



การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่น ที่เสพติดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด The Comparative Study of Resilience to Amphetamine Relapse among Adolescent Amphetamine Users in the Institute on Drug Abuse Treatment

สุนิสา สุขตระกูล* เพ็ญพัทธ์ อุทิศ** กงจักร สอนลา*** มะลิ แสงวงผล***

Sunisa Suktrakul, R.N., Ph.D.,* Penpaktr Uthis, R.N., Ph.D.,**

Kongjak Sonla, R.N.,*** Mali Swangpol, R.N.,***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติด 2) เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติดระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด และ 3) เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติดระหว่างกลุ่มที่มีความรุนแรงของการเสพติดที่ต่างกัน โดยพัฒนาแบบประเมินพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทย จากแนวคิดพลังต้านการเสพติด นำมาสร้างแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในบริบทของวัยรุ่นไทยที่เสพติดแล้วพัฒนาเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาซ้ำ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 เก็บข้อมูลในวัยรุ่นที่เสพติดอายุระหว่าง 12 - 24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ จำนวน 366 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทย และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นที่เสพติดด้วยสถิติ Independent t-test, One Way ANOVA และ Post hoc analysis

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Corresponding Author

E-mail: auyyoo@yahoo.com

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Registered nurse, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Pathumtani Province



ผลการวิจัย พบว่า

1. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ ร้อยละ 55.2 และเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 44.8
2. การรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.9 รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 40.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6 และระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 0.8
3. เปรียบเทียบการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ($\bar{X} = 170.69$) สูงกว่า กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ($\bar{X} = 164.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.67$; $p < .05$)
4. คะแนนการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นกลุ่มที่อยู่ในระยะยังคงเสพยาบ้าจะมีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะหมดหนุงกับการเสพยาบ้า ($\bar{X} = 169.75$ และ $\bar{X} = 164.07$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.822$, $p\text{-value} < .05$) โดยกลุ่มที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าระยะยังคงเสพยาบ้ากับระยะหมดหนุงกับการเสพยาบ้า ($Sig = .034$, $p\text{-value} < .05$)

คำสำคัญ : พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า

Abstract

The objectives of this research were 1) to explore resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users, 2) to compare resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users between voluntary system and compulsory system, and 3) to compare resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users between difference severities of amphetamine use groups. The development of the Resilience to Amphetamine Relapse scale was from resilience to drug use concept to create questioning to collect qualitative data in the context of Thai's adolescent drug use. The questionnaire consisted of six elements of the ability to successfully deal with resilience amphetamine relapse. Data collection in adolescent amphetamine users aged 12 - 24 years receiving treatment in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (Thanyarak Hospital) 4 setting 366 persons in Pathum Thani, Khon Kaen, Songkhla and Chiang Mai. The research instruments consisted of 1) personal data questionnaire, 2) the Resilience to Amphetamine Relapse scale, and 3) the Severity of Amphetamine Use. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation. Independent t-test, One Way ANOVA and Post hoc analysis were used for the comparative study of resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users.



The results showed that

1. Adolescent amphetamine users were admitted in voluntary system 55.2% and admitted in compulsory system 44.8%.
2. The perceived of resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users were at the high level 48.9% followed by the highest level 40.7%, the medium level 9.6% and low level to minimal level 0.8%
3. Comparison of perceived resilience to amphetamine relapse among adolescent between voluntary and compulsive system found adolescents who received voluntary system had a significantly higher mean score ($\bar{X} = 170.69$) than adolescents receiving compulsory system ($\bar{X} = 164.30$) ($t = 2.67$; $p < .05$).
4. The scores of perceived resilience to amphetamine relapse among adolescent between differences perceived severity of amphetamine use found the period of continued amphetamines use group had a higher resilience to amphetamine relapse ($\bar{X} = 169.75$) than those in the preoccupation with amphetamine use group ($\bar{X} = 164.07$) and the comparison of different group of perceived severity of amphetamine use were significantly resilience to amphetamine relapse score different ($F = 2.822$, $p\text{-value} < .05$) by group difference were between group of continue to use and group of obsessed with amphetamine ($Sig = .034$, $p\text{-value} < .05$).

Keywords : resilience to amphetamine relapse, adolescent amphetamine users

≡ ความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดที่เสนอโดย ศูนย์อำนวยการและป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ ภายใต้แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 พบการค้ายาเสพติดด้วยการใช้สื่อสังคม (Social Media) เป็นช่องทางทั้งเสนอขายและสั่งซื้อ โดยเฉพาะในระดับขายส่งรายย่อยและขายปลีกให้ผู้เสพควบคู่กับการใช้บริการรับส่งพัสดุภัณฑ์เป็นช่องทางลำเลียงยาเสพติดตรงถึงมือผู้เสพ และใช้บริการธุรกรรมทางการเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-Banking) เป็นช่องทางจ่ายค้ายาเสพติดตรงถึงมือผู้ค้าถูกตรวจ

พบมากขึ้น และยังพบว่าบางเครือข่ายไปถึงขั้นการใช้สกุลเงินดิจิทัล (Bitcoin) ในการค้า ซึ่งนอกจากมีผลให้เครือข่ายการค้ายาเสพติดย่อยๆ เกิดและเพิ่มขึ้นได้ง่าย การแพร่ระบาดยาเสพติดผ่านช่องทางการค้าเหล่านี้ยิ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดทำได้ยากขึ้น และพบว่าประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งในมิติของการเสพและการกระทำความผิดมีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี หรือวัยเด็กและเยาวชน ร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่อยู่นอกกลุ่มวัยรุ่น 15 - 19 ปี¹ ซึ่งจากสถานการณ์การบำบัดผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย รายงานของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2559

มีผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในสถานบริการของรัฐเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 84,841 และ 95,000 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน หรือ “ยาบ้า” และจากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศปีงบประมาณ 2559 พบว่า เป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุดจำนวน 96,393 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.37 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.91² การเสพยาบ้าก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของผู้เสพ คือ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความคิดอ่านช้า อีกทั้งการเสพยาบ้าติดต่อกันเป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบทำให้ผู้เสพยาบ้าสมองเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด และการรับรู้เปลี่ยนไป โดยผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่นั้นเป็นวัยรุ่นซึ่งจะเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการพัฒนาชาติ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อปราบปรามทั้งผู้ค้าและการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดยาเสพติดสูงถึง 1,500 ล้านบาทต่อปี³

ยาบ้า หรือแอมเฟตามีน หรือที่รู้จักกันในชื่อเดิมว่า ยาม้า เป็นสารเสพติดที่มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีทั้งชนิดแคปซูลและชนิดเป็นเม็ดรูปร่างต่างๆ ยาบ้ามีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางจากผลของสารออกฤทธิ์สำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พบในปริมาณเฉลี่ย 22.5 มิลลิกรัมต่อเม็ด บางครั้งพบสารออกฤทธิ์เป็นอีเฟดรีนผสมกับแคเฟอีน นอกจากนี้อาจพบสารปลอมปนอื่น ได้แก่ คลอร์เฟนิรามีน เฟนิลโพรพาโนลามีน พาราเซตามอล แอลไพรีน และสารหนู เป็นต้น การเสพยาบ้าเป็นการกระทำที่บุคคลรับเอาสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการกิน

การฉีด การสูบหรือการสูดดมควัน โดยจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) จากสมองส่วนกลางออกมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้เสพเกิดอารมณ์เป็นสุข สดชื่น แจ่มใส เมื่อสารหมดฤทธิ์ระดับของโดปามีนในสมองจะลดลง ผู้เสพรู้สึกอ่อนเพลีย สับสน กระวนกระวาย เรียกว่าเกิดอาการถอน (Withdrawal) ทำให้ต้องหามาสเสพอีกเพื่อลดอาการดังกล่าว⁴ และต้องเพิ่มปริมาณในการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ (Tolerance) เมื่อเสพไปได้ระยะหนึ่งผลของสารแอมเฟตามีนจะส่งผลต่อสมองและกระบวนการเรียนรู้ ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนจนก้าวเข้าสู่สถานะเป็นผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) และต้องได้รับการบำบัดรักษา⁴ ซึ่งภายหลังจากการบำบัดเสร็จสิ้นมักพบว่า ผู้ป่วยยังคงมีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำจนต้องนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดซ้ำอีก⁵ ดังจะเห็นได้จากรายงานผลการติดตามหลังการบำบัดรักษาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปีงบประมาณ 2559 พบการกลับไปเสพติดยาเป็นจำนวนถึง 2,328 ราย โดยมีสถิติของการเข้าบำบัดมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไปในระหว่างปีงบประมาณ 2557 - 2559 คิดเป็นร้อยละ 34.54, 38.92 และ 37.13 ตามลำดับ⁶ ผู้เสพยาบ้าจะต้องรับการบำบัดในระบบต่างๆ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ โดยสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ ส่วนใหญ่มักจะให้การบำบัดแก่ผู้เสพยาบ้าในรูปของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix program) แต่อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าเหล่านี้ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากสถิติข้างต้นและสถิติในภาพรวมผู้เสพติดยาบ้าที่พบ ร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งในระหว่าง



กระบวนการบำบัดรักษาและภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา⁷

Marlatt, Gordon⁸ นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse) กล่าวว่า การที่บุคคลมีการใช้สารเสพติดซ้ำอาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้เสพสารเสพติดเอง เช่น ความอยาก ความอยากลอง อยากทดสอบตนเอง ภาวะอารมณ์ และความเครียด และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง เช่น ความขัดแย้งกับผู้อื่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมหรือปัญหาต่างๆ และลักษณะการดำเนินชีวิต เป็นต้น จากการทบทวนผลการวิจัยในประเทศไทย⁹⁻¹¹ ซึ่งให้เห็นว่า การเสพยาบ้าซ้ำส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปัจจัยของตัวผู้เสพยาบ้าโดยตรง จึงทำให้เกิดคำถามถึงรูปแบบการบำบัดรักษาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่เป็นเหมือนโปรแกรมสำเร็จรูปที่มีรูปแบบการบำบัดค่อนข้างตายตัวและเป็นขั้นตอน อาจทำให้ขาดความเป็นเอกัตบุคคลที่เหมาะสมกับการจัดการกับภาวะเสพติดและศักยภาพภายในของคนๆ นั้น ทั้งนี้ปัจจัยภายในที่สำคัญนั้นคือการขาดภาวะเรียกว่า “พลังด้านการเสพยาเสพติด (Resilience to drug use)” ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศ¹²⁻¹⁴ และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁵ ยังเป็นข้อค้นพบสำคัญที่อธิบายเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาเสพติดว่า หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสภาพการณ์ที่เครียดและกดดันจากการไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติด หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพยาเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพ โดยพลังด้านการเสพยาเสพติดในมุมมองนี้เป็นกระบวนการภายในที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่

เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าและแสดงออกมาในรูปแบบการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอันเหมาะสม^{16, 17} เช่น ตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า ทั้งนี้ทางร่างกายนั้นจะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการเสพ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าของวัยรุ่นนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อการเสพติดยาบ้า และมีความสัมพันธ์กับประวัติปริมาณการใช้ ความถี่ ความยาวนานของระยะเวลาการเสพยาบ้า และการใช้ยาบ้าจนเกิดปัญหา (Abuse) ซึ่งเป็นความรู้สึกของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีต่อความรุนแรงของภาวะการเสพยาบ้าของตนเองที่เผชิญอยู่ว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการทำหน้าที่ของตนมาน้อยเพียงใด รวมทั้งความรุนแรงของการเสพยาบ้านี้จะเกี่ยวข้องกับระบบบำบัดที่ผู้เสพยาบ้าจะได้เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดครั้งนั้นๆ ดังนั้นการเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ รูปแบบการเข้ารับการบำบัดรักษาและความรุนแรงของการเสพยาบ้า นั้น จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถวางแผนการพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาการเสพซ้ำให้กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าลงได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่มีความรุนแรงของการเสพยาบ้าที่แตกต่างกัน

== คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ==

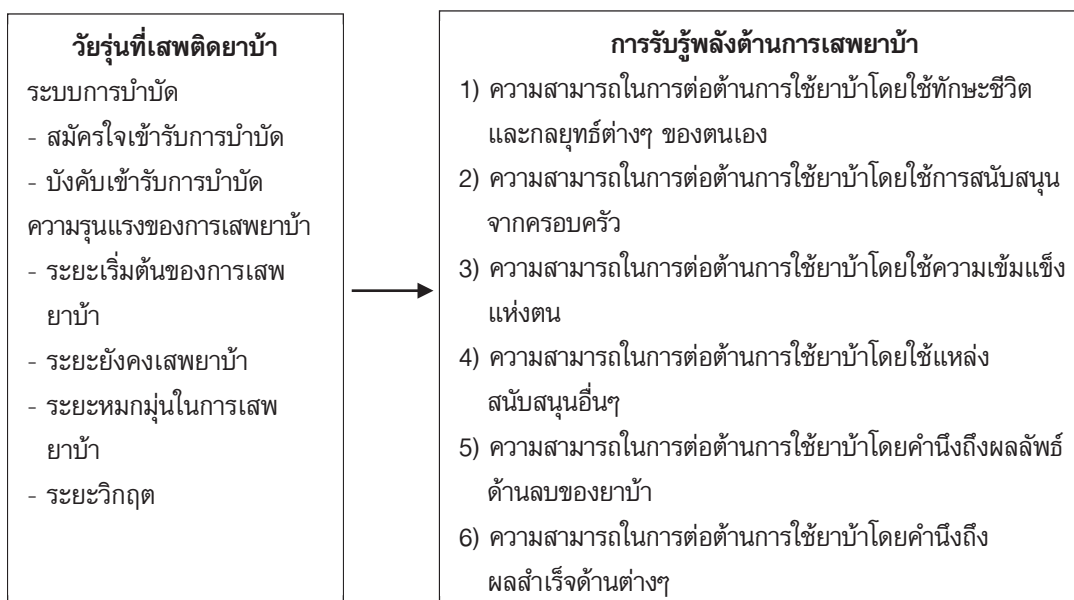
1. พลังด้านการเสพยาบ้า หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในการปรับตัว ทั้งด้านความคิด อารมณ์ จิตใจ ร่างกาย และทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียด หรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้า ซึ่งโดยมีการตั้งศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว ประเมินได้จากแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้

2. วัยรุ่นเสพยาบ้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 12 - 24 ปี (แบ่งเกณฑ์ช่วงอายุตามระบบรายงาน บสต.) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่

== กรอบแนวคิดการวิจัย ==

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าโดยใช้กรอบแนวคิดของ Dillon และคณะ¹⁵ ที่ระบุว่าพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ

ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพลังด้านการเสพยาบ้า ซึ่งด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามหลังการรักษาที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 26 คน จนได้ประเด็นหลักและประเด็นย่อยจากประสบการณ์ตรงของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในบริบทของประเทศไทย สรุปเป็นการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง 2) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว 3) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน 4) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ 5) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า และ 6) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ แล้วพัฒนาเป็นแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าใช้ในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากร คือ วัยรุ่นไทยที่เสพติดยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 12 - 24 ปี ซึ่งรับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติของ

กลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบประเมินพลังด้านการเสพติดยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 41 ข้อคำถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วน STV ratio เท่ากับ $9 : 1^{18}$ ดังนั้นจึงต้องการกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน แต่ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 366 ชุด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

มีดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 12 - 24 ปี (เพื่อให้สอดคล้องกับการแบ่งเกณฑ์ช่วงอายุตามระบบรายงาน บสต.) 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของแต่ละสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด 3) เป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 5) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 6) ได้รับความเห็นชอบและ

ลงนามอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (ในกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) พบว่ามีโรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือจิตที่รุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล 2) ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ที่มาของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแบบเจาะจง คือ เป็นสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดที่มีขนาด 200 เตียงขึ้นไป และเป็นตัวแทนของแต่ละภาคๆ ละ 1 แห่ง รวมจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ แล้วกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 – 30 กันยายน พ.ศ. 2558) จากระบบรายงาน บสต. ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 366 คน คือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี 100 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 126 คน สงขลา 81 คน และเชียงใหม่ 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความสั้นๆ เพื่อสอบถามข้อมูลในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกระยะเวลาที่เสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน

2) แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ จำนวน 41 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และไม่เลย (1) ลักษณะของข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว โดยแต่ละข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันธัญญารักษ์¹⁹ เป็นแบบสอบถามปรนัยจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมี 4 - 5 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความเป็นจริงของตนเอง บางข้อกำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียวและบางข้อให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ แต่ละตัวเลือกของแต่ละข้อมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 0 - 8 คะแนน ตามความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาบ้า คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันมีการแปลผลคะแนน ดังนี้



คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความหมาย
น้อยกว่า 12	ระยะเริ่มต้นของการเสพยา (Introductory phase)	ระยะที่มีการใช้ยาบ้าเพื่อเข้าสู่สังคมและใช้เมื่อมีความเครียดแต่ยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
13 – 35	ระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase)	ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพยาบ้าจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป
36 – 55	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา (Disenchantment phase)	ระยะที่มีการใช้ยาบ้าในทางที่ผิดซึ่งจะเป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยาบ้ามาก เนื่องจากผู้เสพมีความต้องการที่จะหาทางไปหายาบ้ามาเสพให้ได้
56 – 100	ระยะวิกฤต (Disaster phase)	ระยะที่ยาบ้าเข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพยาบ้าจะไม่สามารถควบคุมความอยากเสพได้ เป็นการมีชีวิตอยู่เพื่อใช้ยาบ้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 เมื่อหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้า จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.97 โดยทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกระดับดีขึ้นไป (0.72 - 1.00) ซึ่งถือเป็นแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำได้

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) จากการทดลองใช้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2559 เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบผ่านกระบวนการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เอกสารรับรองเลขที่ 007/2559 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินการ สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ และมีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการดำเนินการวิจัยจะถือเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ รวมทั้งค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามมาตรวัดของข้อมูล

2. เปรียบเทียบการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด และระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าที่แตกต่างกันด้วยสถิติ Independent t-test, One-way ANOVA และ Post hoc analysis

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งสิ้น 366 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.5 (302 คน) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 17.5 (64 คน) มีอายุระหว่าง 18 - 24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 78.7 (288 คน) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 19 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.2 (158 คน) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 26.8 (98 คน) และประถมศึกษา ร้อยละ 22.1 (81 คน) สำหรับสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.3 (305 คน) และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.0 (117 คน) รองลงมา คือ ว่างาน และยัง

เป็นนักเรียน/นักศึกษาอยู่ คิดเป็นร้อยละ 28.4 และ 24.3 ตามลำดับ

อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกมีอายุน้อยที่สุดคือ 10 ปี และสูงสุด คือ 23 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.12 ปี (SD = 2.28) สำหรับระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าถึงปัจจุบัน พบว่ามีระยะเวลาต่ำสุด คือ 1 เดือน และสูงสุดคือ 132 เดือน (SD = 27.67) ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดนับถึงครั้งปัจจุบัน พบว่า มีค่าต่ำสุด คือ 1 ครั้ง และสูงสุดคือ 9 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 ครั้ง (SD = 1.07) และระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน พบว่า เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจมากที่สุด คือ จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 และเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8

2. การรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 48.9) มีคะแนนการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 9.6 ตามลำดับ มีเพียงจำนวน 3 รายเท่านั้น ที่รับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.8) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 169 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n = 366)

คะแนน	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
41-74	น้อยที่สุด	1	0.3
75-107	น้อย	2	0.5
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

3. เปรียบเทียบการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดในระบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ ($\bar{X} = 170.69$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ($\bar{X} = 164.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.67$; $p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามระบบที่เข้ารับการบำบัด
($n = 366$)

พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ระบบที่เข้ารับการบำบัด						
สมัครใจ	202	170.69	22.01	2.67	364	.008*
บังคับบำบัด	164	164.30	23.76			

* $p < .05$

4. คะแนนการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่รับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าต่างกัน พบว่า กลุ่มที่อยู่ในระยะยังคงเสพยาบ้าจะมีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า ($\bar{X} = 169.75$ และ $\bar{X} = 164.07$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.822$, $p\text{-value} < .05$) โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าระยะยังคงเสพยาบ้ากับระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้ามีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าที่แตกต่างกัน ($\text{Sig} = .034$, $p\text{-value} < .05$) ดังตารางที่ 4 - 6

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ($n = 366$)

การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	คะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำ				
	n	$\bar{X}$	SD	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
รวม	361	167.75	23.09	60.00	205.00



ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าต่างกัน

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			

* p < .05

ตารางที่ 6 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (n = 366)

(I) การรับรู้ ความรุนแรง ของการเสพ ยาบ้า	(J) การรับรู้ความรุนแรงของ การเสพยาบ้า	Mean Difference (I-J)	SD	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ระยะเริ่มต้นของ การเสพยาบ้า	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-10.46832	8.78446	.234	-27.7441	6.8075
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	-4.78159	8.94985	.593	-22.3826	12.8195
	ระยะวิกฤต	19.28571	1.83771	.295	-16.8553	55.4267
ระยะยังคงเสพ ยาบ้า	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	10.46832	8.78446	.234	-6.8075	27.7441
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	5.68672*	2.67762	.034	.4208	10.9526
	ระยะวิกฤต	29.75403	1.627231	.068	-2.2476	61.7556
ระยะหมกมุ่นกับ การเสพยาบ้า	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	4.78159	8.94985	.593	-12.8195	22.3826
	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-5.68672*	2.67762	.034	-10.9526	-.4208
	ระยะวิกฤต	24.06731	1.636221	.142	-8.1111	56.2457
ระยะวิกฤต	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	-19.28571	1.83771	.295	-55.4267	16.8553
	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-29.75403	1.627231	.068	-61.7556	2.2476
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	-24.06731	1.636221	.142	-56.2457	8.1111

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โรงพยาบาลอัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ โดยจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าบำบัดด้วยระบบสมัครใจสูงกว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ คือ บุคคลที่มี “การตัดสินใจ หรือการตกลงใจด้วยตนเอง” (Self-determination) ซึ่งมีความรู้สึกว่าจะไม่ทำอะไรขึ้นในชีวิต บุคคลจะพยายามจัดการและเอาชนะต่อปัญหานั้นด้วยความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองโดยไม่สิ้นหวังกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่²⁰ เช่นเดียวกับในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการตัดสินใจว่าจะเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้าด้วยความสมัครใจจะพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่ง Self-determination นี้ ถือเป็นคุณลักษณะเด่นหรือองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังด้าน²¹ นอกจากนี้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองหรือเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งในตนเอง (Hardiness) ที่จะเอาชนะยาบ้าให้ได้ ซึ่งเป็นอีกคุณลักษณะสำคัญของพลังด้านเช่นกัน อีกทั้งยังสะท้อนการเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) นั่นคือมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรและลงมือปฏิบัติตามการตัดสินใจนั้นได้ ซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าใน

ลักษณะต่างๆ ดังกล่าวนี้อาจเป็นองค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญของการมีพลังด้านการเสพยาเสพติดตามที่ Dillon และคณะ¹⁵ ได้กล่าวไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้ากับรูปแบบการเข้ารับการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้เห็นว่า การบำบัดแบบสมัครใจจะส่งผลดีต่อความสำเร็จในการบำบัด รวมถึงการป้องกันการเสพยาซ้ำที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เสพยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจส่วนใหญ่มีความต้องการและพยายามที่จะลด ละ หรือเลิกเสพยาตั้งแต่ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาซ้ำสูง ดังนั้นเมื่อได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจึงส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้²² สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการที่วัยรุ่นเข้ารับการบำบัดยาบ้าแบบสมัครใจ ซึ่งพบว่าเกิดจากการรับรู้และการตัดสินใจของตนเองด้วยความสงสารพ่อแม่และการยึดถือพ่อแม่เป็นหลัก รวมถึงกลัวการขาดโอกาสและความก้าวหน้าในชีวิต อีกทั้งต้องการให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การยอมรับฟังปัญหาการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาของครอบครัวต้องการกำลังใจและการยอมรับจากบุคคลรอบข้างรวมถึงคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลใกล้ชิดและสังคมและเงื่อนไขดังกล่าวส่งผลให้วัยรุ่นคิดและตัดสินใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อหยุดการใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจและสามารถอยู่รับการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องครบขั้นตอนจนประสบความสำเร็จในการหยุดเสพยาบ้าและไม่หวนกลับไปใช้ยาซ้ำอีก²³ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้ป่วยเสพยาบ้าระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัด

ที่พบว่า ผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจจะหยุดใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด 1.6 เท่า เนื่องจากผู้ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตระหนักถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติดจึงมีความตั้งใจและเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาจนสามารถผ่านพ้นกระบวนการบำบัดรักษาไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ของการบำบัดที่พึงประสงค์ คือ การหยุดเสพได้และไม่กลับไปเสพยา²⁴ ซึ่งผลการศึกษทั้งสองเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจจะเป็นผู้ที่ปลงด้านการใช้ยาเสพติดสูงเนื่องจากพลังด้านยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสพติดซ้ำ¹⁵

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าอยู่ในระยะยังคงเสพยาจะมีคะแนนพลังด้านการเสพยาบ้าสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าอยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยา ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความหมายของการแบ่งระดับความรุนแรงในการใช้สารเสพติดซึ่งได้จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามจะพบว่า ผู้ที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการใช้ยาบ้าจะมีความรุนแรงของการใช้ยาบ้ามากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะยังคงเสพยา เนื่องจากระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase) หมายถึง ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพยาบ้าจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป ส่วนระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า (Disenchantment phase) หมายถึง ระยะที่มีการใช้ยาบ้าในทางที่ผิด ซึ่งจะเป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยาบ้ามาก เนื่องจากผู้เสพมีความต้องการที่จะหาทางไปหายาบ้ามาเสพให้ได้ จะเห็นได้ว่าผู้ที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้าจะมีลักษณะหลายประการที่เข้าข่ายการเสพติดสาร

แอมเฟตามีน (Amphetamine dependent) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD10 ซึ่งระบุว่า การเสพติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง การใช้สารแอมเฟตามีนอย่างไม่เหมาะสม จนทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยต้องมีการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ ในช่วงเวลา 12 เดือน ได้แก่ 1) ภาวะดื้อยา (Tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งคือ ต้องเสพยาปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของยาเท่าเดิม หรือเสพยาปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ลดลง 2) ภาวะถอน (Withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงการถอนยาของสารแอมเฟตามีนหรือเมื่อเสพยาแอมเฟตามีน หรือได้รับสารที่ใกล้เคียงแล้วทำให้อาการถอนหายไป 3) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในแง่ของการเริ่มไปใช้ การหยุดหรือระดับการใช้ยา 4) ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสารแอมเฟตามีนมาเสพ 5) ยังคงใช้สารแอมเฟตามีนต่อไปแม้ว่าจะรู้ว่าจะเสพแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพ และ 6) มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสพยาแอมเฟตามีน จากข้างต้นจะเห็นว่าวัยรุ่นที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับยานับเป็นผู้ที่มีภาวะการติดยาบ้าในระดับที่รุนแรงซึ่งทำให้มีความยากลำบากและทุกข์ทรมานในการหยุดและควบคุมพฤติกรรมการเสพของตนเองเป็นอย่างมาก จึงอาจเป็นเหตุให้วัยรุ่นในกลุ่มนี้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะประสบความสำเร็จในการป้องกันการเสพซ้ำได้สำเร็จ หรือรู้สึกท้อแท้ตนเองขาดพลังในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนั้นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของการเสพยาบ้าของตนเองอยู่ในระยะหมกมุ่นกับยา จึงมีการรับรู้พลังด้านการเสพยาบ้าต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าในระยะยังคงเสพยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ที่มีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 61.2 เป็นผู้มีความรุนแรงของการเสพอยู่

ในระดับที่รุนแรง และพบว่าความทนของร่างกายต่อสารเสพติดและภาวะการณ็อนพิษยาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำ²⁵ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นว่า วัยรุ่นที่ผ่านการบำบัดแล้วและมีการกลับมาเสพซ้ำ คือ ผู้ที่มีพลังด้านการเสพยาบ้าในระดับต่ำ เนื่องจากพลังด้านการเสพยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในวัยรุ่น¹⁵

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 เรื่อง “การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู” เพื่อเป็นการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้เสพยาบ้าได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจภายในตนเองจะส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดความพร้อมและเต็มใจเข้ารับการบำบัดได้อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษา และก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่ดี คือ เกิดพลังด้านการเสพยาบ้า

ซ้ำในระดับที่สูงอันจะส่งผลให้ลดอัตราการกลับมาเสพซ้ำในระยะยาวได้

2. จากการที่พบว่าผู้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งยังไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ และมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าในระดับสูงจะเป็นผู้มีพลังด้านการเสพยาบ้าต่ำกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลเฉพาะที่สามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นเหล่านี้ฟื้นกลับมาที่มีพลังด้านการเสพยาบ้าสูงขึ้น รวมถึงคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มที่มีพลังด้านการเสพยาบ้าที่แตกต่างกันด้วย

3. ผู้บำบัดควรมีการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ เพื่อจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแผนงานภาควิชาการสารเสพติด (ภวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการและป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2561]. แหล่งที่มา: <http://www.ppb.moi.go.th/midev03/upload/ppb2561.pdf>
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต. 1-5). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2561]. แหล่งที่มา: <http://antidrug.moph.go.th>
3. กรมสุขภาพจิต. เวชสถิติผู้ป่วยในบำบัดสุราและสารเสพติดแบบประเภ็นทางสังคม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2561]. แหล่งที่มา: <https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.2508>
4. Calipari ES, Ferris MJ. Amphetamine mechanisms and actions at the dopamine terminal revisited. [Internet]. [cited 2017 May 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753078/pdf/nihms492057.pdf>.
5. Nilaban S, Sriherun B, Kongthong U. Causal relationship of factors relapsing behavior of methamphetamine users. Journal of Graduate Studies Valaya Alongkron Rajabhat University 2016;10(1):193-207. (in Thai).
6. สถาบันวิจัยรณรงค์. จำนวนและร้อยละการบำบัดซ้ำในปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2561]. แหล่งที่มา: www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option.
7. Office of the Narcotics Control Board, United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. [Internet]. [cited 2018 December 28]. Available from: <http://information.oncb.go.th>.
8. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford press; 1985.
9. Chaipichitpan N. A study of factors affecting amphetamine relapsing behavior of secondary school students treated in Thanyarak Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Education]. Chulalongkorn University. 1998. (in Thai).
10. Suwannanon A, Bannatham R, Chotnipat W, Nooplak S. Personal factors related to be relapse. Bangkok : Drug Users Office of the Narcotics Control Board; 2007. (in Thai).
11. Thatsananchalee P. The process of non becoming amphetamine addict: a case study of rehabilitated person in process of correctional system. Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal 2011;1(3):36-48. (in Thai).
12. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull 1992;112(1):64-105.



13. Braverman MT. Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine Tob Res* 1999;1 Suppl 1:S67-72.
14. Meschke LL, Patterson JM. Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention* 2003;23(4):483-514.
15. Dillon L, Chivite-Matthews N, Grewa I, Brown R, Webster S, Weddell E, et al. Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. National centre for Social Research; 2007.
16. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000;71(3):543-62.
17. Fraser MW, Kirby LD, Smokowski PR. Risk and resilience in childhood. In Fraser MW, editor. *Risk and resilience in childhood: an ecological perspective*. Washington D.C.: National Association of Social Workers. 2004. p. 13-66.
18. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation* 2005;10(7):1-9.
19. สถาบันวิจัยรณรงค์. คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546.
20. Benard B. *Fostering resiliency in kids: protective factors in the family, school and community*. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory; 1991.
21. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68-78.
22. Panchabuse C, Saengduenchai S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy program on early relapse prevention among methamphetamine-dependent patients. *Journal of Nursing Division* 2013;40(1):24-38. (in Thai).
23. Netnualyai R, Nitchanet C, Bhukong S, Boonyapithak S, Phukao D. Thai youth's voluntary applications of drug treatment. *Journal of Association of Researchers* 2014;19(2):36-44. (in Thai).
24. Pattrakorn A, Chaipichitpan N. The effect of FAST model for addiction patient in Thanyarak Institute. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015;60(1):71-81. (in Thai).
25. Jitpong W. Severity of relapse to methamphetamine dependence in patients with history of substance-dependency treatment at the inpatient department, Thanyarak Institute on drug abuse. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Chulalongkorn University. 2009. (in Thai).