่าง 10- 90 วัน โดยมีค่ามัธยฐานของจำนวนวันเฉลี่ย คือ 33.50 วัน สำหรับวัยรุ่นกลุ่มที่ยังมีการเสพยาบ้าอยู่เรื่อยๆ นั้น พบว่า มีความถี่ในการเสพยาต่ำสุด คือ 1 ครั้ง/เดือน และสูงสุด คือ เสพทุกวัน หรือ 30 ครั้ง/เดือน มีค่ามัธยฐานจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เสพยาบ้า คือ 4.50 ครั้ง/เดือน ปริมาณยาบ้าที่ใช้มีจำนวนต่ำสุด คือ 1 เม็ด/เดือน และสูงสุด คือ 50 เม็ด/เดือน มีค่ามัธยฐานจำนวนเม็ดเฉลี่ยที่เสพ คือ 9 เม็ด/เดือน จากตารางที่ 1 พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.11) มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.14 และ 14.59 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n = 185)

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

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

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าสูงสุด (Beta = .621) รองลงมา คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว (Beta = .212) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Beta = .217) และภาวะซึมเศร้า (Beta = -.131) โดยปัจจัยทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกัน

ทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ร้อยละ 48.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ (Z_y) = .621 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง) + (ความเข้มแข็งของครอบครัว) + .217 (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน) - .131 (ภาวะซึมเศร้า)



ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยถดถอยทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n = 185)

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	B	S.E.b	Beta	t	p-value
การเผชิญความเครียดโดยใช้ ความสามารถของตนเอง	.621	.385	1.787	.171	.621	10.470	.000
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.652	.425	.408	.117	.212	3.491	.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.684	.468	.446	.120	.217	3.735	.000
ภาวะซึมเศร้า	.695	.484	-.615	.272	-.131	-2.264	.025
Constant = 47.837 F=12.430							

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.11) มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา Soontornchoti & Uthis (2013) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.70) มีพลังด้านการเสพยาบ้าอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ เนื่องจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจากการศึกษาทั้งสองเรื่องอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาของ Soontornchoti & Uthis (2013) เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่ต้องคดีตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และถูกศาลสั่งให้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคตะวันออก ไม่ใช่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ แต่อยู่ในภาวะจำยอมต้องเข้ารับการบำบัดตามกฎหมาย จึงอาจขาดแรงจูงใจและพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลให้มีการรับรู้ว่าตนเองมีพลังด้านการเสพยาบ้าที่ต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จากการศึกษาครั้งนี้ คือ ร้อยละ 77.3 เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจตามประกาศของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 (Royal Thai Government Gazette, 2014) ซึ่งมองว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ทำให้สามารถเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจโดยไม่ถือเป็นความผิดทางกฎหมายมากขึ้นกว่าในอดีต นอกจากนี้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งตัดสินใจเข้ารับการบำบัด

ด้วยความสมัครใจ ถือเป็นผู้มีแรงจูงใจในตนเองและความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำสูง (Panchabuse & Saengduenchai, 2013) จึงมุ่งใช้ความสามารถหรือศักยภาพในการควบคุมตนเองอย่างมีสติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดยาบ้า (Karoly, 1993) เป็นเหตุให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับมาก เพราะความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเองนี้เป็นองค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญของบุคคลที่มีภาวะ resilience (Kobasa, 1979) รวมถึงการมีพลังด้านการใช้ยาเสพติด (Brown, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Netnuanyai, et al. (2014) พบว่าเยาวชนที่ตัดสินใจเลิกเสพยาบ้าและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าค่อนข้างสูง และการศึกษาของ Pattrakorn & Chaipichitpan (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจมีโอกาสเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ถึง 1.56 เท่า

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้นำด้านวิชาการสารเสพติด จึงมีความพร้อมในการบำบัดรักษาโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างครบถ้วนได้มาตรฐานตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งได้รับการบำบัด



รักษาด้วยยาตามอาการ และได้รับการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมตามความรุนแรงของการเสพติดควบคู่ไปด้วย เช่น การบำบัดแบบสั้น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดแนวชาเทียร์ ครอบครัวบำบัด และชุมชนบำบัด ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งการบำบัดเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดทักษะชีวิตและความเชื่อมั่นในการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ส่งผลให้มีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับมาก

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าพบว่า การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Soontornchoti & Uthis (2013) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เนื่องจากเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ใช้พลังความสามารถของตนเองในการควบคุม จัดการ และแก้ไขโดยตรงที่สาเหตุซึ่งทำให้เกิดความเครียดในระหว่างรับการบำบัดการเสพติดยาบ้า ทำให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้ารับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์เครียดในชีวิตได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ตรงกับ “I can” หรือ “พลังสู้” ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเอง ว่าสามารถแก้ปัญหาได้ และ มีความมั่นใจพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น อันเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของ resilience (Grotberg, 1995; Department of Mental Health, 2011)

ผลการวิจัยยังพบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman & Cerbone (2002) และ Surinya (2008) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นเหมือนเกราะกำบังหรือภูมิคุ้มกันที่ทำให้ภาวะเครียดจากปัญหาต่างๆ ที่มากระทบกับ

ครอบครัวเบาบางลง อีกทั้งทำให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันจนเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ต่างๆ ไปได้ด้วยดี รวมถึงสถานการณ์เครียดจากการที่สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด และส่งผลให้วัยรุ่นเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำตามมา นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็นปัจจัยปกป้องอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soontornchoti & Uthis (2013) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อน ดังนั้นการสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนจึงส่งผลให้วัยรุ่นที่กำลังเผชิญกับภาวะเครียดจากการเข้ารับการบำบัดเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำได้ (Piko, 2000) สำหรับปัจจัยเสี่ยงนั้น พบว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ziaian, et al. (2012) ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมี resilience ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่เสพยาบ้า มักจะมีปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Kittirattanapaiboon & Junsirimongkol, 2012) ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและหมดกำลังใจที่จะบำบัดยาบ้าได้สำเร็จ ส่งผลให้มีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ โดยส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้วรวมทั้งครอบครัวเกิดปัจจัยปกป้องที่ทำให้วัยรุ่นมีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำมากขึ้น ได้แก่ มีการเผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเอง มีความเข้มแข็งของครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และให้การบำบัดดูแลเพื่อลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น



ข้อจำกัดในการวิจัย

การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการอ้างอิง ควรคำนึงว่า ได้ผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เกือบร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพศชาย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้โครงการวิจัยร่วมเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก แผนงานภาควิชาการสารเสพติด (ภวส.)

References

- Amawattana, T. (2005). *Counseling Psychology for Addiction Client*. Bangkok: Sahamitr printing.
- Braverman, M. (1999). “Research on resilience and its implications for tobacco prevention”. *Nicotine and Tobacco Research*, 1(Suppl 1), S67-S72.
- Brown, G. (2007). *Identifying and exploring young people’s experiences of risk, protective factors and resilience to drug use*. Home Office Development and Practice Reports are produced by the Research. Retrieved October 1 2015, from <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pubsintro1.html>.
- Bureau of Policy and Strategy. (2013). *Data of Health Service Unit*. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization (4th ed.)*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Chukrut, C. (1998). *Factors of affect the decision-making process of heroin addicts receiving treatment: case study of male adolescent in the treatment area of Bangkok and its vicinity*. Master’s thesis in nursing science in Mental health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Mahidol University, Thailand. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2011). *Activities Guidebook to Strengthening Resilience (I do, I have, I can) in Community*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2014). *Guidebook of Depressive Disorders Surveillance and Care : Provincial Level (Revised Edition III ; 2014)*. (In Thai)
- Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., ... & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office.
- Fisher, M., Crome, I., Macleod, J., Bloor, R., & Hickman, M. (2007). *Predictive factors for illicit drug use among young people*. Retrieved October 1 2017, from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.188.434&rep=rep1&type=pdf>



- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale (ACS)*. Australia: Australian Council for Educational Research.
- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. Early Childhood Development Practice and Reflections No.8*. The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation.
- Grotberg, E. H. (2003). What is resilience? How do you promote it? How do you use it. *Resilience for today: Gaining strength from adversity*, 2, 1-30.
- Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of studies on alcohol*, 62(6), 754-762.
- Haase, J. E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hoffmann, J. & Cerbone, F. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(3), 255-64.
- Juntalasena, S. (2006). *Related factors of amphetamine reuse among adolescents hospitalized in Thunyarak Hospital*. Master's thesis in nursing science in Mental health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Chiang Mai University, Thailand. (In Thai)
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of Self-Regulation: A Systems View. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Kittirattanapaiboon, P. & Junsirimongkol, B. (2012). *Hand book for Practitioners: Therapeutic Care Programs Persons with amphetamine addiction problems in primary care unit. (Trial version)*. Nonthaburi: Development Plan for Care Model Community addicts. (In Thai)
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Netnuanyai, R., Nitnade, Sh., Phookong, S., Boonyapithak, S. & Phukao, D., (2014). Thai youth's voluntary applications of drug treatment. *Journal of the Association of Researchers*, 19(2): 36-44. (In Thai)
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. & Thompson, A. I. (1986). FHI: Family Hardiness Index. In H.I. McCubbin and A.I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp.124-130). (2nded.). Madison: University of Wisconsin – Madison.
- Meschke, L. L. and Patterson, J. M. (2003). Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23(4), 483-513.



- Mingmaung, W. (1997). *Effect of group reality therapy on coping strategies of low academic achievement mathayom suksa three students*. Master's thesis in Art in Counseling Psychology. Graduate School Chulalongkorn University, Thailand. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2016). *Report system Follow up system and anti drug*. Health Administration Division. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Retrieved October 30 2016, from <http://antidrug.moph.go.th>. (In Thai)
- Panchabuse, C., & Saengduenchai, S. (2013). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Program on Early Relapse Prevention among Methamphetamine-Dependent Patients. *Journal of Nursing Division*, 40(1), 24-38. (In Thai)
- Pattrakorn, A., & Chaipichitpan, N. (2015). The effect of FAST model for addiction patient in Thanyarak institute. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 60(1), 71-81. (In Thai)
- Piko, B. (2000). Perceived social support from parents and peer: Which is the stronger predictor? of adolescent substance use. *Substance Use and Misuse*, 35(4), 617-30.
- Ratchanachantra, C., & Meekun, S. (2010). Life Phenomena of Amphetamine Abuse Youth. *Journal of Education and Social development*, 6(1), 81-94. (In Thai)
- Royal Thai Government Gazette. (2014). NCPO Order 108/2014. Retrieved March 12 2018, from http://library2.parliament.go.th/giventake/content_ncpo/ncpo-announce 108-2557.pdf
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Satheankittana, C., & Uthis, P. (2016). The Effect of Integrated Life Skills Training with Family Participation Program on Resilience to Amphetamine Users Receiving Rehabilitation Treatment. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental health*, 30(1), 82-96. (In Thai)
- Soontornchoti, M. & Uthis, P. (2013). Selected Factors Related to Resilience to Amphetamine Use of Adolescents Receiving Treatment, Out Patient Department, Eastern Region Hospital. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental health*, 27(2), 85-98. (In Thai)
- Srimoragot, P. (1993). *Effects of supportive counseling on perceived illness, self-esteem, and moral in cervical cancer patients undergoing radiotherapy*. A Dissertation of Doctoral degree of Nursing Graduate School Mahidol University, Thailand. (In Thai)
- Sumnuan, S. (2002). *Relationships between personal factors, stress appraisal, coping, self-esteem, and psychological well-being of amphetamine addicted adolescents receiving treatment in out patient department, thanyarak institute*. Master's thesis in nursing science in Mental health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Thailand. (In Thai)



- Surinya, T. (2008). Family strength: a psychological viewpoint. *Journal of Social and Humanity Kasetsart University*, 34(2), 22-39. (In Thai)
- Suwannanon, A., Bunnatham, R., Chotiniput, W. & Nooplub, S. (2007). *Personal Factors Related to be Relapse Drug Users*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board. (In Thai)
- Thanyarak Institute. (2003). Therapist Manual. Department of Medical services. Ministry of Public Health. (In Thai)
- Thanyarak Institute. (2016). *Number and percentage of drug outpatients at Thanyarak Institute*. Classified by Fiscal Year 2012-2016. Retrieved October 30 2016, from <http://www.thanyarak.go.th>. (In Thai)
- Thato, R. (2009). *Nursing research: concepts to application*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- 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.
- Uthis, P., Suktrakul, S., Sonlar, K., Sawangpon, M., Singhawano, S. & Khunbutsri, N. (2016). *A Development of the Standardized Instrument to Assess Resilience to Amphetamine relapse among Thai adolescent*. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University. (In Thai)
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, (2012), 1-9.