

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว
ในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า

ปริญญานิพนธ์
ของ
ธวัชชัย นาคศรีสังข์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว
ในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า

บทคัดย่อ
ของ
ธวัชชัย นาคศรีสังข์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา
พฤษภาคม 2548

ธวัชชัย นาคศรีสังข์. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า*. ปริญญาโท
วท.ม.(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ดร.ไพฑูริย์ อ่อนมั่ง, อาจารย์
ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา ของผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพติดยาบ้า ในค่ายบำบัดรักษายาเสพติดของเรือนจำกลางจังหวัดนครปฐม จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Compromise experimental group control group design) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทดสอบสถิติที่และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมี พฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา ไม่แตกต่างจากผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น
3. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีจำนวนคนกลับเสพยา ร้อยละ 26.70 น้อยกว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น ซึ่งมีร้อยละ 50.00

THE EFFECTIVENESS OF LIFE SKILL PROMOTING AND FAMILY SUPPORTING
PROGRAM IN PREVENTING METHAMPHETAMINE USERS FROM RELAPSE

AN ABSTRACT
BY
TAWATCHAI NAKSRISUNG

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2005

Tawatchai Naksrisung. (2005). *The Effectiveness of Life Skill Promoting and Family Supporting Program in Preventing Methamphetamine Users from Relapse*. Master Thesis, M.Sc. (Health education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assist. Prof. Lt. JG. Dr.Paiboon Onmung, Lect Dr. Kamonmarn Virutsetazin.

This quasi - experimental research was designed to compare the preventive behavior from relapse of the methamphetamine users between the experimental and the control groups. The samples were two groups of the methamphetamine users willing to have the therapy in the Central Prison, Nakhonpathom Province. There were 30 people in each group, by using compromise experimental group-control group design. Data collected by questionnaire and analyzed by computer program for t - test dependent and ANCOVA.

The results were as follows :

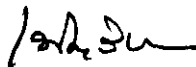
1. The methamphetamine users who participated in the Life Skill Promoting program and received family support had stronger preventive behavior than before done.
2. The methamphetamine users who participated in the Life Skill Promoting program and received family support had not different preventive behavior of those in the another program.
3. The relapsing rate of methamphetamine users who participated in the Life Skill Promoting program and received family support (26.70 %) was less than another program (50.00 %)

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว
ในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า

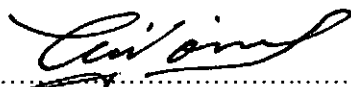
ของ
นายรัชชัย นาคศรีสังข์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2548

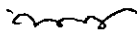
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



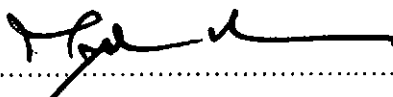
..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)



..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัธยมามกุล)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลา ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และกรุณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ และขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ความเข้าใจในการศึกษาเพื่อเป็น พื้นฐานในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ทันตแพทย์มงคล ปลื้มจิตรชม คุณตฤณี โพธิ์ศรี คุณอมรรัตน์ พรสมบูรณ์ศิริ รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัธยมามกูร และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจและแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการเรือนจำกลางจังหวัดนครปฐม ทีมวิทยากร กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้บำบัดยาเสพติดของจังหวัดนครปฐม ทีมวิทยากรฟื้นฟู สมรรถภาพผู้บำบัดยาเสพติดของอำเภอเมืองนครปฐม ในความร่วมมือ ความช่วยเหลือและ อำนาจความสะดวกอย่างดียิ่งในการทำกิจกรรม และเก็บข้อมูลกับผู้เสพยา ขอขอบคุณผู้เสพยา และครอบครัวของผู้เสพยาที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อนิคม นาคศรีสังข์ คุณแม่สมใจ นาคศรีสังข์ และคุณวัลลภ นาคศรีสังข์ ที่เป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งแก่ผู้วิจัยตลอดมา และผู้มีพระคุณอีกหลาย ท่านที่ผู้วิจัยมิได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่ช่วยให้การจัดทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ในที่สุด

ธวัชชัย นาคศรีสังข์

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
ศาสตราจารย์ ดร.สาโรช บัวศรี
เป็นจำนวนเงิน 5,000.-บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
	ความสำคัญของการวิจัย.....	5
	ขอบเขตของการวิจัย.....	5
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
	ข้อจำกัดในการวิจัย.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
	สมมติฐานในการวิจัย.....	7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า.....	8
	ความหมายของยาเสพติด.....	8
	ประเภทของยาเสพติด.....	9
	ความหมายของยาบ้า.....	11
	ประเภทของยาบ้า.....	12
	ประวัติและความเป็นมาของยาบ้า.....	13
	พฤติกรรมและการเสพยาบ้า.....	15
	การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า.....	21
	การป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า.....	28
	การประเมินผลการบำบัดผู้เสพยาบ้า.....	32
	แนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิต.....	34
	ความหมายของทักษะชีวิต.....	36
	องค์ประกอบของทักษะชีวิต.....	36
	หลักและวิธีการสอนทักษะชีวิต.....	40
	ทักษะชีวิตที่ศึกษาวิจัย.....	43
	แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม.....	44
	หลักการของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม.....	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)	ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม.....	45
	ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม.....	45
	ความสัมพันธ์ระหว่างการให้แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	46
	อิทธิพลครอบครัว.....	46
	ภารกิจของครอบครัว.....	47
	การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดยาบ้า.....	47
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	48
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า.....	48
	งานวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิต.....	49
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	50
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	50
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า.....	50
	งานวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิต.....	53
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	54
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	56
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
	ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
	ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวกลุ่มทดลอง.....	72
	ตอนที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม ฯ.....	74

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับ แรงสนับสนุนของผู้เสียภาษี และการให้แรงสนับสนุนของครอบครัว.....	74
ตอนที่ 5 วิเคราะห์การกลับเสียภาษีของผู้เสียภาษี.....	76
บทที่	
5	
สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	77
สังเขปความมุ่งหมาย และวิธีการศึกษาค้นคว้า.....	77
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	78
อภิปรายผล.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	82
บรรณานุกรม.....	83
ภาคผนวก.....	90
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญ และหนังสือขอความอนุเคราะห์.....	91
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	95
ภาคผนวก ค โปรแกรมสุ่มศึกษา.....	104
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	108

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	องค์ประกอบของทักษะชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก.....	37
2	ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
3	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับครอบครัว.....	69
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับยาบ้า.....	71
5	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของบุคคลในครอบครัวที่ให้แรงสนับสนุนผู้เสพยาบ้า.....	73
6	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุน ของผู้เสพยาบ้าและการให้แรงสนับสนุนของครอบครัว ในกลุ่มทดลอง.....	74
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการ กลับเสพยา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
8	ผลของการทดสอบความสัมพันธ์ (Slope) ระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า หลังการทดลองกับก่อน การทดลอง.....	75
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน การกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ระหว่างกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง.....	76
11	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า	79

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 รูปแบบการวิจัย.....	57

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ยาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่ร้ายแรง อีกทั้งมีแนวโน้มแพร่ระบาดทวีความรุนแรงมากขึ้น ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างตระหนักดีว่า ยาเสพติดเป็นภัยคุกคามที่บั่นทอนเสถียรภาพทั้งด้าน เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ บั่นทอนสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และยังก่อให้เกิดปัญหาสังคมต่าง ๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาโสเภณี ปัญหาเด็กและเยาวชน รวมทั้งปัญหาการว่างงาน ตลอดจนทำลายวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม และประเทศชาติ (สันทัต เสริมศรี. 2539: 32; กัลยา ธรรมคุณ และปราณี ภาณุภาส. 2540: 329)

การประชุมนัดพิเศษของสมัชชาแห่งสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการควบคุมยาเสพติดที่จัด ขึ้น ณ สำนักงานใหญ่กรุงนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 8-10 มิถุนายน พ.ศ. 2541 ที่ผ่านมา ได้มีการจัดร่างแถลงการณ์ เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในการควบคุมสารเคมีตั้งต้นที่ใช้ใน การผลิตยาเสพติดไม่ว่าจะเป็นการลักลอบค้า ผลิตและขายยาเสพติด การใช้ยาในทางที่ผิด เนื่องจากพบว่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีการนำสารตั้งต้นและสารเคมีไปใช้ในกระบวนการผลิต กลั่นและสกัดแอมเฟตามีน (Amphetamine) และยาเสพติดสังเคราะห์ชนิดอื่น ๆ ก่อให้เกิดปัญหามาก ยิ่งขึ้น แอมเฟตามีนหรือยาบ้ามีเทคนิคในการผลิตที่ง่ายและค่อนข้างยืดหยุ่น หาวัตถุดิบได้ง่าย ผู้ผลิตได้ผลกำไรสูงขณะที่ผู้ซื้อหาซื้อได้ในราคาถูก ขอบเขตเปรียบเหล่านี้ส่งเสริมให้ตลาดค้ายาบ้า ขยายตัวเพิ่มขึ้น ปริมาณยาเสพติดนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ต่อปี นับเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับปริมาณที่จับกุมได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521-2536 ซึ่งประชากรในปัจจุบันที่หันมาเสพยาบ้า มีประมาณ 30 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.50 ของประชากรโลก (สรุปรายงานการสัมมนา ทางวิชาการเรื่องสารกระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีน. 2541: 2)

ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบกับปัญหายาเสพติด รัฐบาลได้กำหนดแนวทางใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (ปี 2545-2549) มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ ในการเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกัน โดยมีการจัดทำเป้าหมายและระบบติดตาม เฝ้าระวัง การปรับเปลี่ยนสุขภาพที่เป็นปัญหา และปัจจัยหลักของสุขภาพที่สำคัญอย่างชัดเจน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ ความเครียด การบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการดูแลสิ่งแวดล้อม (สำนักงาน นโยบายและแผน. 2544: 12) คณะรัฐมนตรีจึงได้แถลงนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินต่อ รัฐสภาเอาไว้ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2543 กำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. 2544-2545 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ

ปราบปรามยาเสพติด. 2544: 211) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนงานของแผนพัฒนาสุขภาพ ในช่วงแผน 9 ให้มีด้านการรักษาความสงบเรียบร้อยภายใน โดยมีแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด กำหนดงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยเร่งรัดตั้งสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด ควบคู่ไปกับการป้องกันและปราบปราม (สำนักงานนโยบายและแผน. 2544: 16-17) โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลางที่กำลังระบาดอย่างมากได้แก่ จำพวกแอมเฟตามีนหรือยาบ้า ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (สมฤดี สุขอุดม. 2544: 1)

จากรายงานสถิติวิเคราะห์ข้อมูลการติดสารเสพติดของประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2543 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการรักษาจำนวน 5,230 คน เป็นผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการรักษาครั้งแรกจำนวน 3,066 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 และเป็นผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 2,164 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 ความถี่ของการใช้ยาบ้าต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ผู้เสพยาบ้าใช้ยาเสพติด 2-3 ครั้งต่อวันมีจำนวน 2,068 คน คิดเป็นร้อยละ 39.54 นอกจากนี้จำนวนเงินที่ใช้เสพยาต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ผู้เสพยาบ้าจะใช้เงิน 201 – 300 บาทต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 17.6 จากปัญหาเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุข จึงมีการกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาที่ชัดเจน โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน แต่ยังมีสถานพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถดำเนินการให้การบำบัดรักษาได้ครบทุกขั้นตอน โดยเฉพาะในขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขั้นตอนการติดตามและดูแลหลังรักษา จึงมีโอกาทำให้ผู้เสพยาเสพติดหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้สูง (สุชาติ เลาบริพัตร. 2545 : 7)

จังหวัดนครปฐมเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหายาเสพติดในพื้นที่ที่รุนแรง (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2544: 47) มีปัญหาการค้าและการแพร่ระบาดของยาบ้ารุนแรง จากการปราบปรามที่ผ่านมาพบว่า เป็นพื้นที่ที่ลักลอบผลิตยาบ้าทั้งในขั้นการผลิตหัวเชื้อและอัดเม็ด โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นการอัดเม็ดจะพบว่า ในระยะหลังกลุ่มผู้ผลิตหรือกลุ่มการค้าในพื้นที่จะสั่งซื้อหัวเชื้อยาบ้ามาจากภาคเหนือเพื่อมาทำการอัดเม็ดในพื้นที่ เนื่องจากมีส่วนต่างของกำไรที่ได้รับจำนวนมาก อีกทั้งการตั้งแหล่งผลิตอัดเม็ดไม่ซับซ้อนและไม่จำเป็นต้องเป็นที่ห่างไกลชุมชน ส่วนในกลุ่มการค้ามีเครือข่ายเชื่อมโยงทั้งจังหวัดตั้งแต่ระดับการขายส่งรายใหญ่และขายส่งรายย่อยจนถึงขายปลีกรายย่อย ซึ่งบางส่วนของเครือข่ายการค้านี้จะเชื่อมโยงพื้นที่ใกล้เคียง เช่น จังหวัดราชบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากสภาพพื้นที่ของจังหวัด โดยเฉพาะเส้นทางหลวงหมายเลข 4 ซึ่งเป็นทางที่จะเดินทางไปภาคใต้ และเส้นทางคมนาคมที่ติดต่อกับพื้นที่หลายจังหวัดในภาคกลาง ที่เอื้อประโยชน์เป็นเส้นทางลำเลียง ขนส่งยาเสพติดจากภาคเหนือไปยังภาคใต้หรือข้ามเขตในและแวกจังหวัดใกล้เคียง กลุ่มผู้เสพยาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ขับรถบรรทุก ซึ่งมีพฤติกรรมการใช้ยาในการทำงานเพื่อเพิ่มเวลาให้มากขึ้น ในจังหวัดนครปฐมมีผู้ประกอบการขับรถบรรทุกสินค้าเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำการเกษตร ทำไร่ทำสวน โดยมีพื้นที่ทำการเกษตรคิดเป็นร้อยละ 65 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีการเสพยาบ้ากันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ใช้แรงงานภาคเกษตรกรรม และจังหวัดนครปฐมมีการ

ขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว มีโรงงานอุตสาหกรรมทั้งการแปรรูปวัตถุดิบทางการเกษตร จากเนื้อสัตว์ ด้านสิ่งทอ ด้านอิเล็กทรอนิกส์ ผลิตภัณฑ์ชิ้นส่วนรถยนต์ เป็นต้น จึงมีปัญหามลภาวะแพร่ระบาดไปสู่แรงงานในภาคอุตสาหกรรมอีกส่วนหนึ่ง (สำนักงานจังหวัดนครปฐม. 2542 :3-4)

สถิติของจังหวัดนครปฐมพบว่าปัญหายาบ้ามีแนวโน้มที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต จากการเปรียบเทียบสถิติการจับกุมผู้กระทำความผิดระหว่างปี 2535-2541 พบว่า ปี พ.ศ.2535 จับกุมได้ 204 ราย ผู้ต้องหา 213 คน พ.ศ.2536 จับกุมได้ 459 ราย ผู้ต้องหา 511 คน พ.ศ.2537 จับกุมได้ 1,161 ราย ผู้ต้องหา 1,374 คน พ.ศ.2538 จับกุมได้ 1,716 ราย ผู้ต้องหา 1,938 คน พ.ศ.2539 จับกุมได้ 3,030 ราย ผู้ต้องหา 3,370 คน ปี พ.ศ.2540 จับกุมได้ 3,391 ราย ผู้ต้องหา 3,717 คน และพ.ศ.2541 จับกุมได้ 4,771 ราย ผู้ต้องหา 5,281 คน นอกจากนี้สถิติผลการจับกุมคดียาเสพติดให้โทษ (จำแนกตามข้อหาและชนิดของยาเสพติด) เดือนมกราคม – ตุลาคม 2542 จังหวัดนครปฐม พบว่า จำนวนการจับกุมยาเสพติดให้โทษ ประเภทแอมเฟตามีน สูงกว่ายาเสพติดให้โทษประเภทอื่นๆ และพบว่ามีผู้จำหน่าย ผู้เสพ ผู้ครอบครองแอมเฟตามีนสูงกว่ายาเสพติดให้โทษประเภทอื่นๆ

จังหวัดนครปฐมเล็งเห็นถึงปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้น จึงดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยสร้างกระบวนการเพื่อปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนตื่นตัวเกิดกระแสสังคมต่อต้านยาเสพติดและการสร้างความเข้มแข็งให้ประชาคมหมู่บ้าน ร่วมกับทางราชการและองค์กรภาคเอกชนต่อต้านยาเสพติด จัดทำโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกในพื้นที่ที่มีการระบาดของยาเสพติดในรูปแบบที่เหมาะสมหลายโครงการ แต่พบปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา จากการประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เริ่มใช้หลักสูตรการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2543 –2544 ได้ดำเนินการค่ายบำบัดรักษาในพื้นที่อำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดนครปฐม พบว่าการการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดแล้ว มากกว่าร้อยละ 70 (สรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด. 2544 : 5)

จะเห็นได้ว่าปัญหามลภาวะของยาบ้า เป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการรักษาหายแล้ว เมื่อกลับไปอยู่บ้านจะกลับไปเสพยาบ้าอีกครั้งก่อให้เกิดปัญหาภายในประเทศ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัญหามลภาวะกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าเกิดจากสามองค์ประกอบคือ พฤติกรรมของคน ด้วยยาบ้า และสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบทั้งสามจะมีปฏิสัมพันธ์กัน จนกระทั่งผลักดันให้คนหันไปพึ่งยาบ้า การกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า จึงนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้รับการบำบัด และอาจเกิดขึ้นในระยะใดก็ได้ การป้องกันการกลับไปติดซ้ำควรฝึกทักษะเพื่อป้องกัน (กระทรวงสาธารณสุข. 2543: 1) ดังนั้นการแก้ไขปัญหายาบ้าทางหนึ่งที่จะสามารถแก้ไขได้และสำคัญมากก็คือ ด้านพฤติกรรมของคน จากการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ มีแนวคิดที่น่าสนใจ คือทักษะชีวิต (Life skills) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กล่าวว่า แม้ว่าคุณจะรู้ เจตคติและค่านิยม จะเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกัน

พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาและมีผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด แต่เราก็ไม่สามารถคาดหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีได้เสมอไป หากบุคคลนั้นขาดทักษะที่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลให้กระทำหรือจัดการเกี่ยวกับความต้องการหรือสิ่งท้าทายในชีวิตประจำวัน

สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยอีกด้านที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้เลิกยาเสพติดไม่สามารถผ่านขั้นตอนการเลิกยา และหันกลับไปเสพยาซ้ำ เช่น ผู้เลิกยาเสพติดอยู่ใกล้ผู้เสพยาและแหล่งค้ายาเสพติด หรือผู้เลิกยาเสพติดมีปัญหาในครอบครัว เป็นต้น(สมิต วัฒนธัญญกรรม. 2544: 131) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแคปแลนและคณะ (Kaplan, Cassel & Core. 1977 อ้างในบุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528: 585) พบว่าคนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะไปใช้บริการป้องกันโรคน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมและคาร์ (Kar 1980 อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528: 585) ศึกษาพบว่า ผู้ที่เลิกใช้บริการวางแผนครอบครัว คือคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มปฐมภูมิที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับเบอร์เกลอร์ (Burglur อ้างใน Pilisuk 1985: 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการทางสุขศึกษาในรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่จะช่วยป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า สามารถที่จะป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. วิเคราะห์อัตราการกลับเสพยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ทราบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต
2. นำผลการศึกษาที่ได้เสนอยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานรัฐและเอกชน สถานศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างโปรแกรมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าต่อไป
3. เป็นแนวทางในการศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นอื่นๆต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้เสพยาบ้าและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในค่ายบำบัดรักษายาเสพติดของเรือนจำกลางนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้เสพยาบ้าและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในค่ายบำบัดรักษายาเสพติดของเรือนจำกลางจังหวัดนครปฐม จำนวน 60 คน ได้มาตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดให้รุ่นที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และรุ่นที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม
2. แต่ละกลุ่มเลือกผู้เสพยาบ้าที่มีกำหนดพ้นโทษ หลังจากการบำบัดรักษาแล้วไม่เกิน 15 วัน และหลังจากออกจากเรือนจำพักอาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐมไว้กลุ่มละ 30 คน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอยู่ในเรือนจำ ทำให้ได้รับโปรแกรมการบำบัดรักษาได้เฉพาะช่วงเข้าเท่านั้น ซึ่งไม่ครบตามแผนที่วางไว้ทั้งช่วงเข้าและปล่อย
2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ต้องโทษที่ยังไม่พ้นโทษในวันที่จัดโปรแกรมการบำบัดผู้เสพยาบ้าเสร็จ จึงยังไม่สามารถให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวได้ทันทีหลังจากได้รับโปรแกรม

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดผู้เสพยาบ้า แบ่งเป็น
 - 1.1 โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า
 - 1.2 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาบ้า

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา
- 2.2 การกลับเสพยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิผล หมายถึง ผลสำเร็จของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยา ยาบ้า ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา และอัตราการกลับไปเสพยา

2. โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยา หมายถึง การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยา ยาบ้า โดยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ

- 1.1 กิจกรรมการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.2 กิจกรรมการเสริมสร้างความตระหนักในตนเอง
- 1.3 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยา ยาบ้า
- 1.4 กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ
- 1.5 กิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยา ยาบ้า
- 1.6 กิจกรรมการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยจัดกิจกรรมให้ครอบครัว

ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมและสภาพปัญหาของผู้เสพยา ยาบ้า การให้กำลังใจ และการเอาใจใส่ดูแลผู้เสพยา ยาบ้า

3. แรงสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ที่แสดงถึงการให้ความสนใจ เอาใจใส่ เป็นห่วงสุขภาพ ให้กำลังใจ และคำแนะนำในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยา ยาบ้า

4. โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยรูน หมายถึง การจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามหลักสูตรของโรงพยาบาลจิตเวชจัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในการบำบัดผู้เสพยา ยาบ้า รูปแบบหลักสูตรเป็นการบูรณาการซึ่งมีกิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มวิชา การประเมินสุขภาพสภาวะของตนเอง ความรู้เรื่องการบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง การแก้ไขตนเอง และการปรับตัวและการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

5. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้เสพยา ยาบ้าในเรื่องการปฏิเสธเมื่อถูกชวนให้เสพยา ยาบ้า การปฏิบัติตามคำแนะนำของครอบครัว การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การหลีกเลี่ยงสถานที่เสพยา และจำหน่ายยาบ้า

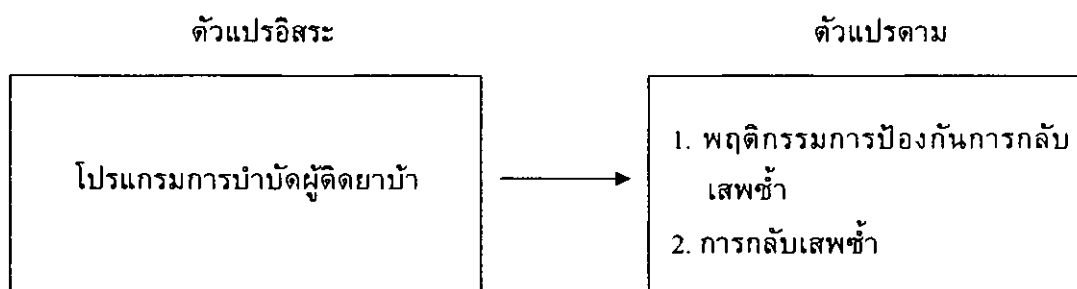
6. การกลับเสพยา หมายถึง การปฏิบัติของผู้เสพยาบ้าที่ตั้งใจหยุดเสพยาบ้า แล้วกลับไปเสพยา ภายใระยะเวลา 1 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดรักษา

7. ยาบ้า หมายถึง วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ประเภทที่ 1) ที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้นมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีผลทำให้ช่วงแรกเกิดความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า รู้สึกสุขสบายแต่ถ้าใช้ไปนาน ๆ จะทำให้สุขภาพทรุดโทรม มีการเสื่อมทางจิต มีอาการทางประสาท ชัก คุ้มคลั่ง และหมดสติได้

8. ผู้เสพยาบ้า หมายถึง บุคคลที่บริโภคยาบ้าด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การสูบหรือการสูดควันระเหยทางจมูก หรือการกิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกรอบแนวคิดว่า ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการรักษาอย่างได้ผล ต้องได้รับการจัดกิจกรรมให้มีทักษะชีวิตที่ดี และครอบครัวต้องให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้เสพติดยาบ้า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการรักษาแล้ว ไม่กลับมาเสพยาอีก โดยมีพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาเพิ่มขึ้น ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยา มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยา มากกว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยรุ่น
3. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีจำนวนผู้กลับเสพยา น้อยกว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยรุ่น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดหนึ่งที่อยู่กฏกระทรวงกระทรวงสาธารณสุขก่อนอื่นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบความหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ดังนี้

1.1 ความหมายของยาเสพติด

ได้มีผู้ให้ความหมาย ยาเสพติด ไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO.1994) ได้ให้ความหมาย ยาเสพติด หมายถึง ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง (จะเป็นสารธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ก็ได้) เมื่อร่างกายได้รับซ้ำ ๆ จะเป็นครั้งคราวหรือเป็นเวลานานก็ได้ แล้วทำให้เกิดลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1.1.1 เกิดความต้องการอย่างสุดจะอดกลั้นได้ (Compulsion) ที่จะต้องหายานั้นมาให้ได้ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม

1.1.2 จะต้องเพิ่มปริมาณของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อย ๆ

1.1.3 ตกเป็นทาสของยานั้นทางจิตใจ (Psychic dependence) และทางกาย (Physical dependence) และถ้าหยุดเสพจะมีอาการขาดยา (Withdrawal symptoms)

1.1.4 ทำให้เกิดผลร้ายต่อผู้เสพและต่อสังคม

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (สำนักงาน ป.ป.ส.2531:1) ได้ให้ความหมาย ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้ว ทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง ตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ไชยยศ เหมะรัชตะ (2529 : 7-11) ได้ให้ความหมาย ยาเสพติด หมายถึง ยาบางชนิดที่เสพไม่ว่าจะกิน ทา หรือฉีดเข้าสู่ร่างกายทางใดทางหนึ่งต่อเนื่องเป็นนิสัยแล้ว จะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ

โดยสรุป ยาเสพติด หมายถึง ยาชนิดหนึ่งชนิดใดที่ไม่ว่าจะเสพโดยวิธีกิน ทา ดม สูบ หรือเข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ ร่างกายทรุดโทรมลง มีความต้องการปริมาณยามากขึ้นและรุนแรง และมีอาการขาดยาเมื่อต้องการจะหยุดยา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมอีกด้วย

1.2 ประเภทของยาเสพติด

สารหรือยาบางชนิด แม้ร่างกายจะได้รับบ่อยๆ หรือติดต่อกันเป็นเวลานานๆ แต่ก็ไม่เกิดการเสพติด ซึ่งต่างจากสารหรือยาที่มีคุณสมบัติเสพติดได้ เป็นเพราะยาเสพติดทั้งหลายเป็นพวกที่เมื่อเข้าไปในร่างกายแล้วจะทำให้มีความรู้สึกสบาย หายปวดเมื่อยหายเครียดหรือความประปรักระเปร้าเคลิบเคลิ้ม เป็นสุข ฯลฯ อันมีผลให้ผู้ให้ติดใจและอยากใช้อีก จนท้ายที่สุดต้องใช้เป็นประจำขาดไม่ได้ เมื่อขาดก็เกิดอาการผิดปกติขึ้น มีความรู้สึกต่างๆ ดังกล่าวนั้น เกิดจากผลของฤทธิ์ยาต่อระบบประสาทและจิต ดังนั้นสารหรือยาทั้งหลายที่เป็นยาเสพติด จึงเป็นพวกที่สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ในปัจจุบันยาเสพติดมีมากกว่าร้อยชนิด สามารถจัดแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ได้ ดังนี้ (สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย . 2532:7-9)

1.2.1 ตามวิธีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ยาเสพติดมีคุณสมบัติสำคัญ คือ สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งในการนี้สามารถแบ่งยาเสพติดออกได้เป็น 4 ประเภท คือ

1.2.1.1 ประเภทกดประสาท เช่น กลุ่มฝิ่น (ฝิ่นยา มอร์ฟีน โคเคอิน เฮโรอิน ฯลฯ) ยาระงับประสาทและยานอนหลับ (เซโคบาร์บิทัล อะโมบาร์บิทัล ฯลฯ) ยากล่อมประสาท (เมโพรบาเรต ไดอะซีแพม คลอไดอะซีปีกไซด์ ฯลฯ) สารระเหย (ทินเนอร์ น้ำมันเบนซิน ฯลฯ) เครื่องดื่มมีนเมา (เหล้า เบียร์ วิสกี้)

1.2.1.2 ประเภทกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า กระต่อม โคเคอิน บุหรี่ กาแฟ

1.2.1.3 ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี (LSD = Lysergic acid diethylamide) ดีเอ็มที (DMT = Dimethylamine) เห็ดขี้ควาย

1.2.1.4 ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน อาจกด กระตุ้น หรือหลอนประสาทผสมร่วมกัน เช่น กัญชา

1.2.2 ตามแหล่งที่มา

1.2.2.1 ประเภทที่ได้มาจากธรรมชาติ เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน กระต่อม กัญชา

1.2.2.2 ประเภทที่ได้จากการสังเคราะห์ เช่น เฮโรอิน เซโคบาร์บิทัล ยาบ้า

1.2.3 ตามกฎหมาย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.2.3.1 ประเภทถูกกฎหมาย เช่น ยาแก้ไอ น้ำดำ บุหรี่ เหล้า กาแฟ ฯลฯ

1.2.3.2 ประเภทผิดกฎหมาย เช่น มอร์ฟิน ฝิ่น เฮโรอีน เซโคบาร์บิทัล ยาบ้า กัญชา กระท่อม ฯลฯ

1.2.4 ตามองค์การอนามัยโลก

เนื่องจากปัญหาเสพติดมีได้เกิดขึ้นกับประเทศใดประเทศหนึ่ง แต่เกือบจะทุกประเทศทั่วโลก ในการนึ่งองค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงปัญหาของยาเสพติดที่มีต่อสุขภาพของพลโลก การรณรงค์เพื่อป้องกันการติดยาเสพติดจึงเป็นโครงการหนึ่งขององค์การนี้ด้วย โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดแบ่งยาเสพติด ออกเป็น 9 ประเภท คือ

1.2.4.1 ประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟิน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน เช่น ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน เพรติดีน

1.2.4.2 ประเภทบาร์บิตูเรตรวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เซโคบาร์บิ ตาลอะโมบาร์บิทัล พาราลดีไฮด์ เมโปรบาเมต ไดอะซีแพม กลอไดอะซีปักโซไซด์

1.2.4.3 ประเภทแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้

1.2.4.4 ประเภทแอมเฟตามีน เช่น แอมเฟตามีน เดกแอมเฟตามีน

1.2.4.5 ประเภทโคเคน เช่น โบโคคา

1.2.4.6 ประเภทกัญชา เช่น ยอดช่อดอกกัญชาตัวเมีย

1.2.4.7 ประเภท KHAT เช่น โบ khat โบกระท่อม

1.2.4.8 ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เมสคาลีน เมล็ดมอร์นิ่ง โกลลี ลำโพง เห็ดเมาบางชนิด

1.2.4.9 ประเภทอื่นๆเป็นพวกที่ไม่สามารถเข้าประเภทใดได้ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด บุหรี่

1.2.5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้แบ่งยาเสพติดให้โทษ ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ คือ

1.2.5.1 ประเภท 1 ได้แก่ เฮโรอีน อีทอร์ฟิน อะซีทอร์ฟิน ฯลฯ (จัดเป็น ยาเสพติดให้โทษ ชนิดร้ายแรง)

1.2.5.2 ประเภท 2 ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน โคเคอีน ไดฟีน็อกซีเลท เอซิลมอร์ฟิน ฯลฯ

1.2.5.3 ประเภท 3 ได้แก่ ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องเสีย โคเคอีน ไดฟีน็อกซีเลท เอซิลมอร์ฟิน ฯลฯ (จัดเป็นยาเสพติดให้โทษชนิดเป็นตำรับยาที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ประสมอยู่ด้วย)

1.2.5.4 ประเภท 4 ได้แก่ อะเซติค แอนไฮไดรด์ อะเซติลคลอไรด์ (จัดเป็น สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2

1.2.5.5 ประเภท 5 ได้แก่ พืชกัญชา พืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย (จัดเป็น ยาเสพติดให้โทษที่ มิได้เข้าข่ายอยู่ประเภท 1 ถึงประเภท 4

1.3 ความหมายของยาบ้า

จากประเภทของยาเสพติดที่แบ่งตามวิถีทางการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางนั้น ยาบ้า (แอมเฟตามีน) เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง ที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบความหมายของวัตถุออกฤทธิ์เสียก่อน (สำนักงาน ป.ป.ส.2537 ก : 4)

ยาบ้า

มีผู้ให้ความหมายของยาบ้าไว้ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

นพพร พานิชสุข (2528 : 7) ได้ให้ความหมาย ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท มีผลกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง เมื่อเสพเข้าไปอาจโดยทาง รับประทาน การเคี้ยว หรือการสูบโดยทางจมูก ยาเสพติดประเภทนี้ยังผลให้เกิดความรู้สึก สุขสบาย ตื่นเต้น และเชื่อมั่นในตนเองชั่วขณะ หรือบางที่เป็นยาที่ใช้ระงับความอ่อนเพลีย ลดความเจริญอาหาร เป็นต้น

วิจิตร บุญยะโหดระ (2528 : 130) ได้ให้ความหมาย ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติดประเภทกระตุ้นและเป็นยาอันตรายที่เสพติดเป็นนิสัย อยู่ในความควบคุมของพระราชบัญญัติ ยาเสพติด มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความคิดอ่านแจ่มใสในสมองและร่างกาย ไม่มีความเหน็ดเหนื่อยในช่วงระยะแรกที่เสพ พวกที่ต้องการกำลังทางร่างกายและสมองนิยมใช้มากกว่าบุคคลปกติ เพราะฤทธิ์ของยาทำให้เกิดอาการตื่นเต้น มือสั่น ความคิดอ่านเร็วกว่าปกติแต่สมาธิเสีย มีอิทธิพลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ความดันเลือดสูง กระตุ้นหัวใจ เกิดอาการใจสั่น การใช้ยานี้ในระยะนานๆ จะเกิดการเป็นพิษ สุขภาพทรุดโทรม มีความเสื่อมทางจิต และเป็นโรคหวาดระแวง

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2538 :3-4) ได้ให้ความหมาย ยาบ้า หมายถึง ยาประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เก็บความจำความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว เป็นต้น ทางแพทย์ได้คิดค้นขึ้นมาเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาโรคจิตซึมเศร้า โรควงหลับ (นาร์โคเลปซี) ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะทำให้คนไข้เกิดการเสพติด และมีผลข้างเคียงสูง เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดตีบเล็กลง และมีอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง เกิดภาพหลอนต่าง ๆ นานา อาจทำร้ายผู้อื่น และตัวเอง เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

โดยสรุป ยาบ้า หมายถึง ยาเสพติด ประเภทกระตุ้นประสาทส่วนกลางในสมอง มีผลต่อระบบไหลเวียนของโลหิต มีผลกระตุ้นหัวใจ ทำให้ผู้เสพรู้สึกมีอาการกระปรี้กระเปร่า ทำงานได้นานโดยไม่เหน็ดเหนื่อย แต่เมื่อเสพนานๆ จะมีความต้องการยามากขึ้น และมีผลต่อสุขภาพทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง และเกิดอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง และอาจทำให้อันตราย ตัวเองและผู้อื่นถึงแก่ชีวิตได้

1.4 ประเภทของยาบ้า

ยาบ้า จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2518 และมีตัวยาผสมอยู่ในยาบ้าดังนี้ (อุทัยศรี แสงคล้าย 2539 : 109- 110)

1. แอมเฟตามีน (Amphetamine) ซึ่งมีชื่อทางเคมีว่า (+)-2-amino-1-phenylpropane
2. เดกแอมเฟตามีน (Dexamphetamine) มีชื่อทางเคมีว่า (+)-2-amino-1-phenyl-propane
3. เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) มีชื่อทางเคมีว่า (+) -2-methy- amino – 1-phenylpropane)
4. เมทิลเฟนิเตด (Methylphenidate) มีชื่อทางเคมีว่า 2-phenyl-2-(2-piperidyl) acetic acid,methyl ester

5. เฟนไซคลิดีน (Phencyclidine)มีชื่อทางเคมีว่า 1-(1-phenyl-cyclohexyl)piperidine

6. เฟนเมตราซีน (Phenmetrazine) มีชื่อทางเคมีว่า 3-methy-2-phenylmorpheline

7. เซโคบาร์บิทัล (Secobarbital) มีชื่อทางเคมีว่า5-ally-5-(1-methy-butyl bareitunic acid)

ทั้งนี้รวมถึงวัตถุที่มีชื่อทางเคมีอย่างเดียวกัน แต่เรียกชื่ออย่างอื่น เกลือของวัตถุดังกล่าว และวัตถุตำรับใดๆที่มีวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย

จากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภทแอมเฟตามีน เดกแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนนั้น เรียกรวมโดยทั่วไปว่า ยาแอมเฟตามีนหรือเรียกตามภาษาชาวบ้านว่า ยาบ้า ยาขยัน ยาแก้ง่วง ยานำรุ่งกำลัง ยาเพิ่มพลัง ยาโด้บ

ในอดีตรูปแบบเม็ดยาบ้ามีจำหน่ายกันในตลาดมืดมีผู้ทำการศึกษาพบว่า ยาบ้าชนิดที่แพร่หลายที่สุดเป็นยาบ้าที่มีสัญลักษณ์เป็นรูปหัวใจ และอักษร London ประทับบนเม็ดยา เป็นเครื่องหมายการค้าด้วย สัญลักษณ์นี้เองจึงเป็นต้นกำเนิดคำว่า “ยาม้า” ซึ่งได้เปลี่ยนเป็น “ยาบ้า” ในเวลาต่อมา ถึงแม้ปัจจุบันยาบ้าที่พบในประเทศไทยจะมีสัญลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ตาม นอกจากนี้ยังแบ่งยาบ้าตามชื่อการค้าได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. เบนซีดรีน (Bazedrine) หรือเรียกเป็นเบนนิคส์ (Bennics),พีชชีส์ (Peachies),แทรค-ไดรเวอร์บินส์ (Track-driverbeans)
2. เดกแอมเฟตามีน (Dexamphetamine) หรือเรียกเป็น เดกซี (Dexiex), เดกซ์ (Dex), บราวน์นิส (Brow-nies), ฮาร์ท(Hearths)
3. เมทแอมเฟตามีน (Metamphetamine) หรือเรียกเป็น เมท (Meth) , สปีด (Speed), คริสตัล(Crystal)

จะเห็นได้ว่า ยาบ้ามีมากมายประเภท และมีชื่อเรียกต่างกันไป โดยผู้วิจัยจะศึกษายาบ้าที่ใช้กันอยู่ทั่วไป ซึ่งเรียกโดยรวมว่า “ยาบ้า”

1.5 ประวัติและความเป็นมาของยาบ้า

ในอดีตยาบ้าเคยมีบทบาทอย่างมากในทางการแพทย์และเริ่มมีการค้นพบถึงโทษของยาบ้าในระบะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยมีประวัติความเป็นมาดังต่อไปนี้

- พ.ศ. 2430: ยาบ้าถูกสังเคราะห์ขึ้นมาเป็นครั้งแรก โดยนักเคมีชาวเยอรมันชื่อ อีเดลมา (Edelma) ซึ่งขณะนั้นเรียกสารที่พบว่า เฟนิลไอโซโพรไพลามีน (Phenylisopropylamine) และยังไม่เป็นที่รู้จัก
- พ.ศ.2470: ค้นพบความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติทางการแพทย์ของยาบ้าโดย กอร์ดอน เอ แอลลิส (Gardon A. alles)
- พ.ศ.2473: พินีส (Pinese) และเพื่อนร่วมงาน พบว่า ยาบ้ามีฤทธิ์ทำให้หลอดโลหิตตีบ เล็กลงและทำให้ความดันโลหิตสูง
- พ.ศ.2475: บริษัท สมิท ไคลน์ แอน เฟรนช์ (Smith Kline and French) ได้นำเอายาบ้ามาผลิตเป็นยาสูดดม แก้วหัดคัดจมูก ใช้ชื่อเพนซีตริน อินฮาเลอร์ (Penzedrine Inhaler)
- พ.ศ.2476: แอลลิส (Alles) พบว่า ยาบ้ามีฤทธิ์ทำให้หลอดลมขยายกระตุ้นการหายใจและกระตุ้นสมอง
- พ.ศ.2478: พรินซ์เมทอลและบลูมเบิร์ก (Prinzmetal and Bloomberg) นำเอาฤทธิ์กระตุ้นสมองของยาบ้ามารักษาโรคง่วงหลับ (Narcolepsy)
- พ.ศ.2480: ได้มีการนำมาใช้เป็นยาลดความอยากอาหาร ยาลดน้ำหนัก หรือยาลดความอ้วน ต่อมานำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า และใช้เป็นยาแก้พิษสำหรับยาที่กดประสาทส่วนกลาง
- พ.ศ.2482-2488 : ใช้ยาบ้ากับทหารในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2
- พ.ศ.2495: คนที่เสพยาบ้า หันมานิยมเสพติดยาบ้าแทน
- พ.ศ.2503: มีกฎหมายควบคุมการผลิต การใช้ การซื้อ
- พ.ศ.2510: ยาบ้าแพร่ระบาดเข้ามาเมืองไทย โดยบริษัทโบโรเวลคัม จำกัด ประเทศเกาหลี จะเห็นได้ว่ายาบ้ามีการนำมาใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่องและยาวนาน จนกระทั่งค้นพบโทษของยาบ้า จึงได้มีการออกกฎหมายควบคุมยาบ้าในเวลาต่อมา

1.6 ลักษณะตัวยาค้าที่สำคัญที่พบในยาบ้า และการออกฤทธิ์ของยาบ้า

1. ลักษณะ

ยาบ้ามีลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมนิดๆ ผงยาบ้า 1 กรัม จะละลายได้ในน้ำ 9 ซีซี (มิลลิลิตร) และใน 500 ซีซี (มิลลิลิตร) ของแอลกอฮอล์ ผงยาบ้าไม่ละลายในอีเทอร์ สารละลายของยาบ้ามีฤทธิ์เป็นกรดเมื่อทดสอบด้วยกระดาษลิตมัส

โดยทั่วไปลักษณะยาบ้า เมื่อนำไปทำยาแล้วมักจะมีลักษณะเป็นเม็ดเล็กๆ แคปซูลที่แพร่ระบาดในปัจจุบันจะมีลักษณะเป็นเม็ดกลมแบน เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6.5 – 7 มิลลิเมตร น้ำหนักเฉลี่ยประมาณ 70 – 80 มิลลิกรัมต่อ 1 เม็ด มีสีขาว, เหลือง, น้ำตาลหลากสี ตราประทับคือ รูปหัวม้า “M”, “K”, “9”, “London” ยาบ้าชนิดฉีดก็มีปรากฏให้เห็นเช่นกัน (สำนักงาน ป.ป.ส. 2537 ข : 8-9)

2. ตัวยาสำคัญที่พบในยาบ้า

สำนักงาน ป.ป.ส. (2537 ข : 15-22) ได้ระบุว่าตัวยาสำคัญที่พบในยาบ้ามีดังนี้

- 2.1 อีฟีดรีน (Rphedrine)
- 2.2 คาเฟอีน (Caffeine)
- 2.3 ทีโอฟีลลีน (Theophylline)
- 2.4 เฟเนทิลีน (Fenethyline)
- 2.5 แอมเฟตามีน (Amphetamine)
- 2.6 เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)
- 2.7 ฟีนาโซน (Phenazone)
- 2.8 เฟนฟลูรามีน (Fenfluramine)
- 2.9 เดกซ์โตรเมโทรแฟน (Dextrometorphane)
- 2.10 เพโมลีน (Pemoline)
- 2.11 เบนโซเคน (Benzocaine)

3. การออกฤทธิ์ของยาบ้า

ยาบ้า เป็นยากระตุ้นประสาทส่วนกลาง ฤทธิ์ของยาในกลุ่มยากระตุ้นประสาทนี้ คล้ายคลึงกับฤทธิ์ของเอเดรีนาลีน (Adrenaline) หรือเอพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ใน ร่างกาย ยาบ้าจะทำให้เกิดการกระตุ้นทางชีวเคมีของระบบร่างแหกระตุ้นของประสาท (Reticular activating system) การกระตุ้นนี้ทำให้มีความรู้สึกสุขสบาย แต่เมื่อเกิดการกระตุ้นมากเกินไปจะเกิดความกังวล และมีผลต่อมัดกึ่งกลางของสมองส่วนหน้า (Medial forebrain bundle) ของระบบตอบสนอง (Reward system) ทำให้มีความสุข สนุกสบาย (วิทย์ เทียงบุญธรรม. 2531 : 38)

เมื่อผู้เสพยาบ้าเสพยาเข้าไปยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที ระดับของยาบ้าในกระแสเลือดจะสูงสุดหลังรับประทาน 2 – 3 ชั่วโมง ฤทธิ์จะคงอยู่นาน 10 – 30 ชั่วโมง และฤทธิ์จะคงอยู่ขึ้นอยู่กับการขับถ่ายปัสสาวะ ถ้าดื่มน้ำมาก ๆ ปัสสาวะบ่อย ๆ ร้อยละ 80 ของยาบ้าจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ ถ้าไม่ถูกขับออกมาจะถูกทำลายและขจัดออกโดยตับ ยาบ้ามีฤทธิ์โดยตรงต่อตำแหน่งแอดรีเนอร์จิก (Adrenergic site) โดยมีฤทธิ์คล้ายตัวส่งทอดกระแสประสาท (Neurotransmitter) จึงทำให้เชื่อว่ายาบ้าจะไปถึงและกระตุ้นตำแหน่งตัวรับยา (Receptor site) มีผลทำให้สารสื่อประสาทในสมองผิดปกติ ซึ่งสารสื่อประสาทที่สำคัญในสมองมี 2 ตัว คือ โดพามีน (Dopamine) และนอร์แอดรีนาลีน (Noradrenaline) (วรลักษณ์ ชีร์โมกษ์. 2537:

34-35) นอกจากนี้ยาบ้ายังมีผลต่อศูนย์รวมประสาทสมองที่ควบคุมความหิว ทำให้ความหิว น้อยลง แต่ร่างกายของคนก็มีภาวะดื้อต่อฤทธิ์ประการนี้ได้เร็วมาก ยาบ้าเป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตใจ จึงทำให้เกิดการเสพติดและดื้อยาได้ง่าย

สำหรับฤทธิ์ของยาเมื่อเสพร่วมกับสารอื่น ๆ จะไม่สามารถบอกได้ว่าฤทธิ์ของยาจะเริ่มขึ้น เมื่อใดและยุติเมื่อใด ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้เสพยาบ้าร่วมกับยาและสารอื่น ๆ ฤทธิ์ของยาจะมีการ ปนเปกัน กล่าวคือ จะกระตุ้นให้แรงขึ้นกว่าเดิม แต่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าฤทธิ์ของยาแรง เท่าไร เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้มีการกำหนดขนาดของการดื่ม

การเสพยาบ้ากับสารประเภทฝิ่นที่พบมากคือ การใช้ยาบ้ากับเฮโรอินแล้วฉีดเข้าเส้น ซึ่งยาบ้ากับเฮโรอินมีชื่อเรียกเฉพาะทางยุโรปและอเมริกา คือ สปีดบอล (Speed ball) ฤทธิ์ทาง เภสัชวิทยาเมื่อเสพบสารดังกล่าวเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะทำให้ร่างกายมีภาวะอาการที่ผู้เสพรู้สึกหรือ บอกได้ว่า “สบายดี” คือ ฝิ่นที่ผู้เสพเข้าร่วมกับยาบ้า จะทำให้รู้สึกสบายอยู่ระยะหนึ่งก่อน ร่างกายจะรู้สึกง่วงหลับ และยาบ้าจะทำให้หายช่วงอาการสบายดีออกไปอีกระยะหนึ่งก่อนร่างกาย จะรู้สึกง่วงหลับ และยาบ้าจะทำให้หายช่วงอาการสบายดีออกไปอีกระยะหนึ่งตามจำนวนที่ผู้เสพ ผสมสารทั้งสองเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามมีข้อที่น่าสังเกตคือ การที่ผู้เสพยาบ้าในรูปสารเดี่ยวด้วยการ ฉีดยาบ้าเข้าเส้นมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลาติดต่อกัน จะทำให้เกิดอาการ เบื่ออาหารและมีอาการทางจิต แต่ถ้าผู้บริโภคใช้ฝิ่น (Opiates) ร่วมด้วย ก็จะทำให้มีอาการเบื่อ อาหารเกิดขึ้นน้อยลง และทำให้เสพยาบ้าร่วมกับสารอื่นได้นาน (วิชัย โปษยะจินดา, 2534 : 10)

ตัวยายของยาบ้าที่ผู้บริโภคใช้นั้น เมื่อวิเคราะห์สารจากเม็ดยาบ้าพบว่าประกอบด้วย สารแอมเฟตามีน อีฟิทริน และคาเฟอีน ซึ่งอีฟิทริน จะมีฤทธิ์ในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต อย่างไรก็ดี ยาบ้าบางเม็ดอาจจะไม่มีสารแอมเฟตามีนผสมอยู่ด้วยเลย ดังนั้นด้วยมูลเหตุที่สารตัวยายบ้ามีไม่เหมือนกัน หรือควบคุมคุณภาพของสารในยาบ้าไม่ได้เหมือนกันในทุกเม็ดยา ผลจึงทำให้ผู้เสพได้รับฤทธิ์ของยาบ้าต่างกันในแต่ละบุคคล และในแต่ละครั้งที่เสพ

1.7 พฤติกรรมการเสพยาบ้า

ยาบ้าอาจทำการเสพได้ใน 3 ลักษณะดังนี้ (ชนพัฒน์ หาพิพัฒน์, 2539: 7-8)

1. การเสพโดยวิธีกิน วิธีการนี้เป็นวิธีการเดียวกันกับที่เรากินยารักษาโรคประเภทอื่นๆ อาจกินเป็นเม็ด ละลายในเครื่องดื่มโดยเฉพาะเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งขนาดและปริมาณที่กินมักขึ้นอยู่กับ ระยะที่กิน คือ ในช่วงเริ่มต้นกินใหม่ๆอาจกินทีละครึ่งเม็ด แต่เมื่อกินไปนานๆอาจต้องเพิ่มปริมาณ การกินขึ้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแรงของตัวยายที่กิน เพราะยาบ้าที่ขายอยู่ในท้องตลาด ปัจจุบันมีหลายชนิด แต่ละชนิดก็มีความรุนแรงและราคาที่แตกต่างกัน

2. การเสพโดยวิธีการสูดควัน การเสพโดยวิธีนี้ผู้เสพจะใช้ไฟลนยาบ้าซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ กระดาษที่มีคุณสมบัติคล้ายกระดาษฟรอยด์รองอยู่ เช่น กระดาษห่อมวนบุหรืเมื่อเกิดควันลอยขึ้น

ก็ใช้หลอดขนาดเล็ก สูดควันเข้าทางปาก แล้วเข้าไปในปอดในลักษณะเดียวกับบุหรี่แต่ก็มักจะไม่มีการระบายควันออกมาเหมือนการสูบบุหรี่

3. การเสพยาโดยวิธีการฉีด การเสพด้วยวิธีนี้เหมือนกับวิธีการเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่ใช้วิธีการฉีดเข้าเส้น โดยอาศัยเข็มฉีดยาที่หาซื้อได้ทั่วไป และโดยทั่วไปแล้วผู้ที่เสพยาบ้าโดยวิธีนี้มักเสพโดยผสมยาเสพติดชนิดอื่นๆด้วย

การเสพยาบ้าสามารถกระทำได้หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาซ้ำเร็วต่างกัน

อาการของผู้เสพยาบ้า

อาการทางกาย

วิทย์ เทียงบุรณธรรม (2531: 61) ได้กล่าวว่า สำหรับผู้ที่ใช้อย่างขนาดต่างๆ 20-30 กรัม/วัน จะทำให้เกิดอาการตื่นเต้นง่าย พุดมาก อยู่ไม่สุข มือสั่น เหงื่อออกมาก และนอนไม่หลับ

อาการที่มักจะเห็นบ่อยๆมี

1. เบื่ออาหาร (Lose of appetite)
2. ตื่นเต้นง่าย (Excitability)
3. มือสั่น (Tremor of the hands)
4. พุดมาก (Taldativeness)
5. คลื่นไส้ (Nausea)
6. ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)
7. หัวใจเต้นแรงขึ้น (Abnormal heart rhythm)
8. อยู่ได้นานโดยไม่ต้องนอน (Insomnia)
9. เหงื่อออก กลิ่นตัวแรง (Heavy perspiration)
10. ท้องเสีย (Diarrhea) หรือท้องผูก (Constipation)
11. ปากและจมูกแห้ง ริมฝี (Dry oral and nasal mucosa, cracking lips)
12. ทำงานเกินปกติ หงุดหงิดฉุนเฉียว ชอบทะเลาะวิวาท (Hyperactiveness, fury and quarrel)
13. รูม่านตาเบิกกว้าง (Enlarged pupils)
14. สูบบุหรี่จัดมวนต่อมวน (Heavy smoking)

อาการทางด้านจิตใจ

ผู้เสพยาบ้าเพราะความจำเป็นหรือเพื่อต้องการให้ตัวเองกระปรี้กระเปร่าเนื่องจากยานี้ถูกดูดซึมง่ายจึงต้องเพิ่มขนาดเสมอ ๆ ทำให้เกิดอาการทางจิต บางคนระหว่างที่ใช้อย่างนี้ได้สักระยะหนึ่งก็จะเกิดอาการทางจิตหรือเป็นบ้าขึ้น อาการจะคล้ายคนที่เป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวงมากจนแยกแยะไม่ออกในบางครั้ง เช่น อยู่ ๆ ก็เอะอะว่าคนจะทำร้ายตนคว่ำปิ่นคว่ำอาวุธออกมาจะป้องกัน

ตนเอง หรือไม่กี่หนิชุกซ่อนไม่กล้าออกจากบ้าน พูดไม่รู้เรื่องมักเห็นภาพหลอนต่างๆ นานา ระหว่างที่มีอาหารเหล่านี้อาจเป็นอันตรายกับตัวเองถึงตาย เช่น เห็นภาพหลอนตกใจกลัวจนวิ่ง ตกตึก ถูกรถชนหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เพราะมีความหลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน ก็อาจจะทำร้ายคนอื่นก่อนได้ (สำนักงาน ป.ป.ส. 2537 ข : 11- 12)

อาการของการเลิกใช้ยาหรือขาดยา

สำนักงาน ป.ป.ส. (2537 ข : 12) กล่าวถึงผู้ป่วยที่เลิกใช้ยาบ้าจะมีการทรมานร่างกายแต่เพียงเล็กน้อยที่เห็นชัด คือ อ่อนเพลีย ซึมเศร้า บางครั้งมีอาการใจคอหงุดหงิดอยากได้ยาอีก เมื่อหมดฤทธิ์อาการที่มักพบคือ

1. ปวดตามกล้ามเนื้อ
2. ง่วงนอนจัด หิวจัด
3. วิงเวียน
4. อ่อนเพลียมาก
5. ซึมเศร้าไม่มีชีวิตชีวา
6. มือสั่น

ใน 4 – 8 ชั่วโมง เมื่อยาหมดฤทธิ์แล้วใช้อีกเป็นครั้งที่ 2 หลังจากนั้นร่างกายจะเกิดการต้านยา เกิดอาการหลับในขึ้นมาได้

การใช้ยาเป็นประจำ ทำให้เกิดการติดยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้ขึ้นเรื่อยๆ ถ้าใช้ไปนานๆทำให้เกิดการติดยาทั้งทางจิตและทางกาย เมื่อหยุดใช้ยาทันที จะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น อาการขาดยาที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ยาในขนาดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนหลับคล้ายคนหมดสติ กระวนกระวาย หิวอาหารอย่างรุนแรง ในระยะ 3-4 วันหลังจากหยุดยาจะเกิดอาการสะท้อนกลับของอารมณ์ (rebound phenomena) จากอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง เป็นอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 93-94)

โทษของการใช้ยาบ้า

ผลของการใช้ยาบ้าเกิดโทษต่อผู้ใช้คือ (อุทัยศรี แสงสร้อย. 2539 : 115)

1. โทษเฉียบพลันที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1.1 ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ยาบ้าเป็นยากระตุ้นประสาทส่วนกลางอย่างแรง ตัวหนึ่งโดยจะกระตุ้นศูนย์หายใจ และสามารถลดแรงของอาการซึมเศร้าจากยาอื่นได้ ผลต่อจิตใจของยานี้ขึ้นกับปริมาณยาและสภาพจิตใจ รวมทั้งบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล การรับประทาน 10 – 30 มิลลิกรัม จะทำให้เกิดการตื่นตัว ลดความอ่อนเพลีย ทำให้อารมณ์ดีขึ้น และเพิ่มความคิดสร้างสรรค์ มีความมั่นใจ รู้สึกสุขสบาย ทำงานได้มากขึ้น แต่ความบกพร่องไม่ลดลง สมรรถภาพของนักกีฬาดีขึ้น แต่เมื่อได้รับยาบ้าในขนาดสูงจะมีอาการกระวนกระวาย มึนงง สั่นไหวต่อสิ่งเร้า พูดมาก หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มีไข้ บางครั้งมีอาการ

เคลิบเคลิ้ม สับสน กังวล ประสาทหลอน หวาดระแวง ตื่นกลัว มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในคนไข้โรคจิตภายหลังจากที่ยาบ้าออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทแล้ว จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ชีพจรเร็ว ปริมาณยาที่เป็นพิษของยาบ้ามีความแตกต่างกันมาก ปริมาณยาที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงคือ 30 มิลลิกรัม ส่วนปริมาณที่ทำให้ตายไม่แน่นอน ถ้าผู้ที่เคยใช้ยานี้มานาน อาจทนต่อยาได้ในปริมาณมาก

1.2 ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด จะเพิ่มความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว (Systolic และ diastolic) หัวใจจึงเต้นช้าลง และเมื่อได้รับในปริมาณที่สูงขึ้นไปอีก จะก่อให้เกิดอาการดังต่อไปนี้คือ ปวดศีรษะ ใจสั่น หน้าแดง ชีพจรเต้นแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง ระบบหลอดเลือดล้นเหลว มีเหงื่อออกมาก

1.3 ผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะบีบตัวเพิ่มมากขึ้น จึงใช้รักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจทำให้มีปัสสาวะขัดเกิดขึ้นบางครั้ง ผลต่อมดลูกไม่แน่นอน แต่มักเพิ่มขึ้นหรือลดลง ระบบหลอดเลือดล้นเหลว มีเหงื่อออกมาก

1.4 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผลต่อกระเพาะและลำไส้ไม่แน่นอน ถ้าลำไส้กำลังคลายตัวยานี้จะทำให้ลำไส้บีบตัว ถ้าลำไส้บีบตัวยานี้จะทำให้ลำไส้คลายตัว เมื่อได้รับยาบ้าในขนาดเพิ่มขึ้นไปอีก จะมีอาการขมปาก ปากแห้ง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน

การใช้ยาบ้าในขนาดสูงครั้งเดียว มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข หวาดระแวง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ขาดเหตุผล การตัดสินใจไม่ดี วิดกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ กล้ามเนื้อกระตุก เหงื่อแตก หนาวสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ปากแห้ง ม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง จนอาจมีเส้นโลหิตในสมองแตก อาการดังกล่าวจะเกิดภายใน 1-24 ชั่วโมง หลังจากใช้ยา

2. โทษจากการใช้เป็นระยะเวลานาน การใช้ยากลุ่มยาติดกัน จะทำให้สมองและร่างกายถูกกระตุ้นอยู่เสมอ โดยไม่ได้รับการพักผ่อน ร่างกายจะต้องถูกฝึกให้ทำงานหนักอยู่ตลอดเวลา ในที่สุดก็จะทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเกิดโทษเฉียบพลัน และทำให้ร่างกายเกิดโรคติดเชื่อได้ง่าย โรคที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ โรคตับอักเสบ ไตไม่ทำงาน โรคเกี่ยวกับปอด นอกจากนี้การใช้กลุ่มยาบ้าเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอนถึงกับเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนขับรถเวลามีอาหารประสาทหลอนจะรู้สึกเหมือนว่ามีผู้หนึ่งผู้ใดติดตามมาและพยายามที่จะจับตัว จึงต้องขับรถเร็วเพื่อจะหนี ซึ่งอาจจะทำให้ประสบอุบัติเหตุถึงแก่ชีวิตได้หรือในระหว่างที่ขับรถเร็ว ๆ อาจจะหน้ามืดทันที ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ หากใช้ยาบ้าบุตรที่เกิดมาจะมีอาการร่างกายคล้ายคนติดยา และในหลายกรณีมักเลี้ยงไม่รอด ส่วนนักเรียนที่ใกล้สอบซึ่งเข้าใจผิดคิดว่าจะช่วยให้ดูหนังสือได้มากมายและความจำดีขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง เพราะทุกรายที่เสพเข้าไปจะเข้าทำนองยิ่งอ่านยิ่งลืม

ผลกระทบของการเสพยาบ้า

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2541: 23-25) กล่าวถึง ผลกระทบของการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตตามีนต่อการดำรงชีวิตประจำวันในสภาพสังคมปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ ต่อตัวผู้เสพ ต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจ ต่อสังคม ดังนี้

1.ผลกระทบต่อตัวผู้เสพ

การเสพยาบ้าหรือแอมเฟตตามีนเป็นประจำจะถูกฤทธิ์ยากระตุ้นอยู่เสมอ ดังนั้นเมื่อหมดฤทธิ์ยา ผู้เสพจึงมักจะมีสภาพที่อ่อนเพลียอย่างหนัก หลับอย่างทันทีทันใด ระบบประสาทการรับรู้อ่อนลง นอกจากนั้นหากเสพยาเกินขนาดหรือเสพติดต่อกันเป็นเวลานาน ยังก่อให้เกิดโทษและพิษภัยต่อร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อจิตใจ มักเกิดอาการประสาทหลอนหรือเกิดอาการของโรคจิตได้

การใช้อย่างผิด ๆ มีผลกระทบต่อตัวผู้เสพเอง หลายประการ คือ

1.1 สูญเสียอวัยวะร่างกาย พิกการ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต เนื่องจากประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งปัจจุบันเกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นรถบรรทุกต่าง ๆ และรถยนต์โดยสารประจำทาง

1.2 ความเสียหายต่อทรัพย์สินที่จะต้องสูญเสียที่จะต้องสูญเสียหาย เนื่องจากอุบัติเหตุ

1.3 ถูกดำเนินคดีจากกรณีซื้อขายยาบ้า

1.4 ว่างานหรือถูกให้ออก ไล่ออก ปลดออกจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการเสพยาบ้า อันทำให้ร่างกายพิกการ สูญเสียทรัพย์สินหรือเสียชื่อเสียงของผู้ว่าจ้างหรือเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งจนขาดความเชื่อถือ

1.5 สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้เสียการเรียนและถูกรังเกียจ

2.ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลที่จะกระทบไปสู่บุคคลอื่นในครอบครัวนั้น อาจแตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ที่เสพยาบานั้นมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในครอบครัว โดยอาจได้รับผลกระทบ ดังนี้

2.1 รายได้ลดน้อยลงหรือประสบกับภาวะผิดเคือง หากผู้เสพซึ่งเคยเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้ให้กับครอบครัว ต้องถูกดำเนินคดีทางกฎหมายหรือไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป

2.2 เป็นภาระให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลเสียเวลาดูแลชีวิตความเป็นอยู่ หากหัวหน้าครอบครัวซึ่งเสพยาบ้า และเกิดอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ ร่างกายพิกการ หรือทุพพลภาพ

2.3 บุตรธิดาขาดการดูแลจากบิดา อาจเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางที่ผิดหรือหันไปพึ่งยาเสพติดต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้อาจจะต้องขาดโอกาสในการศึกษาโดยไม่อาจศึกษาต่อไป เพราะต้องหันมาทำงานเพื่อช่วยเหลือครอบครัวแทน

2.4 สภาพจิตใจของคนในครอบครัวถูกกระทบกระเทือน เมื่อเกิดความรู้สึกผิดหวัง เพราะหากลูกซึ่งพ่อแม่ฝากความหวังไว้ อยากเห็นอนาคตที่สดใส มีชีวิตที่ดีกลับหนีการเรียนไป มั่วสุมเสพยาบ้า สร้างปัญหานั้นทอนกำลังใน สภาพจิตใจของพ่อแม่จะทรุดโทรมลง

3.ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

การเสพยาบ้าส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ดังนี้

3.1 ประเทศชาติขาดกำลังแรงงานในช่วงวัยสำคัญไปอย่างน่าเสียดาย ทั้งกำลังแรงงานในเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาการศึกษาของชาติ

3.2 รัฐบาลต้องขาดรายได้ในรูปภาษีเงินได้จากการว่างงาน ไม่มียานทำจากแรงงานที่อ่อนแอและไร้ฝีมือ

3.3 สูญเสียงบประมาณของรัฐบาลในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า การดำเนินงานปราบปรามแหล่งผลิต แหล่งจำหน่ายยาบ้า ซึ่งมีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น โดยปริมาณการจับกุมผู้จำหน่ายและผลผลิตยาบ้าทั้งรายใหญ่และรายย่อยมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ

4.ผลกระทบต่องสังคม

ผู้เสพยาบ้านอกจากส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว แล้วยังส่งผลกระทบต่อสังคม ดังนี้

4.1 เกิดปัญหาอาชญากรรม จากกรณีผู้เสพยาบ้า มีอาการทางจิต คลุ้มคลั่ง เกิดภาพหลอนต่าง ๆ ทำการจี้ตัวประกัน หรือก่อเหตุการณ์ที่ทำลายขวัญประชาชนทั่วไป ซึ่งบุคคลที่ต้องรับเคราะห์กรรม บางครั้งเป็นเด็กไร้เดียงสา เป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลทั่วไป เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ทุกครั้ง จะส่งผลต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต เป็นผลกระทบต่อความปลอดภัยของคนในสังคมอย่างมาก

4.2 เกิดความสูญเสียต่อสังคมส่วนรวม ทั้งนี้เพราะการเกิดอุบัติเหตุทุกครั้ง นอกจากจะสร้างความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของผู้เสพยาบ้าหรือผู้ว่าจ้างแล้วยังสร้างความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่บุคคลอื่น หรือสังคมส่วนรวม โดยที่กลุ่มคนเหล่านี้มิได้เกี่ยวข้องอย่างใดด้วยเลย และในการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งมีตัวเลขของการสูญเสียที่สูงมาก รวมทั้งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาพจิตใจของผู้ที่ประสบเหตุด้วย

4.3 เกิดปัญหาการว่างงานเนื่องจากการเสพยาบ้าเป็นเวลานานย่อมทำให้ศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลนั้นสูญเสียไป ทำงานได้ช้าลง ขาดประสิทธิภาพไม่ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจจากผู้ว่าจ้าง

4.4 เกิดปัญหาในครอบครัว เด็กขาดความอบอุ่นอันเนื่องมาจากสูญเสียบิดา บิดาพิกลพิการหรือบิดาว่างงานไร้อาชีพ ส่งผลถึงบุตรธิดาโดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางลบ

การใช้ยาบ้าในวัยรุ่น

ปัจจุบันจะพบว่าจากสื่อมวลชนอยู่เสมอว่า เด็กวัยรุ่นติดยาบ้า สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากความอยากรู้อยากลอง และตามใจเพื่อน ต้องการให้เพื่อนยอมรับ บางรายถูกชักจูงไปในทางที่ไม่ดี เสพติดยาบ้าจนต้องถูกโรงเรียนให้ออก มีผลทำให้เสียอนาคตทางการเรียน ดังนั้นรัฐบาลและทุกหน่วยงานจึงควรช่วยกันหาทางป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นของวัยรุ่น มิให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยหันไปพึ่งยาบ้า โรงเรียนในฐานะใกล้ชิดกับวัยรุ่น มีหน้าที่อบรมปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม ควรเข้าใจถึงความต้องการของวัยรุ่น จัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคม จะสามารถทำให้วัยรุ่นเติบโตได้อย่างมีคุณภาพ

มาตรการทางกฎหมาย

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน จัดเป็นยาเสพติดประเภทวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภทที่ 2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความผิดและบทลงโทษ มีดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2537:11)

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 85 พ.ศ.2536 ที่แสดงความผิดและบทลงโทษเกี่ยวกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
2. พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 กำหนดมาตรการพิเศษใช้ 2 ประการ คือ

2.1 มาตรการสมคบ

2.2 มาตรการริบทรัพย์เกี่ยวเนื่องกับการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

3. พระราชบัญญัติการจราจรทางบก (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535

4. พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535

1.8 การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า

การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า หมายถึง การดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพยาบ้า ให้เลิกจากการเสพ และสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ (สำนักงานป.ป.ส. 2537 ค: 20 – 22)

ระบบการบำบัดรักษา

ในการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า สามารถแบ่งระบบการรักษาออกเป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบสมัครใจ (Voluntary system) หมายถึง การที่ผู้เสพยาบ้าสมัครใจเต็มใจมีความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งของภาครัฐบาลหรือเอกชน
2. ระบบต้องโทษ (Correctional system) หมายถึง การที่ผู้เสพยาบ้า กระทำความผิดและถูกคุมขัง จะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย เช่น ทักษสถาน

บำบัดพิเศษ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม
สถานนิจและคุ้มครองเด็กกลาง กระทรวงยุติธรรม

3. ระบบบังคับ (Compulsory system) หมายถึง การให้กฎหมายบังคับตาม
พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 โดยการตรวจพิสูจน์หาสารเสพติด
หากตรวจพบว่า มีสารเสพติดในร่างกาย ผู้เสพติดจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดใน
สถานพยาบาลที่จัด ตั้งขึ้น ตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว เป็นระยะเวลา 6 เดือน หรืออาจจะขยายหรือลด
ระยะเวลาการบำบัดรักษาได้ แต่รวมแล้วไม่เกิน 3 ปี

ปัจจุบันในการรักษาแบบระบบสมัครใจ มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่เปิด
รักษาผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดทั่วประเทศ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
217 แห่ง รักษาผู้ติดยาเสพติดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ขั้นตอน คือ เตรียมการ
ถอนพิษยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผล

ขั้นตอนการบำบัดรักษา

1. ขั้นตอนการก่อนบำบัดรักษา (Pre - admission) หมายถึง การดำเนินการศึกษาประวัติ
ข้อมูลและภูมิหลังของผู้ติดยาบ้า ทั้งจากผู้ขอรับการรักษาและครอบครัว เพื่อแนะนำชักจูงและ
กระตุ้นให้ผู้ติดยาบ้า มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความตั้งใจจริง และมีความพร้อมที่จะเข้ารับการ
บำบัดรักษา การดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์ประวัติ

1.2 การลงทะเบียนประวัติ

1.3 การแนะนำ ชี้แจง วิธีการบำบัดรักษาทางการแพทย์

1.4 แนะนำบทบาทของครอบครัวให้มีส่วนช่วยผู้ติดยาบ้าให้เลิกเสพ

1.5 วิธีการทางการแพทย์ เช่น เอ็กซเรย์ ชั่งน้ำหนัก ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ฯลฯ

2. ขั้นตอนการรักษาทางยา หมายถึง การบำบัดรักษา อาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาบ้า
โดยใช้ยา ได้แก่ ไตรคริดาซีน (Tricridazine) ไตรฟลู-เพราซีน เพอโรเฟนาซีน (Triflou-ferazine
perohenazine)อีลูเฟนาซีน (Eluphenazine) อาการทางกายที่เกิดจากการติดยาบ้า ได้แก่ ทำงาน
เกินปกติ หงุดหงิด จุกแฉิว ชอบทะเลาะวิวาท แก้วตาเปิดกว้าง ปากและจมูกแห้งต้องเลียริมฝีปาก
ขี้จุกบ่อยๆ สับสนหรือจัดมวนต่อมวน อยู่ได้นานๆ โดยไม่กินหรือนอน และสามารถ
ป้องกันผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโดยให้แอนตี้พาร์กินสันนิสซึมดริก (Antiparkinsonism drug)

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง กระบวนการบำบัดรักษาอย่าง
ต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยา ให้ปรับเปลี่ยนลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ
พฤติกรรม ให้อำนาจตนเอง ให้เกิดความเข้มแข็งมั่นคงในจิตใจ มีความเชื่อมั่นสามารถกลับไปดำเนิน
ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ โดยไม่หวนกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำอีก

การดำเนินการ เป็นการใช้กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ ปรีกษาทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การอบรมธรรมะ การนันทนาการ การฝึกอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้อาจใช้รูปแบบการฟื้นฟู สมรรถภาพ เช่น รูปแบบชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นการสร้างชุมชนจำลองให้ผู้เลิกยาบ้ามาอยู่ร่วมกันเพื่อให้การช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมกลุ่ม ทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ฝึกฝนความรับผิดชอบ และรู้จักแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การฟื้นฟูจิตใจผู้ติดยาอาจใช้ กิจกรรมทางศาสนาเป็นหลักได้ เช่น การให้ผู้เลิกยาบ้า เข้ารับการอุปสมบท การเรียนรู้ ศึกษา วิปัสสนา หลักธรรมทางศาสนา เป็นต้น

4. ขั้นตอนติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา (After-care) หมายถึง การติดตามดูแลผู้เลิกยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอน เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาให้กำลังใจผู้เลิกยาเหล่านั้น อันเป็นการป้องกันมิให้ผู้เลิกยาหวนกลับไปติดยาซ้ำ

การดำเนินการ เป็นการใช้รูปแบบและวิธีการ เช่น การออกเยี่ยมเยียนผู้เลิกยา การโทรศัพท์ พูดคุย นัดพบ หรือการใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะ หาสารเสพติด เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษา

รูปแบบการบำบัดรักษา

1. การบำบัดรักษาแบบกายจิตสังคมบำบัด (MATRIX PROGRAM)

กายจิตสังคมบำบัด เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น (The Matrix Intensive Outpatient Program : IOP) ใช้เวลา 16 สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เข้าใจถูกต้องโดยให้องค์ความรู้ต่างๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังการเสพยา กระบวนการติดยาเสพติด และขั้นตอนต่างๆในการยาเสพติด นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรมดังนี้ (เจริญพร ปัญจะวัฒน์, 2544: 401-402)

- 1.1 การให้การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว
- 1.2 กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น
- 1.3 กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ
- 1.4 กลุ่มครอบครัวศึกษา
- 1.5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม
- 1.6 กลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน

จุดเด่นของโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด

1.โปรแกรมนี้มีคู่มือและมีโครงสร้างในการให้บริการในแต่ละกิจกรรมที่ชัดเจน เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาร่วมกับผู้ป่วย เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรมได้ ในการฝึกทักษะการเลิกยาเสพติด และการป้องกันการเสพยา

2. เป็นโปรแกรมที่คัดสรรสำหรับผู้ป่วยนอก ดังนั้นจึงประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยใน

3. จากการศึกษาของสถาบัน Matrix พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีนี้และอยู่ในโปรแกรมการรักษาจนครบ 16 สัปดาห์ สามารถเลิกเสพยาได้ ประมาณร้อยละ 70 ซึ่งถือว่าเป็นโปรแกรมการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง

ข้อจำกัดของโปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด

1. เนื่องจากเป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาที่มีตารางเวลา ในการทำกิจกรรมที่แน่นอน ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และครอบครัวต้องมาร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนั้นโปรแกรมนี้จึงเหมาะที่จะใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีที่พักใกล้กับสถานบำบัดรักษา

2. ผู้นำบำบัดรักษาจะต้องมีความรู้ด้านยาเสพติด และมีความสามารถในการให้คำปรึกษาทั้งกลุ่มและรายบุคคล รวมทั้งการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในรูปแบบต่างๆ ดังนั้นผู้นำบำบัดจะต้องผ่านการฝึกอบรมการเป็นนักบำบัดและจะต้องมีผู้ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา (Supervision and consultant) ในระยะแรก

2. กายจิตสังคมบำบัด (FRESH MODEL) สำหรับผู้ป่วยนอก

กายจิตสังคมบำบัด เป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดรักษาทางร่างกาย และการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประยุกต์โปรแกรมแมทริกซ์ (MATRIX PROGRAM) การบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการรักษาผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน (16 สัปดาห์) โปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้สาเหตุของการติดยาเสพติด การฝึกทักษะในการเลิกเสพยา และการป้องกันการติดซ้ำ รวมทั้งการเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติดและวิธีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้อย่างถาวร โดยโปรแกรมนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม มีการนัดหมายที่แน่นอนให้ผู้ป่วย และญาติมาเข้ากลุ่มดังนี้ ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มโดยให้มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและระดับประครองให้ผู้เสพยาสามารถเลิกยาเสพติดได้ผลสำเร็จ และผู้ติดยาเสพติดเข้ากลุ่มเพื่อเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะยาว โดยผู้ป่วยต้องมาเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีกิจกรรมหลักดังนี้

FRESH

F = Family Education Group

เป็นการให้ความรู้กับครอบครัว เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้น โดยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ 1 ครั้ง รวม 12 ครั้ง

R = Relapse Prevention Group

นับเป็นหัวใจสำคัญในขั้นพื้นฐานของการรักษา โดยมีกิจกรรม เป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยเรียนรู้ขั้นตอนต่างๆที่จะป้องกันไม่ให้หวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีก ขั้นตอนนี้จะมาร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 32 ครั้ง

E = Early Recovery Group

เป็นกลุ่มฝึกทักษะในการเลิกยาเสพติดระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยมาร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 8 ครั้ง

SH = Self - Help Group

เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในวันที่ว่างเว้นจากการร่วมกลุ่ม เช่น

-NA (กลุ่มเลิกยาเสพติดนิรนาม)

-Social Support เป็นกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย มีทักษะในการกลับเข้าสู่สังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆเป็นการเรียนรู้จากเพื่อนๆและเน้นความภาคภูมิใจให้กับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้จักพึ่งพา ซึ่งกันและกัน โดยนัดผู้ป่วยเข้าร่วมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายหลังจากครบโปรแกรม 4 เดือน จนถึง 52 สัปดาห์ เพื่อเป็นการติดตามหลังการรักษา พร้อมกันนี้ มีการให้คำปรึกษารายบุคคล พร้อมทั้งครอบครัว 10 ครั้ง ตลอดการบำบัดรักษา และครบ 4 เดือนอีก 3 ครั้ง จนครบ 1 ปี (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 652-653)

3. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) สำหรับผู้ป่วยในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่สำหรับผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาล ชัยภูมิรักษ์ ได้ตระหนักถึงปัญหายาเสพติดที่แพร่ระบาดอย่างรุนแรง ในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเพื่อสนองตอบนโยบายของรัฐบาลที่จะทำสงครามกับยาเสพติด จึงได้มีการปรับปรุงแบบการบำบัดรักษา เป็นการบำบัดแบบฟื้นฟูแบบเข้มข้นเรียกว่า ทางสายใหม่ (FAST MODEL) ในแนวความคิด การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่นี้ เน้นใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดได้สามารถคืนสภาพร่างกาย และจิตใจ ที่เข้มแข็ง มั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญ ให้มีภายในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้น จากการบำบัดรักษาจนกระทั่ง สามารถเรียนรู้ภาพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีเจ้าหน้าที่บำบัดเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปปฏิบัติตน ด้านชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข และทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน

การดำเนินการประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน

1. ครอบครัว (F : Family) การมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นบำบัดและรับผิดชอบดูแลควบคู่กับสังคมชุมชน ตามสภาพที่เป็นจริง

2. กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activity) ในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย

3. กิจกรรมช่วยเหลือตนเอง (S : Self-help) ใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยเรียนรู้และบำบัดทางจิตสังคม โดยปรับทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก การเน้นสนับสนุนการ จนสามารถอยู่ได้เป็นปกติ และปลอดภัยเสถียร

4. กระบวนการชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic Community) การดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคม โดยใช้กระบวนการกลุ่มชุมชนบำบัด

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู จะแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. Short term treatment Plan ใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน
2. Medium term treatment Plan ใช้เวลาประมาณ 6-8 เดือน
3. Long term treatment Plan ใช้เวลาประมาณ 8 – 12 เดือน

ผลการบำบัดนี้ คือ แบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) เป็นระบบการบำบัดที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ผลประโยชน์ จากการเรียนรู้ที่มีกระบวนการบำบัดเข้มข้นรูปแบบชุมชนบำบัด เป็นฐานหลัก มีครอบครัวเป็นแกนสำคัญที่มาร่วมการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งการบำบัดรักษามีกิจกรรมทางเลือกได้ ผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสมเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องและกระบวนการติดตามผลการรักษาที่สำคัญจะเกิดผลอย่างดียิ่ง เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดรักษา และสามารถนำกระบวนการช่วยเหลือตนเองไปดำเนินการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, 2544: 653-654)

4. ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)

ชุมชนบำบัด หรือเรียกย่อ ๆ ว่า ที.ซี. (T.C.) ชุมชนบำบัดเป็นการมุ่งพัฒนาตัวบุคคลให้สอดคล้องกับ การใช้แรงผลักดันจากกลุ่ม และชุมชนนั้น ๆ ทุกคนในชุมชนบำบัด ตลอดจนถึงสภาพแวดล้อมทั้งหลาย ล้วนมีส่วนเสริมความเข้มแข็งจริงจัง วัตถุประสงค์ของชุมชนบำบัด คือ การส่งเสริมความเจริญส่วนบุคคล วิธีที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล โดยกลุ่มคนที่มีความสนใจมาทำงานร่วมกัน เพื่อจะช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การดำเนินงานชุมชนบำบัดประกอบด้วย 4 ระยะด้วยกัน ดังนี้

1. ระยะจูงใจเข้าชุมชนบำบัด (induction, Motivation Phase)
2. ระยะบำบัดรักษาด้วยวิธีชุมชนบำบัด (Treatment Drug-Free T.C. Phase)
3. ระยะการฝึกกลับคืนสู่สังคม (Re-entry Phase)
4. ระยะติดตามผลและการดูแลรักษา (Follow-up and After-care Phase)

การดำเนินงานชุมชนบำบัดนั้น จะมีเจ้าหน้าที่จากวิชาชีพต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่จากผู้ที่เลิกยาเสพติดจากชุมชนบำบัด มาปฏิบัติร่วมกัน ย่อมจะมีวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละคน จึงจำเป็นต้องมีการบริหารงานที่ดี มีการสื่อสารทั้ง 2 ทางตลอดเวลา มีการติดตามผลงานตลอดเวลา การจัดกลุ่มการประชุมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างสม่ำเสมอ และร่วมกัน

แก้ปัญหาอย่างทันกาล จะช่วยให้ชุมชนบำบัดประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี (มงคล มณฑา. 2544 : 383-384)

นอกจากนี้ยังมีโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดหลายโครงการ เช่น

โครงการจัดทำค่ายบำบัดรักษายาเสพติด บ้านป่าคาสุขใจ ต.แม่สลอง อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย ในผู้เสพยาบ้า เฮโรอีน ผีน โดยเน้นการบำบัดรักษาแบบจัดกิจกรรมบำบัด ดนตรีบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยเน้นการบำบัดแบบองค์รวม การติดตามการประเมินผลพบว่า ผู้รับการบำบัดมีความพึงพอใจมาก และพบปัญหาว่ามีผู้รับการบำบัดบางส่วน ไม่สามารถเลิกฝิ่นได้ มีโรคแทรกซ้อนทางกาย และขาดความรับผิดชอบต่อตนเอง/ครอบครัว/สังคม/ประเทศชาติ (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 664-665)

โครงการค่ายเยาวชนชนต๋นกล้า ในกลุ่มเยาวชนและครอบครัวเยาวชนที่เสพยาเสพติด โดยเน้นการบำบัดรักษาฟื้นฟูเยาวชนผู้เสพยาเสพติดในชุมชนโดยชุมชน และใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ใช้วิธีการสอนแบบ CIPP ติดตามการประเมินผลเยาวชนและครอบครัว (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 633-634) ผู้จัดทำโครงการไม่ได้รายงานผลการประเมิน

โครงการบ้านสีขาว ในกลุ่มครอบครัวที่สนใจ หรือครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวเสพยาเสพติด โดยเน้นทฤษฎีครอบครัวเชิงระบบและใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การติดตามการประเมินผล (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 639)พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ และทักษะดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 643)

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดนครปฐม

จังหวัดนครปฐม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้ดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบค่ายบำบัดรักษา ตามหลักสูตร “การฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่น” ของโรงพยาบาลราชวิถี ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

หลักการของหลักสูตร

หลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่น มีเจตจำนงที่มุ่งตอบสนองการปฏิบัติตามนโยบายการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ในช่วงปี พ.ศ. 2540 – 2544 ที่มุ่งเน้นให้สถานบริการในสังกัดกรมการแพทย์ให้บริการแบบครบวงจรแบบสุขภาพองค์รวม จัดระบบบริการให้รวดเร็วประทับใจผู้มารับบริการและให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้ป่วยเสพติดวัยรุ่นที่เข้าร่วมในกิจกรรมของหลักสูตรจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลสุขภาพตนเองได้ภายใต้คำแนะนำและสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถดำรงชีวิตและมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าตามหลักการต่อไปนี้ (บุญเรียบ วัฒนธำรงค์. 2541 : 1 – 2)

1. ความรู้ที่ได้รับจะเป็นพื้นฐานสร้างแนวคิดในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติจนเป็นนิสัย

2. ผู้ป่วยเสพติดด้วยรูนสามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเสพติดด้วยรูนด้วยกัน

3. การสร้างความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเสพติดด้วยรูนเป็นรูปแบบกลุ่ม จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ การช่วยเหลือตนเองและชุมชนได้

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วยสาระสำคัญของหลักสูตร 4 กลุ่มวิชา ดังนี้

1. กลุ่มวิชา การประเมินสุขภาพสภาวะของตนเอง
2. กลุ่มวิชา ความรู้เรื่องการบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง
3. กลุ่มวิชา การแก้ไขตนเอง
4. กลุ่มวิชา การปรับตัวและการสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้ดำเนินการพิจารณาเนื้อหาวิชาตามหลักสูตรเพื่อบรรจุอยู่ในตารางการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้า โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 พบปัญหาการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแล้ว ดังนี้ (สรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด. 2544 : 6)

1. ผู้บำบัดรักษาแล้ว กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเอื้อต่อการกลับไปเสพยาบ้า เช่น มีแหล่งขายยาบ้าในชุมชน มีผู้เสพยาบ้าจำนวนมาก
2. ผู้บำบัดรักษาแล้ว ไม่มีงานทำ
3. ครอบครัวของผู้เสพยาบ้า ยังไม่ให้ความสนใจอย่างแท้จริง ที่จะช่วยดูแลให้กำลังใจกับผู้บำบัดรักษาแล้ว
4. การติดตามผลหลังจากการบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ

1.9 การป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า

การป้องกันการกลับซ้ำของผู้ที่เสพยาบ้า หมายถึง การให้การศึกษา ข่าวดสาร ความรู้ และข้อมูลในเรื่องของยาบ้าอย่างถูกต้องด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมไปสู่ผู้ที่เสพยาบ้า เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันมิให้ผู้เสพยาบ้าหันไปใช้ยาบ้าอีกครั้ง เมื่อประสบปัญหากับตัวเองและครอบครัว รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมใกล้ตัวที่มีส่วนผลักดันให้ผู้เสพยาบ้า หันไปเสพยาบ้าควบคู่กันไปด้วย (สำนักงาน ป.ป.ส. ม.ป.ป. : 2)

มาตรการป้องกันยาบ้าในปัจจุบันมีการดำเนินงานและมีรูปแบบกิจกรรม 5 มาตรการ ได้แก่ (สำนักงาน ป.ป.ส. 2535 : 44 – 49)

1. มาตรการการศึกษา รูปแบบของกิจกรรมตามมาตรการนี้มุ่งที่จะสร้างภูมิคุ้มกันยาบ้าในระยะยาวให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้การศึกษาเพื่ออบรมบ่มนิสัยและพัฒนาจิตใจ

(Affective education) อันจะก่อให้เกิดองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินชีวิตที่ปราศจากการพึ่งยาบ้า 6 ประการ คือ

1.1 การส่งเสริมการนับถือตนเอง (Enhancement of self-esteem) คือ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายสามารถวินิจฉัยแยกคุณค่าของตนเองต่อสังคม โดยทำให้ตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ มีความสามารถ มีความสำคัญของผู้อื่น เช่น รู้จักตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเองรู้จักปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีความสามารถทำงานได้ตามความเหมาะสมกับวัยมีความสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นใจตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่และกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

1.2 การส่งเสริมความสัมฤทธิ์ผล (Achievement) คือ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายประสบความสำเร็จจากการเรียน การทำงาน การทำกิจกรรมทั้งโดยตนเองและการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น เช่น มีความรู้ ประสบการณ์ และสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมสามารถนำหลักการคิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น มาปฏิบัติเป็นผลสำเร็จ มีความสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งส่วนบุคคลและหมู่คณะ

1.3 การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีจุดหมาย (Fostering a sense of purpose) คือ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายรู้จักสร้างสรรค์เป้าหมายหรือกำหนดเป้าหมายให้กับตนเองและพยายามหาแนวทางที่จะนำชีวิตของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ โดยมีอิสระที่จะคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกแนวทางไปสู่เป้าหมายอย่างสร้างสรรค์ มีพลังใจ สำนึกในคุณค่าของตนเอง

1.4 การส่งเสริมความเคารพตนเองและเกียรติภูมิของบุคคล (Experiences that promote respect for and others and individual dignity) คือ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีประสบการณ์ที่เหมาะสมกับวัยความต้องการ ความสนใจความถนัดความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายด้วยความอดทน เคารพในสิทธิหน้าที่ของตนเองและบุคคลอื่นตลอดจนให้ความเคารพยกย่องบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม เช่น มีสัจจะต่อตนเองและผู้อื่น มีสัมมาคารวะต่อผู้อื่น ไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ปฏิบัติตามกฎหมายของสังคม

1.5 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและทักษะสังคมอันจำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Development of the personal and social skills necessary for effective in a rapidly changing society) คือ การพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีโอกาสที่ฝึกฝนตนเองจนเกิดความชำนาญในการอ่าน การใช้เหตุผลการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การเรียนรู้โดยการทำงานด้วยตนเอง การสื่อความหมาย การติดต่อการสร้างความสัมพันธ์ การทำงานเป็นหมู่คณะ การช่วยเหลือคนอื่น เช่น มีพื้นฐานในการทำงานและอาชีพ มีความพร้อมที่จะประกอบอาชีพ มีความสามารถในการปรับปรุงการทำงาน มีความสามารถในการตัดสินใจ มีความสามารถในการติดต่อและเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น

1.6 การพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพ (Employable skills) คือ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกและเตรียมตัวเพื่อมีงานทำตามความสามารถของตนเอง รู้จักช่องทางในการดำรงชีวิตอย่างสุจริต ด้วยการจัดประสบการณ์ตรงให้กลุ่มเป้าหมายมีโอกาสฝึกฝนงานอาชีพจนเกิดความชำนาญ และสามารถมีอาชีพได้เมื่อเกิดความจำเป็น เช่น การสามารถเลือกอาชีพที่เหมาะสมกับตนเองได้เมื่อเผชิญปัญหาในการประกอบอาชีพสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ รู้จักแสวงหาความรู้เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับอาชีพของตน สามารถพัฒนาวิธีการทำงานของตนให้มีประสิทธิภาพและสามารถทำงานจนบรรลุเป้าหมาย

2. มาตรการบริการสนเทศ และเผยแพร่ข่าวสาร ให้ความรู้เรื่องยาบ้า รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกในการป้องกันยาเสพติด โดยการสอดแทรกหรือผสมผสานไปกับงานด้านการศึกษา งานสาธารณสุข และงานพัฒนาด้านต่าง ๆ รูปแบบของกิจกรรมตามมาตรการนี้ มุ่งที่จะให้กลุ่มเป้าหมายทราบข้อเท็จจริง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านความคิดในเชิงวิเคราะห์ อันนำไปสู่การตัดสินใจถูกต้อง ข่าวสารที่ให้กับกลุ่มเป้าหมายนั้น ไม่ได้จำกัดเฉพาะความรู้ด้านยาบ้าและวิธีการป้องกันเท่านั้น แต่จะเป็นข่าวสารที่จะพัฒนาการรับรู้การคิดในเชิงวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่สอดคล้องกับค่านิยมของตนเองและสังคม ในการที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้กับกลุ่มเป้าหมายนั้นได้อาศัยเทคนิควิธี และสื่อชนิดต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานตามมาตรการนี้ โดยการดำเนินงานเผยแพร่ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น สื่อสารมวลชน สื่อบุคคลและสื่ออื่นๆในรูปแบบ ดังนี้

2.1 การจัดวิทยากรบรรยาย อภิปราย เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้า แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ วิทยากรนับว่าเป็นสื่อบุคคลที่มีอิทธิพลมากและสามารถเรียกร้องความสนใจ ตลอดจนทำความเข้าใจให้แก่ผู้รับข่าวสารที่ดีที่สุด

2.2 การเผยแพร่ข่าวสารโดยผ่านสื่อสารมวลชนประเภทต่างๆ เช่น

- วิทยุ โดยการผลิตรายการในรูปของ บทความ สารคดี ละคร การเผยแพร่โดยใช้คำขวัญ เพลงโฆษณา เป็นต้น
- โทรทัศน์ โดยผลิตรายการในรูปของสารคดี ละคร การเผยแพร่โดยใช้คำขวัญ เพลง คำโฆษณาสั้น เป็นต้น
- สิ่งพิมพ์โดยการผลิตบทความ เรื่องสั้น คำขวัญ ลงโฆษณาภาพจริง การ์ตูน เผยแพร่ในวารสาร นิตยสาร หนังสือต่างๆ

2.3 การเผยแพร่ข่าวสารโดยผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น

- เสียงตามสาย หอกระจายข่าว โดยการผลิตรายการ บทความ สารคดีสั้น ธรรมะ ละครสั้น คำขวัญ เพลง เป็นต้น
- ป้ายโฆษณา โดยเสนอภาพ คำขวัญ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผ่านบนป้ายหยุดรถประจำทาง หลังรถสามล้อเครื่อง ด้านข้างด้านหลังรถประจำทาง สะพานลอย คนข้ามถนน
- หน่วยเคลื่อนที่ จัดบุคลากรพร้อมรถยนต์ และสื่อโสตทัศนูปกรณ์ชุดนิทรรศการออกไปเผยแพร่ในงานเทศกาล หรือในชุมชนต่างๆ

- สื่อพื้นบ้าน โดยการเผยแพร่ข่าวสารด้านการป้องกันยาบ้า ผ่านศิลปินพื้นบ้าน เช่น ตะลุง ลิเก ลำตัด ลำเพลิน เป็นต้น

2.4 การรณรงค์ป้องกันยาบ้า ซึ่งเป็นการระดมสื่อต่างๆ มวลชนต่างๆ ในท้องถิ่น เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การจัดสัปดาห์รณรงค์ป้องกันยาบ้า การเดิน การรณรงค์ป้องกันยาบ้า

2.5 การเผยแพร่โดยการให้บริการสื่อแก่หน่วยงานบุคคลต่างๆ เช่น การให้บริการ โปสเตอร์ ภาพชุด นิทรรศการ สไลด์ ภาพยนตร์ เอกสารต่างๆ เป็นต้น

3. มาตรการทางเลือก รูปแบบกิจกรรมตามมาตรการนี้ มุ่งที่จะส่งเสริมสนับสนุน พัฒนาการในด้านต่างๆ ให้กับกลุ่มเป้าหมายตามวัย ความต้องการ ความสามารถ และความถนัดของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้หันเหความตั้งใจยอมรับสิ่งที่คิดว่า การไปใช้ยาบ้าหรือฟุ้งยาบ้า ซึ่งทำลายชีวิตและอนาคตของตนเอง รูปแบบของกิจกรรมทางเลือก คือ

3.1 ด้านสุขภาพอนามัย เช่น กีฬานันทนาการ ดนตรี ออกกำลังกายตาม เกมต่างๆ เป็นต้น

3.2 ด้านจริยธรรม เช่น อบรมศีลธรรม กิจกรรมทางศาสนา ส่งเสริมประเพณี เป็นต้น

3.3 ด้านสังคม เช่น จัดตั้งชมรมหรือสมาคม จัดค่ายเยาวชน การสงเคราะห์ผู้อื่น การให้คำปรึกษา เป็นต้น

4. มาตรการสอดแทรก รูปแบบของกิจกรรมตามมาตรการนี้ มุ่งที่จะเข้าไปช่วยเหลือ ประคับประคองแก้ไข แก่กลุ่มเป้าหมายที่เริ่มมีปัญหาและกำลังประสบปัญหา ซึ่งต้องการบริการให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น

5. มาตรการใช้นวัตกรรม รูปแบบกิจกรรมตามมาตรการนี้ มุ่งที่จะเน้นใช้ยุทธวิธีเทคนิค หรือกระบวนการใหม่ๆ มาใช้ในการป้องกันยาบ้า รูปแบบที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน คือการตั้งศูนย์การศึกษาเพื่อชีวิต(Life Education Center) การจัดฝึกอบรมแบบทวีคูณ (Multiplier training) และ การใช้สื่อผสมเพื่อสร้างประสิทธิภาพในการเรียนรู้ (Multimedia) เช่น โครงการตะวันยิ้ม เป็นต้น (สำนักงาน ป.ป.ส. 2538 :4 – 8)

เป้าหมายของโปรแกรมการบำบัดรักษา จะเน้นความจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงข้อจำกัดทรัพยากรการเงิน เนื่องจากมีข้อจำกัดนี้ เวลาที่ต้องทุ่มเทให้แก่ผู้ป่วยต้องมีการพิจารณาให้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และประหยัด ดังนั้น การบำบัดต้องให้ความสำคัญถึงการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 140)

ส่วนสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้ดำเนินชีวิตปกติได้ดี คือ การเพิ่มการระแวดระวังตัวเพื่อให้รู้เท่าทันโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ และช่วยให้เขาวางแผนล่วงหน้าเพื่อระแวดระวังตัวเมื่อพบกับสถานการณ์เช่นนั้น หรือเกิดพลังไปเสพยาอีกบางครั้ง โปรแกรมบำบัดส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานเพื่อฝึกให้ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยเน้นหนักในกลุ่มติดตามผล วิธีลดความเสี่ยงการกลับไปเสพยาอาจทำได้ดังนี้ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการให้คำปรึกษารายบุคคล เนื้อหาที่ต้องเรียนรู้คือ สถานการณ์ซึ่งความอยากเสพยาอาจเกิดขึ้น ความรับผิดชอบส่วนตัวในการหลีกเลี่ยงโอกาสพบ

สถานการณ์ที่เครียด แต่หายาเสพติดได้ง่าย วิธีที่คิดว่าจะทำหรือติดต่อใครถ้ามีปัญหา และวิธีหลีกเลี่ยงการยอมให้เกิดการเสพติดอีกชั่วคราว เพราะจะเป็นเหมือนข้ออ้างในการเพิ่มปริมาณเสพติดในอนาคต (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 140)

นอกจากนี้การบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้าเพื่อฝึกให้ป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ มีหลายรูปแบบ แต่ที่เป็นที่รู้จักและนิยมนำไปบำบัดรักษาผู้เสพติดยาบ้า มีดังนี้

1.10 การประเมินผลการบำบัดผู้เสพติดยาบ้า

เรามักจะประสบปัญหาว่าการรักษาผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมีหลากหลายวิธี และยังคงแตกต่างกันในแต่ละสารเสพติด นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ว่าหากจากการติดยาเสพติด คืออะไร? การเลิกได้ในระยะที่รับการรักษา แล้วกลับไปใช้อีกในระยะเวลาต่าง ๆ กัน จะถือว่า การรักษาล้มเหลวหรือไม่ การรักษาแต่ละวิธีเหมาะสมกับยาเสพติดที่มีลักษณะแบบใด และมีสาเหตุใดบ้างที่ทำให้การรักษาวิธีเดียวกัน ได้ผลไม่เท่ากันในแต่ละสถานบำบัดที่ต่างกัน

ปัญหาเหล่านี้บางปัญหาอาจได้คำตอบชัดเจน เมื่อทำการวิจัย แต่หลายปัญหาไม่สามารถจะสรุปผลได้เลย เพราะผลการศึกษาได้ผลแตกต่างกันมากจนถึงขั้นได้ผลขัดแย้งกันเป็นจำนวนมาก (ณรงค์ ศิลปศรานุ. 2544: 207)

การแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ในส่วนของการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการจึงต้องมีความพร้อมและความทันสมัยในด้านเทคนิคการตรวจ แต่อย่างไรก็ตามยังพบความสับสนในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการจากปัจจัยตัวแปรหลายประการไม่ว่าจะเป็นลักษณะเฉพาะของยาเสพติดแต่ละตัว และการตรวจเพื่อยืนยันว่าพบยาเสพติดในร่างกายหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับชนิดของยาเสพติดที่ใช้ ปริมาณที่ใช้ ความถี่ สภาพร่างกายของแต่ละคน เวลาที่เก็บตัวอย่างตรวจ และความละเอียดของเทคนิควิธี (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 163) การตรวจกรองขั้นต้นในการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาหรือประเมินผู้เสพติดยาบ้า วิธีที่นิยม คือ การตรวจปัสสาวะ ในรายที่ตรวจกรองขั้นต้นพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะควรทำการตรวจปัสสาวะใหม่ด้วยวิธีการตรวจยืนยันใช้หลักการทาง โครมาโตกราฟฟี (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 168-169) ในการแปลผล สามารถบอกได้ว่าผู้รับการตรวจได้ใช้สารเสพติดตัวที่ตรวจพบไม่นานก่อนเก็บปัสสาวะ แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าเสพเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีใด เสพปริมาณมากหรือน้อย (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 172) ฉะนั้นการซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน จึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถระบุได้ว่าเสพเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีใด เสพปริมาณมากหรือน้อย ซึ่งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2544: 396) ได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานผู้ติดยาบ้ารายเก่าที่สำคัญ อันนำไปสู่การประเมินความก้าวหน้าของการรักษา และอาการของผู้เสพติด ดังนี้

- 1.สถานที่รักษาโดยจัดกลุ่มตามภูมิภาคที่ตั้ง
- 2.ลักษณะการรับบริการ
- 3.เพศ

- 5.อายุขณะเข้ารับการรักษา
- 6.สัญชาติ
- 7.ศาสนา
- 8.สถานภาพสมรส
- 9.การศึกษา
- 10.สถานภาพการทำงาน
- 11.อาชีพ
- 12.รายได้
- 13.บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในระยะ 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษา
- 14.ความสัมพันธ์ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง
- 15.ยาเสพติดชนิดแรกที่ใช้
- 16.สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติด
- 17.จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา
- 18.ยาเสพติดหลักที่ใช้ประจำในระยะ 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษา
- 19.ลักษณะการใช้ยาเสพติดในระยะ 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษา
- 20.อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก
- 21.วิธีเสพยาเสพติดหลัก
- 22.จำนวนเงินที่ใช้เสพยาต่อวัน

ระยะของการเลิกยาและสารเสพติด

การเลิกยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และวนเวียน และยากลำบากยิ่งนัก เราต้องเรียนรู้มากมาย ผู้ติดยาเป็นครูในด้านกลับ หรือด้านมืดของผู้บำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้ผลและเป็นวิทยาศาสตร์ ต้องผ่านขบวนการดำเนินการกับผู้ป่วยคนแล้วคนเล่า กลุ่มแล้วกลุ่มเล่า จนได้ข้อสรุปและบทเรียนว่า การรักษาการติดยาเป็นการสร้างพฤติกรรมใหม่ ให้ผู้ติดยากลับมาเผชิญหน้ากับสังคมอีกครั้ง และบำรุงรักษาให้พฤติกรรมใหม่นี้อยู่ต่อไปให้นานพอ

ดังนั้น การบำบัดรักษาให้เลิกยาเสพติดนี้ จึงต้องใช้เวลานานพอ อย่างน้อยก็ต้องใช้เวลาถึง 1 เดือน ซึ่งเราแบ่งระยะเวลาการเลิกยาเสพติดเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะถอนยา (Withdrawal stage) ใช้เวลา 1 สัปดาห์
2. ระยะหยุดยาช่วงแรก (Early abstinence / Honeymoon stage) ใช้เวลา 1 – 4 สัปดาห์
3. ระยะเลิกยาต่อเนื่อง ฝ่อาอุปสรรค (Protracted abstinence / The wall stage) ใช้เวลา 1- 5 เดือน
4. ระยะปรับตัว (Adjustment / Resolution stage)

ยาและสารเสพติดแต่ละชนิดจะเลืกยากง่ายแตกต่างกัน เมื่อหยุดยาและสารเสพติดแต่ละชนิดบางชนิดมีอาการถอนยา รุนแรงมาก เช่น เฮโรอีน ฝิ่น บางชนิดมีอาการทางร่างกายมากตามมา ถ้าไม่รักษา อาจถึงชีวิตได้ เช่น สุรา แต่บางชนิดก็ไม่ค่อยมีอาการทางร่างกายมากนัก เช่นกลุ่มแอมเฟตามีนหรือยาบ้า (วิโรจน์ วีรชัย. และคณะ 2544 : 121)

2. แนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิต

ปัจจุบันกลยุทธการให้การศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้สึก เป็นกลยุทธที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหาการใช้ยาบ้าในวัยรุ่น โดยการมองปัญหาการใช้ยาบ้าในแง่ของปัญหาพฤติกรรม และเชื่อว่าปัญหานี้มีสาเหตุมาจากความขัดแย้งในตัวบุคคล เช่น ความรู้สึกที่ตัวเองไม่มีคุณค่า การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ การมีค่านิยมที่ผิด และการไม่มีทักษะส่วนตนและทักษะทางสังคม การป้องกันปัญหาจึงเป็นที่การสร้างและปรับเจตคติ โดยการสร้างภูมิคุ้มกันพื้นฐานที่จำเป็นในการป้องกันยาบ้า มีการสร้างและการเพิ่มทักษะชีวิตที่จำเป็นในการมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ให้สามารถจัดการกับแรงประทะภายในตนเองและจากภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่เกิดความขัดแย้งภายในตนเอง (กรกมล เกาสมบัติ. 2540 : 4-5) ซึ่งเป็น ความสามารถทางจิตสังคมของบุคคล ในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตที่ดี (WHO.1994:1) ความสามารถทางจิตสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่าง มีปกติสุขที่ได้มีปัญหारेื่องพฤติกรรมความเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ ในชีวิต จำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถทางจิตสังคม อันจะทำให้เกิดผลต่อการ เสริมสุขภาพในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทางจิตสังคมให้เพิ่มขึ้นในตัวบุคคลนั้น สามารถที่จะทำได้โดยการพัฒนาโปรแกรมการเรียนการสอน ทักษะชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชน ในระบบโรงเรียนนั่นเอง

สำนักงาน ป.ป.ส. (2538 :13 – 14) รายงานเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องทักษะชีวิตในประเทศไทยว่า มีวิวัฒนาการจากความพยายามหาแนวทางป้องกันยาเสพติด เช่นเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในประเทศพัฒนาแล้วทั้งหลาย โดยเริ่มต้นจากการให้ความรู้ ข้อมูลแล้วพัฒนาไปตามยุคต่าง ๆ เป็นลำดับดังต่อไปนี้

ยุคที่ 1 ยุคข้อมูล – ความรู้

ยุคนี้เชื่อว่าเป็นข้อมูลความรู้เรื่องโทษ พิษภัย และชนิดของยาเสพติดจะช่วยให้คนไม่ตกเป็นเหยื่อของยาเสพติด ในยุคนี้เชื่อกันว่า คนใช้ยาเสพติดเพราะไม่รู้ว่ ยาเสพติดมีโทษ มีพิษ จึงไม่กลัวและเชื่อว่าถ้าทุกคนโดยเฉพาะวัยรุ่นความจริงแล้วจะไม่ทำ

ยุคที่ 2 ยุคความตระหนัก

ยุคนี้เริ่มพบว่าแม้จะมีการเพิ่มความเข้มข้นของการเผยแพร่ความรู้เรื่องยาเสพติดแก่ประชาชนด้วยมาตรการต่าง ๆ ผ่านทางสื่อต่าง ๆ มากเพียงใด ปัญหายาเสพติดก็มิได้มีท่าทีว่าจะบรรเทาเบาบางลงอย่างทีคิด นักวิชาการเชื่อว่าความรู้อย่างเดียวไม่สามารถยับยั้งความคิดที่ใช

ยาเสพติดของเยาวชนได้ เพราะแม้จะรู้แต่ก็ยังไม่เชื่อว่าปัญหาจะเกิดขึ้นกับตัวเองและคิดว่าตัวเองไม่เสียหาย การสร้างความตระหนักในโทษและพิษภัยของยาเสพติดให้เห็นเป็นเรื่องใกล้ตัว เรื่องร้ายแรง และกระทบต่อทุกคน จึงเป็นจุดเน้นใหม่ของกิจกรรมป้องกันยาเสพติดในยุคที่สองนี้

ยุคที่ 3 ยุค KAB หรือ KAP

ยุคนั้นนักวิชาการเริ่มพบว่าปัญหายาเสพติดนั้นเป็นปัญหาเชิงพฤติกรรม ถ้าหากเราสามารถช่วยให้ทุกคนมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง รู้สึกรังเกียจการใช้ยาเสพติด และไม่นิยมการพึ่งพายาเสพติดเป็นทางแก้ปัญหาลแล้ว คนก็จะไม่ใช้ยาเสพติด

แนวทางการป้องกันยาเสพติดจึงมุ่งไปที่การให้ความรู้และข้อมูลเพื่อหล่อหลอมทัศนคติ (หรือบางคนใช้คำว่าเจตคติ) เพื่อสกัดกั้นพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด การให้ความรู้เรื่องยาเสพติดในยุคนี้จึงใช้วิธีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม มีการทำกิจกรรม มีการเล่นเกมส์ และมีการแสดงบทบาทสมมติ

ยุคที่ 4 ยุคพัฒนาพฤติกรรม คุณภาพชีวิต และทางเลือก

นักวิชาการเริ่มหันมาสนใจในคุณลักษณะทางสังคมจิตวิทยาบางประการที่ช่วยให้เราสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการกับสถานการณ์แวดล้อมในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และได้หันมาสนใจเรื่องทักษะการปฏิเสธ ทักษะอาชีพ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในทางสร้างสรรค์ และการส่งเสริมกิจกรรมทางเลือก เป็นต้น

ยุคที่ 5 ยุคพัฒนาบุคลิกภาพ

ยุคนี้เป็นยุคเริ่มต้นของความคิดที่จะนำมาตรการฝึกลบรหมดทักษะชีวิตให้กับเยาวชนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเบี่ยงเบนในวงกว้าง และในรูปแบบของการสร้างบุคลิกภาพที่มั่นคงเพื่อเป็นกลไกถาวรในการป้องกันปัญหาเชิงพฤติกรรมแทนการตามแก้ปัญหาพฤติกรรมแต่ละอย่าง นับ ตั้งแต่การใช้ยาเสพติด การทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การยกพวกตีกัน และการก่ออุบัตินกยบนท้องถนนด้วย

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการแบ่งยุคชัดเจนดังกล่าวมาแล้ว แต่ในทางปฏิบัติการดำเนินการรณรงค์ป้องกันยาเสพติด และโรคเอดส์ขององค์กรต่างๆในประเทศไทยก็ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามยุคดังกล่าวนี้ด้วยกันทั้งหมด วิธีการที่เคยใช้มาในยุคก่อนๆ ถึงเวลานี้ก็ยังใช้กันตามหน่วยงานต่างๆ ตามสถานการณ์และวัตถุประสงค์เฉพาะกิจซึ่งไม่เหมือนกัน

ในการริเริ่มนำแนวคิดเรื่องทักษะชีวิตมาเป็นยุทธศาสตร์สำหรับป้องกันพฤติกรรมเบี่ยงเบนครั้งนี้เริ่มต้นขึ้น ณ ปี พ.ศ. 2535 ตามลำดับ ดังนี้

พ.ศ.2535 วีรสิทธิ์ สิทธิไกรย์ และประเสริฐ ดันสกุล ในนามของโครงการ โรคเอดส์ สภากาชาดไทย และกรมการฝึกหัดครูตามลำดับ ได้ร่วมกันพัฒนาเสนอโครงการร่วมมือศึกษาวิจัยและประมวลข้อมูลเกี่ยวกับทักษะชีวิตในประเทศไทย เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ รูปแบบและแนวทางที่เหมาะสม สำหรับนำทักษะชีวิตมาใช้เป็นมาตรการป้องกันยาเสพติดและโรคเอดส์

พ.ศ.2537 องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ตกลงให้ทุนอุดหนุนโครงการดังกล่าวโดยใช้เงินงบประมาณของปี ค.ศ.1994 ให้กรมการฝึกหัดครูเป็นหน่วยกลางในการดำเนินงาน

พ.ศ. 2537-2538 เป็นระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนายุทธศาสตร์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งในระหว่างเวลาดังกล่าว ได้มีการนำเอาแนวความคิดและวิธีการ บางส่วนไปทดลองใช้ในกิจกรรมปกติด้วยตามแต่จะมีโอกาส เช่น ในโครงการชาวเขา และในโรงเรียนบางแห่งด้วย

1.ความหมายของทักษะชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1994 : 1) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถในการปรับตัว และมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้องเมื่อเผชิญกับสิ่งท้าทายต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเสริฐ ดันสกุล และคณะ (2538 :7) ได้ให้ความหมายทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถและความชำนาญในการประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาพฤติกรรมและสังคมที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างถูกต้อง

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2538 :15) ได้ให้ความหมายทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถของคนในการจัดการกับปัญหารอบตัวโดยอาศัยเจตคติและทักษะของบุคคล

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย (2539 :1) ได้ให้ความหมายทักษะชีวิตว่าเป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะในอันที่จะจัดการกับปัญหารอบๆตัวในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคตไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศสารเสพติด บทบาทชายหญิง สุขภาพ อิทธิพลสื่อ สิ่งแวดล้อม จริยธรรม และปัญหาสังคม ฯลฯ

โดยสรุป ทักษะชีวิต (Life skills) หมายถึง ความสามารถในการเชิงสังคมจิตวิทยา (Psychosocial skill) ซึ่งเป็นทักษะที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆทั้งแรงปะทะภายนอก ได้แก่ พ่อแม่ เพื่อน ครู พี่หรือน้อง และบุคคลอื่นๆ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ แบะแรงปะทะภายใน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเอง เช่น ความอยากรู้อยากลอง ความรู้สึกต้อย หรือไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ฯลฯ โดยผู้ที่มีทักษะชีวิต จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสังคม

2.องค์ประกอบของทักษะชีวิต

การกำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตนั้นมีที่มาจากหลายแหล่ง จะขอกล่าวเพียง 3 แหล่ง เท่านั้น คือ

1.องค์การอนามัยโลก (WHO)

2.แนวคิดของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ จากสภาพพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. แนวคิดของ ประเสริฐ ดันสกุล วีระสิทธิ์ สิทธิไธรย์ และคณะ จาก กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับสภาการศึกษาไทย

การกำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตจากทั้ง 3 แหล่ง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์การอนามัยโลก (WHO.1994 : 1) ได้กำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิตไว้ 10 องค์ประกอบ จัดเป็น 5 คู่ และสามารถจัดแบ่งตามพฤติกรรมการเรียนรู้ได้ 3 ด้าน ดังตาราง 3

ตาราง 1 องค์ประกอบของทักษะชีวิตตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก

พฤติกรรมการเรียนรู้	องค์ประกอบรายคู่
ความรู้	1.ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical thinking and creative thinking)
เจตคติ	2. ความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นใจผู้อื่น (Self awareness and empathy)
ทักษะ	3. การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร (Interpersonal relationship skill and communication skill) 4.การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา (Decision making and Problem solving) 5. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Coping with stress and emotions)

ที่มา : สำนักงาน ป.ป.ส. กองป้องกันยาเสพติด (2540 ค). แนวคิดทักษะชีวิตเพื่อการป้องกัน ยาเสพติด. หน้า 12

องค์ประกอบทักษะชีวิตหลัก (Core life skills) มีดังนี้ (WHO. 1994 : 2-3)

1.1 การตัดสินใจ (Decision-making) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆในชีวิต ซึ่งถ้าบุคคลมีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพในการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีการประเมินทางเลือก และผลจากการตัดสินใจเลือกทางเลือกนั้นๆจะมีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ

1.2 การแก้ปัญหา (Problem-solving) เมื่อบุคคลมีปัญหาดังๆที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทักษะการแก้ไขปัญหาจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตของเขาได้

1.3 ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) มีส่วนสนับสนุนในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ในการค้นหาทางเลือกต่างๆ และผลที่เกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก ถึงแม้ว่ายังไม่มีการตัดสินใจและแก้ปัญหาก็ตาม ความคิดสร้างสรรค์ยังช่วยให้บุคคลสามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม

1.4 ความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical thinking) เป็นความสามารถที่จะวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อเจตคติและพฤติกรรม เช่น ค่านิยม แรงกดดัน จากกลุ่มเพื่อน อิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

1.5 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) หมายถึง ความสามารถในการใช้คำพูดและภาษาท่าทาง เพื่อแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างเหมาะสม กับสภาพวัฒนธรรมและสถานการณ์ต่าง ๆ โดยความสามารถที่จะแสดงความคิดเห็น ความปรารถนา ความ ต้องการ การขอร้อง การเตือน การปฏิเสธ และการขอความช่วยเหลือ

1.6 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal relationship skills) สามารถช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสามารถที่จะรักษาและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดี ซึ่งเป็น สำคัญต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และรวมถึงการรักษาสัมพันธภาพที่ดีของ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นแหล่งสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

1.7 ความตระหนักในตนเอง (Self-awareness) เป็นความสามารถในการเข้าใจในจุด ตัจุดด้อยของตนเอง อะไรที่ตนเองปรารถนาและไม่พึงปรารถนาและเข้าใจในความแตกต่างจากบุคคล อื่น ๆ สามารถอยู่ภายใต้แรงกดดันต่าง ๆ ในชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการสร้าง สัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอีกด้วย

1.8 ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจ ความรู้สึก และความเห็นใจบุคคลที่แตกต่างจากเรา ถึงแม้ว่าเราจะไม่คุ้นเคย ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าใจ และยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีทางสังคม เช่น ความแตกต่าง ทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม โดยเฉพาะบุคคลผู้มีความบกพร่องทางจิตใจ หรือบุคคลที่ไม่เป็นที่ยอมรับ จากสังคม

1.9 การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions) เป็นการเรียนรู้จักและเข้าใจอารมณ์ ตนเองและผู้อื่นว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองและแสดงออกได้อย่าง เหมาะสม เช่น อารมณ์รุนแรงต่าง ๆ หรือความเศร้าโศกที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

1.10 การจัดการการกับความเครียด (Coping with stress) เป็นความสามารถในการ รู้ถึงสาเหตุของความเครียดและรู้ถึงแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในวิถีชีวิต การเรียนรู้วิธีผ่อนคลายเมื่ออยู่ในภาวะความตึงเครียดได้อย่าง เหมาะสม เพื่อที่จะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ

2. แนวคิดของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ ศานต์ (2539 : 6) ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดขององค์การ อนามัยโลกให้เหมาะสมกับประเทศไทย โดยการจัดความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ เป็นองค์ประกอบร่วมของทักษะทุกองค์ประกอบและเพิ่มเจตคติอีก 1 คู่ คือ ความภาคภูมิใจใน ตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม รวมเป็นองค์ประกอบ 12 องค์ประกอบ จัดเป็น 6 คู่ กระทรวง สาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2541 ง : 1)

องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบรวม ได้แก่

1. ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical thinking) เป็นความสามารถที่จะวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูล ข่าวสาร ปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว

2. ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) เป็นความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวาง โดยไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ

องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านจิตพิสัยหรือเจตคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 คู่ คือ

คู่ที่ 1 ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นใจผู้อื่น

คู่ที่ 2 ได้แก่ ความภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม

ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เป็นความสามารถในการค้นหาและเข้าใจใน จุดดีจุดด้อยของตนเอง และความแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะในแง่ความสามารถ เพศ วัย ระดับ การศึกษา ศาสนา สีผิว สุขภาพ ฯลฯ

ความเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจ บุคคลที่แตกต่างกับเรา ไม่ว่าจะในด้านเพศ วัย ระดับการศึกษา ศาสนา สีผิว ท้องถิ่น วัยสุขภาพ ฯลฯ

ความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักรับ ค้นพบและภูมิใจในความสามารถด้านต่าง ๆ ของตน เช่น ความสามารถด้านสังคม ดนตรี กีฬา ศิลปะ ฯลฯ โดยมีได้มุ่งสนใจอยู่แต่ในเรื่องรูปร่าง หน้าตา เสน่ห์ หรือความสามารถทาง เพศ การเรียนเก่ง ฯลฯ เท่านั้น

ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) หมายถึงความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วน หนึ่งของสังคม และมีส่วนรับผิดชอบต่อความเจริญหรือเสื่อมของสังคม ความรับผิดชอบต่อสังคมมี ส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความภูมิใจในตน เพราะหากคนเรามีความภูมิใจในตน คนเหล่านั้นก็มี แรงจูงใจที่จะทำดีกับผู้อื่นและสังคม

องค์ประกอบของทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัยหรือทักษะ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 คู่ คือ

คู่ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร

คู่ที่ 2 การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

คู่ที่ 3 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร (Interpersonal relationship and communication skill) เป็นความสามารถในการใช้คำพูดและภาษาท่าทาง เพื่อสื่อสารความรู้สึกนึก คิดของตน และความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย ไม่ว่าจะในการแสดงความ ต้องการความชื่นชม การปฏิเสธ การสร้างสัมพันธภาพ ฯลฯ

ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา (Decision making and problem solving skill) เป็นความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุของปัญหา หาทางเลือก วิเคราะห์ ข้อดีข้อเสียของแต่ละ ทางเลือก ประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Coping with emotion and stress skill) เป็นความสามารถในการประเมินอารมณ์รู้เท่าทันอารมณ์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตน รู้จักใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และเป็นความสามารถที่จะรู้สาเหตุของความเครียด เรียนรู้วิธีการควบคุมระดับความเครียด รู้จักวิธีการควบคุมระดับความเครียด รู้จักผ่อนคลาย และหลีกเลี่ยงสาเหตุ พร้อมทั้งเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

3. หลักและวิธีการสอนทักษะชีวิต

การสอนทักษะชีวิตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาของผู้ที่เสพยาบ้า เป็นการจัดการสอนที่ยึดผู้ที่เสพยาบ้าเป็นศูนย์กลาง หรือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งจำแนกออกเป็น การสอนความรู้ การสอนเจตคติ การสอนทักษะ ซึ่งการสอนโดยวิธีนี้จะทำให้ผู้ที่เสพยาบ้าสามารถคิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเองได้ โดยมีหลักการสอนดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2541 ง :10 – 12)

3.1 หลักการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม

การสอนความรู้(Knowledge) ที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยสร้างทักษะชีวิตที่เป็นพื้นฐานและเป็นองค์ประกอบรวมของทักษะชีวิตตัวอื่น ๆ ทั้งหมด นั่นก็คือความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้ที่มีหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีองค์ประกอบดังนี้

3.1.1 ประสพการณ์ โดยการตั้งคำถามเพื่อรวบรวมประสบการณ์ของผู้เรียน

3.1.2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อสร้างความรู้ตามงานที่ได้รับมอบหมาย

3.1.3 ความคิดรวบยอด ลักษณะการสอนแบบการบรรยาย การรายงาน ผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้กลุ่มย่อยโดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่

3.1.4 ประยุกต์แนวคิด การทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น การเขียนคำขวัญ จัดบอร์ด การเรียงความ

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้ที่เสพยาบ้า เกิดความรู้ ความเข้าใจนั้น ไม่มีขั้นตอนการสอนที่เฉพาะเจาะจง เพียงแต่ให้คำนึงถึงการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ประการ

3.2 หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

ถึงแม้กระบวนการสอนแต่ละครั้งจะมีองค์ประกอบทั้งด้าน พุทธิพิสัย จิตพิสัย และ ทักษะพิสัย แต่การสอนเจตคติจะมุ่งเน้นการสอนในด้านจิตพิสัย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งสอดคล้องกับเจตคติดังกล่าว และการจัดระบบความคิดความเชื่อ เมื่อนำมาสัมพันธ์กับหลักการทั่วไปของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ประการ การสอนเจตคติจึงควรมีลักษณะเฉพาะดังนี้

3.2.1 ประสบการณ์ เน้นประสบการณ์ด้านความรู้สึกของผู้ที่เสพยาบ้า

3.2.2 การสะท้อนความคิด และถกเถียง ผู้ที่เสพยาบ้าได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและโต้แย้งอย่างเต็มที่

3.2.3 การสรุปความคิดรวบยอด ผู้ที่เสพยาบ้าได้ข้อสรุปด้วยตนเองโดยถูกกระตุ้นจากผู้สอน

3.2.4 การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ผู้ที่เสพยาบ้าได้ทำกิจกรรมเพื่อให้เจตคติที่ฝังแน่นมากขึ้น

เนื่องจากเจตคติเป็นความคิดหรือความเชื่อที่มีความรู้สึกเป็นองค์ประกอบ ดังนั้นการสอนจึงต้องมีทั้ง 2 องค์ประกอบ คือด้านความรู้สึกและด้านความคิดความเชื่อ(กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2541 ง : 11) ขึ้นการสร้างความรู้สึก จะใช้สื่อหรือกิจกรรมสร้างความรู้สึก อาจใช้เวลาประมาณ 5 – 20 นาทีของแต่ละครั้งในการสอน ส่วนที่เหลือจะเป็นการจัดระบบความคิดความเชื่อ การสอนจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีทักษะในการใช้สื่อกิจกรรมให้เกิดความรู้สึกได้จริง รวมทั้งทักษะในการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยจัดระบบความคิดความเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้เสพยาบ้าได้มีโอกาสอภิปรายโต้แย้งจนสามารถสรุปได้ด้วยตนเอง และนำข้อสรุปที่ได้มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ

การสอนเจตคติ ยังแบ่งเป็น 2 ระดับ คือการสร้างเจตคติก่อนจะมีพฤติกรรม (เช่น รังเกียจการเสพยาบ้า ก่อนที่จะมีพฤติกรรมติดยา) กับการเปลี่ยนแปลงเจตคติ (เช่น ลด ละ เลิกการเสพยาบ้าเมื่อมีพฤติกรรมแล้ว) ความแตกต่างที่สำคัญในขั้นตอนการใช้สื่อและกิจกรรมสร้างความรู้สึกคือ ในการสร้างเจตคติจะเน้นการสร้างความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเจตคตินั้น ๆ ส่วนการเปลี่ยนแปลงเจตคติจะให้ความสำคัญในการใช้สื่อและกิจกรรมที่โยกคลอนความรู้สึกของเจตคติเดิม ส่วนในขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ การเปลี่ยนแปลงเจตคติจะต้องมีประเด็นอภิปรายที่เข้มและชัดเจนกว่า

กิจกรรมที่ใช้ในการสอนเจตคติ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541 ง : 13-15) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ใช้ในการสอนเจตคติดังนี้

1. กิจกรรมในขั้นตอนสร้างความรู้สึก เป็นกิจกรรมที่มุ่งกระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกตามจุดประสงค์เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิดความเชื่อ และสร้างเป็นเจตคติที่ต้องการหรือเปลี่ยนแปลงเป็นเจตคติที่พึงประสงค์ ซึ่งได้แก่ สื่อหรือกิจกรรมที่สร้างความรู้สึก การเปิดเผยตนเอง

2. กิจกรรมในขั้นตอนจัดระบบความคิดความเชื่อ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด ประกอบไปกับการงานใน 3 กิจกรรม เป็นขั้นตอนต่อเนื่องกัน คือ การอภิปราย การสรุป และการประยุกต์แนวคิด

3. หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม

การสอนแต่ละครั้งจะมีองค์ประกอบผสมผสานกันไปในด้าน พุทธพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย แต่การสอนทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการสื่อสารเป็นการสอนที่มุ่งเน้นในด้าน ทักษะพิสัย ซึ่งต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ ง่ายและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง เมื่อดูจากองค์ประกอบดังนี้

1. ประสพการณ์ ลักษณะเฉพาะของการสอนทักษะอาศัยเหตุการณ์ที่ตรงกับชีวิต ในการเรียนรู้ทักษะ

2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนซึ่งกันและ กันในการวิเคราะห์ปัญหา หากกฎเกณฑ์หรือวิเคราะห์ขั้นตอนในการฝึกทักษะต่าง ๆ

3. การสรุปความคิดรวบยอด ได้ความคิดรวบยอดหลายขั้นตอน ทั้งจากการฟัง บรรยาย จากการสังเกต การสาธิต การประเมินผลในกลุ่มและการประเมินผลรวม

4. การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสฝึกซ้ำ ๆ โดยการ แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ต่าง ๆ

ทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้ อย่างชำนาญ ดังนั้นการสอนทักษะจึงต้องมี 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่มุ่งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้ ทักษะเหล่านั้นมี ความสำคัญและฝึกฝนให้ทำเป็นหรือทำได้อย่างไร

2. ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ลงมือปฏิบัติตามที่ ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก

กิจกรรมที่ใช้ในการสอนทักษะ

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต (2541 ง : 18-20) ได้กล่าวไว้ดังนี้

ขั้นรู้ชัดเห็นจริง กิจกรรมการเรียนการสอนได้แก่

1. การบรรยายนำ เป็นการนำเข้าสู่บทเรียนให้เกิดความน่าสนใจและให้ข้อมูลหรือ ความรู้ที่จำเป็น ควรเป็นการใช้เวลาที่สั้นและดึงดูดการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การตั้ง คำถามหรือยกตัวอย่างที่ใกล้เคียง แล้วให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็น

2. ประสพการณ์การใช้ทักษะ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด

- กรณีศึกษา คือ ผู้สอนตั้งเป็นโจทย์ให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็นว่าจะทำ อย่างไรกับกรณีศึกษา

- สถานการณ์จำลอง คือ ผู้สอนกำหนดโจทย์เป็นสถานการณ์จำลองแล้ว นำไปแสดงโดยสมมติตนเองเป็นบุคคลตามโจทย์ และแสดงการสนทนาตอบโต้กัน

จุดสำคัญของการเรียนรู้อยู่ที่การอภิปรายและสอนประสพการณ์จำลอง

- การสาธิต โดยการแสดงบทบาทสมมติ มักให้มีส่วนร่วมเป็นคู่สนทนาคน ใดคนหนึ่งหรือทั้ง 2 คน โดยผู้สอนจะซักซ้อมกับผู้ที่เกี่ยวข้องก่อน

3. การอภิปรายในกลุ่มเล็ก เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์จากสถานการณ์จำลอง หรือจากการสาธิตเพื่อให้เข้าใจชัดเจนถึงขั้นตอนและวิธีการในแต่ละขั้นตอน

ชั้นลงมือทำ กิจกรรมการเรียนการสอน แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ

1. การฝึกปฏิบัติ ทำได้โดย การฝึกบทบาทสมมติ และการฝึกซ้อมบท การฝึกบทบาทสมมติจะตั้งใจโดยการใช้การ “สมมติ” ทั้งสถานการณ์และตัวละคร

2. การประเมินการฝึก เป็นการช่วยกันสะท้อนว่า สิ่งที่คุณฝึกทักษะได้ทำไปนั้นตรงตามขั้นตอนที่ความจะเป็นหรือไม่

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสนใจกับการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นพื้นฐานในการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation learning process) เกี่ยวกับทักษะชีวิต เพื่อสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง วิธีการที่นำไปสู่ทิศทางดังกล่าวก็คือวิธีการทางสุศึกษา เพื่อการเสริมสร้างทักษะชีวิตนั่นเอง

ทักษะชีวิตที่ศึกษาวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกองค์ประกอบของทักษะชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทางพฤติกรรม และจำเป็นต่อการป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความตระหนักในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ ดังจะได้กล่าวแนวคิดเกี่ยวกับทักษะชีวิตดังนี้

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึงการประเมินคุณค่าของตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ทำให้ตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับทั้งของตนเองและบุคคลรอบ ๆ ข้าง โดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง มี 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตนเอง ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ สมรรถภาพ ความสามารถ ผลงานภาวะทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนตัว ความปรารถนา เพศ ปัญหาต่าง ๆ โรคภัยไข้เจ็บ องค์ประกอบภายนอก ได้แก่ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน (Emery, et al. 1993: 224-228)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความตระหนักในตนเอง (Self-awareness) หมายถึง การรู้สัมผัสเกี่ยวกับตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น ๆ สามารถเข้าใจในตนเองได้ว่า ตนเองกำลังทำอะไร คิดอะไร รู้สึกอย่างไร รวมทั้งสามารถที่จะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักในตนเองประกอบด้วย การรับรู้ ความรู้สึกหรืออารมณ์ และเจตนาหรือความต้องการต่าง ๆ ของบุคคล เป็นการแสดงออกซึ่งความสนใจความคาดหวังและความต้องการของบุคคลที่มีต่อเรื่องหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (WHO. 1994: 4)

4.3 แนวคิดเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจ (Decision making skills) หมายถึง สิ่งที่น่าไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งถ้าบุคคลมีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพในการกระทำต่าง ๆ จะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ๆ (WHO. 1994: 2)

4.4 ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ (Assertive skills) หมายถึง ความสามารถ ความชำนาญในการปฏิเสธหรือเจรจาต่อรองเพื่อรักษาจุดยืนของตนไว้ โดยไม่เสียสัมพันธภาพ ระหว่างกลุ่มเพื่อนหรือบุคคล การปฏิเสธเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของคนๆ นั้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา และขึ้นอยู่กับ การประเมินถึงผลประโยชน์ที่ตนจะได้รับ จากการ ปฏิบัติตามในสิ่งที่ถูกชักชวน โดยที่ผลประโยชน์ที่ได้รับอาจไม่ใช่ผลประโยชน์ที่แท้จริง (กรมอนามัย. 2539: 183)

3. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทาง สังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า "การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมี ความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา"

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริม และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มี ผู้วิจัยและให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976: 300) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือ ข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979:85) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุน ทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์

บาร์ริรา (Barrera. 1982: 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความใกล้ชิดการ ช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากความหมายหรือคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลต่างๆ สามารถ สรุปความหมายในแง่พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง บุญเยี่ยม ตระกูล (2530: 73) ได้กล่าวดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งๆ ที่ "ผู้รับแรงสนับสนุน"ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จาก "ผู้ให้การสนับสนุน"ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม บุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี ผู้ให้แรง สนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านเพื่อน ร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักการของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

จะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลที่มีลักษณะที่ทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรัก และความหวังดีกับตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

คาร์ห์น (Kahn. 1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและในความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ เงิน หรือข้อมูลข่าวสารและเวลา

เฮาส์ (House อ้างใน Israel. 1985: 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น ให้ความสนใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่นการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องในการรับรองรวมถึงการสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ ดักเตือน ให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb. 1985: 6) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาคหรือระดับกลาง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo level) ความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ที่ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครอง สามีภรรยา หรือคนรัก

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

แลงลี (Langlie. 1977: 244) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมืองจำนวน 400 คน พบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แคปแลน และคณะ (Kaplan. Cassel & Core. 1977 อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528: 585) พบว่าคนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะไปใช้บริการป้องกันโรคน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคม

คาร์ (Kar. 1980 อ้างใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528: 585) ศึกษาพบว่า ผู้ที่เลิกใช้บริการวางแผนครอบครัว คือคนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

เบอร์เกิลอร์ (Burglur อ้างใน Pilisuk. 1985: 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การสนับสนุนในระดับจุลภาค โดยครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนตามประเภทของกlothลึบ

อิทธิพลของครอบครัว

พ่อ-แม่ ผู้ปกครอง เป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดคนมากที่สุด การจะทำให้คนมีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์แบบ จะพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของคนให้เต็มศักยภาพได้หรือไม่ หรือคนมีความพร้อมในส่วนใด พ่อ-แม่ ผู้ปกครองสามารถเติมเต็มความสุขเหล่านั้นได้เพื่อทดแทนความสุขที่คนหาได้จากสารเสพติด เพราะระบบครอบครัว ถือเป็นต้นแบบมนุษย์ที่จะหล่อหลอมและพัฒนาคนแต่ละคนที่อยู่ในครอบครัวให้เป็นคนดี มีคุณค่าและมีสุขภาวะที่ดีอย่างสมบูรณ์แบบ และเต็มศักยภาพของบุคคลแต่ละคนได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับครอบครัวแต่ละครอบครัวว่าจะสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด จะเป็นต้นแบบที่หล่อหลอมมนุษย์ออกมาให้เป็นแบบไหน เป็นอิทธิพลที่มาจากครอบครัวทั้งสิ้น ซึ่งดูได้จากคนแต่ละคนต่างมีความรู้ ความคิดเห็น ทักษะ ทักษะและความสามารถต่างๆแตกต่างกันไป (วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. 2544: 553)

ภารกิจของครอบครัว

ตามกระบวนการพัฒนาของครอบครัว อาจแบ่งภารกิจของครอบครัวออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆคือ

1. ภารกิจพื้นฐานตามพัฒนาการของครอบครัว เป็นภารกิจที่ครอบครัวจะต้องกระทำเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้ ตามขั้นตอนต่างๆของวงจรชีวิต

2. ภารกิจในยามวิกฤต ครอบครัวจะต้องสามารถปรับตัวและจัดการแก้ไขวิกฤตการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วย การดองงาน การเสียชีวิต (นิภา ณีสกุล. 2544: 415)

การสื่อสารที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และปัจจัยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัว และเป็นแนวทางให้เรียนรู้ที่จะปรับตัวในสังคมต่อไป ในทางกลับกันถ้าได้รับการสื่อสารทางลบอยู่เสมอ จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจ น้อยใจ และไม่ร่วมมือในคำตักเตือน บางครั้งมีการต่อต้าน เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นแทน ซึ่งเกิดปัญหาอื่นๆได้เช่น หนีออกจากบ้าน ถูกชักจูงเข้ากลุ่มเสี่ยงต่างๆติดยาเสพติด มั่วสุมกับกลุ่มอันธพาล ฯลฯ

การสื่อสารที่เป็นปัญหาของครอบครัวปัจจุบัน คือ การเตือน เพื่อให้คนในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยมีขั้นตอนคือ

1. บอกความรู้สึกของผู้เตือนต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. ถามความคิดเห็นของผู้ถูกตักเตือนต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ
3. หาข้อตกลงหรือทางเลือกร่วมกันต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
4. แสดงความชื่นชมและยกย่องในกรณีที่สามารถปฏิบัติได้ตามข้อตกลงร่วมกัน

(นิภา ณีสกุล. 2544: 418-419)

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดยาบ้า

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดยาเสพติดมุ่งที่จะพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัว เพราะการที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้ พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วย โดยจะต้องเปลี่ยนความคิดของครอบครัวให้เข้าใจเสียใหม่ว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ทุกคนในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญห จากที่ได้กล่าวแล้วว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมจะเป็นเสมือนเกาะป้องกันภัยอันตรายต่างๆ ที่จะเข้ามาสู่ครอบครัว ดังนั้นในการดำเนินการเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันที่สำคัญคือ การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด และเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวสามารถ เฝ้าระวังปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับครอบครัวได้ (นิภา ณีสกุล. 2544: 421)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1. งานวิจัยในต่างประเทศ

1.1 งานวิจัยเกี่ยวกับยาบ้า

ฮอลล์และฮันโด (Hall & Hando. 1994: 277-284) ศึกษากระบวนการบริหารและผลกระทบของการใช้ยาบ้าในหมู่เด็กวัยรุ่นในนครซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารและผลลบของการใช้ยาบ้า (อาการพึงยา ความต้องการการรักษา ความต้องการทางจิตใจ และความรุนแรง) ได้ถูกต้องตรวจพบในหมู่ที่ใช้ยาบ้า ชาวออสเตรเลียจำนวน 231 คน ซึ่งฉีดยาบ้าเป็นประจำ แม้ว่าร้อยละ 87 ของผู้ใช้จะถูกเลิกจากแหล่งที่ไม่มีการรักษา 1 ใน 3 ได้เคยมีอาการพึงยาบ้าและ 1 ใน 3 มีปัญหาทางสุขภาพเกี่ยวกับฤทธิ์ยาบ้า ซึ่ง 1 ใน 4 ได้รับการดูแลทางการแพทย์ ทั้งยังพบว่ามีความชุกของอาการทางจิตวิทยา เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการหวาดระแวง มีภาพหลอน และความรุนแรง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความถี่ในการใช้ยาบ้าและการใช้โดยการฉีด ผู้ใช้ยาบ้าควรจะได้รับความรู้ที่ดีกว่าเดิมเกี่ยวกับผลทางลบ ที่อาจจะเกิดของการใช้ยาบ้าเกี่ยวกับวิถีทางที่ผู้ใช้จะลดความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการหลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยวิธีฉีด และการใช้ยาบ้าเกินขนาด

รอสและโคเฮน (Ross & Cohen. 1994: 1683-1690) ศึกษาการใช้ยาเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) ในหมู่ผู้ใช้ยาบ้าในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เบนโซไดอะซีพีนกับยาบ้าถูกพบในตัวอย่างผู้ใช้ยาบ้า 301 ราย การใช้เบนโซไดอะซีพีนมีการแพร่กระจายออกไปร้อยละ 37 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เบนโซไดอะซีพีนใน 1 เดือน ที่มีการสัมภาษณ์ และเพิ่มเป็นร้อยละ 55 ในอีก 6 เดือนถัดมา ผู้ฉีดยาบ้าอาจจะกลายเป็นผู้เคยใช้และกลายเป็นผู้ใช้เบนโซไดอะซีพีน ในปัจจุบันต้องเปรียบเทียบของผู้ใช้เบนโซไดอะซีพีนกับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ บ่งชี้ว่าผู้ใช้เบนโซไดอะซีพีนมีระดับของการใช้ยาที่หลากหลายน่ากลัวและจิตพยาธิวิทยา มักฉีดด้วยเข็มที่ขอยืมมา ในเดือนที่ทำการสัมภาษณ์เป็น 3 เท่า ของกลุ่มผู้ฉีดที่ไม่ใช้เบนโซไดอะซีพีน ผลเหล่านี้มีค่าคงที่เมื่อศึกษากับกลุ่มอื่นที่ใช้ยาผิดกฎหมาย เช่นกลุ่มผู้ใช้เฮโรอีน อันเป็นการบ่งชี้ว่าการใช้เบนโซไดอะซีพีนมีผลต่อระดับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและภาวะเสื่อมของจิตสังคม

คอนตูลา (Kontula. 1995: 1053-1066) ศึกษาความชุกของการใช้ยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในทางที่ผิดของประเทศฟินแลนด์ พบว่า การสำรวจทางไปรษณีย์เรื่องความชุกของการใช้ยาในประเทศฟินแลนด์ ได้ดำเนินการทำขึ้นในปี ค.ศ.1992 มีผู้ตอบ 3,457 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.70 ของแบบสำรวจที่ส่งไป ผู้ถูกสอบถามมีช่วงอายุตั้งแต่ 18-74 ปี ข้อมูลที่ได้เหล่านี้มีข้อมูลเสริมเกี่ยวกับการใช้ยาในทางที่ผิด ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปีที่แล้วพบว่า มีประชากรประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ที่ใช้กัญชา การใช้ฝิ่นและยาบ้ายังมีข้อจำกัดมาก และไม่พบปรากฏการณ์เปลี่ยนแปลงพิเศษใดๆตามสถิติของแหล่งข้อมูลทางด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพมีความต้องการบริการช่วยเหลือ อันเนื่องมาจากการใช้ยาเพียงแค่ 1 เปอร์เซ็นต์ ของปัญหาพิษของยาทั้งหมด (โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ในระหว่าง 2-3 ปีที่ผ่านมา)

1.2 งานวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิต

บอทวินและอิงค์ (Botvin & Eng. 1980: 209-213) ศึกษาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของกลวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่เฉพาะปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่มีผลต่อการพัฒนาลักษณะนิสัยการสูบบุหรี่ในนักเรียนระดับเกรด 8,9,10 จำนวน 281 คน จากโรงเรียน 2 แห่ง เมืองนิวยอร์กแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ซึ่งจะเป็นการประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตพื้นฐานมาเป็นแนวทางการปฏิบัติในการเผชิญสถานการณ์และการแก้ไขปัญหาของวัยรุ่น รวมทั้งปัญหาการสูบบุหรี่ โดยใช้วิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่มการใช้ตัวแบบ และการซ้อมบท หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการสอน ระยะเวลาการเริ่มสูบบุหรี่และพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมได้รับความสนใจจากนักเรียนในแต่ละเนื้อหาแล้ว ยังมีผลต่อสุขภาพต้นอื่นด้วย เช่น การใช้ยาเสพติดอื่นๆและสุขภาพจิต อีกด้วย

เมมอน (Maymon. 1984: 222) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการป้องกันการสูบบุหรี่โดยการให้รู้จักการใช้การตัดสินใจในการแก้ปัญหา และวิธีการทำคำนิยามให้กระจ่างในนักเรียนมัธยมศึกษา อายุ 15-16 ปีประเทศอิสราเอล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน จาก 5 โรงเรียนในเขตเมือง พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในกลุ่มที่เข้าร่วมในโครงการมีจำนวนนักเรียนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้พบว่านักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลง ด้านทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในด้านคำนิยามและการรับรู้ต่อการสูบบุหรี่

ไอเซอร์, ไอเซอร์ และบอคเกอร์ (Eiser, Eiser & Bocker, 1988: 202-210) ศึกษาเรื่อง การประเมินผลของกลุ่มมือสำเร็จรูปในการสอนให้เกิดทักษะชีวิตในการใช้ยาเสพติด โดยการตอบแบบสอบถามของครูจำนวน 562 คน ซึ่งโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาต่างๆจะได้รับคู่มือสำเร็จรูปเรียกว่า "Double-Take" ประกอบด้วยวีดิทัศน์ 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ครูส่วนใหญ่ตอบว่า คู่มือ "Double-Take" นี้สามารถใช้ประโยชน์ได้มากในการจัดโปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดแต่ครูที่จะนำคู่มือนี้มาใช้ก็ควรจะได้รับฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ ซึ่งก็ได้เสนอแนะว่าควรมีการฝึกอบรมครูแนะแนวให้สามารถใช้คู่มือนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เคิร์กฮามและชิลลิงค์ (Kirkham & Schilling. 1989: 67-87) ศึกษาถึงผลจากการจัดกิจกรรมฝึกอบรมทักษะชีวิต ให้แก่กลุ่มมารดาที่มีลูกพิการจำนวน 230 คน ซึ่งพบว่าหลังจากที่มารดาเด็กเหล่านี้ได้รับฝึกอบรมทักษะชีวิตต่างๆ เช่น ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการควบคุมด้านอารมณ์ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน ทำให้มารดาเด็กที่พิการเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และทำให้พวกเขารู้สึกคลายความเครียดลงด้วย

ซาลลิสและคณะ (Sallis, et al. 1990: 489-503) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะในการปฏิเสธบุหรี่แก่นักเรียนเกรด 4-7 จำนวน 78 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 12.5 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะในการปฏิเสธบุหรี่จำนวน 39 คน และกลุ่ม

เปรียบเทียบจำนวน 39 คน ประเมินโดยใช้แบบทดสอบ การโต้ตอบของนักเรียนต่อการชักชวนให้สูบบุหรี่ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว จะได้คะแนนในระดับดีมากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้นักเรียนในกลุ่มทดลองจะสามารถปฏิเสธบุหรี่ จากการชักชวนของเพื่อนได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ดอย (Doi. 1993: 73-78) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่กับนักเรียนในสถานศึกษาระดับเกรด 7 โดยวิธีการใช้รูปแบบจิตวิทยาสังคม รวมทั้งการสอนทักษะการปฏิเสธเพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่ของสังคม ผลการวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ เข้าใจในทักษะการปฏิเสธเพิ่มมากขึ้น จากนั้นได้มีการติดตามผลหลังจากการให้กิจกรรม 1 เดือน และอีก 1 ปี ต่อมาพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีทักษะการปฏิเสธเพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้เช่นเดิม

1.3 งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แบคเคิลแลนด์และแลนด์วอลล์ (บุญเยี่ยม ตระกูล.2528: 594-595; อ้างอิงมาจาก Backeland and Landwall. n.d.) พบว่า อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน บ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรังเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการ และรับประทานยาสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุน

2. งานวิจัยในประเทศไทย

2.1 งานวิจัยเกี่ยวกับยาบ้า

นพพร พานิชสุข (2528: 109) ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยากระตุ้นประสาทแอมเฟตามีนของวัยรุ่น พบว่า อิทธิพลของครอบครัวมีผลมากที่สุดในด้านที่จะก่อให้เกิดวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะใช้ยาบ้า เนื่องจากเด็กมีความสับสน ขาดที่พึ่ง ที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ รวมทั้งสภาพแวดล้อมของเด็กจากการคบเพื่อนไม่ดี ได้รับการชักจูงในสิ่งที่ไม่ดี แต่ปัจจัยในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและอาชีพของผู้ปกครอง จะไม่มีผลเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้

โยธิน แสงดี และพิมลพรรณ อิศรภักดี (2534: บทคัดย่อ) ศึกษาวิถีชีวิตและการดำเนินชีวิตรวมทั้งพฤติกรรมต่างๆของพนักงานขับรถบรรทุกที่อาจมีส่วนผูกพันกับการใช้ยาแบบฉีด และการร่วมประเวณีกับกลุ่มหญิงบริการทางเพศ พบว่า ผู้ขับรถบรรทุกสืบล้อสายยาวทุกคนจะบริโภคยาบ้า เพราะไม่มีเวลาพักผ่อนและไม่มีวิธีใดที่จะช่วยให้ตนเองสามารถทำงานได้ตลอดเวลา การกินยาบ้าจึงเป็นทางเลือกวิธีสุดท้ายที่ทุกคนคิดว่า “เหมาะสม” ที่สุด พนักงานขับรถจะขับหรือดื่มเหล้าเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ยาบ้าออกฤทธิ์ และเมื่อต้องการถอนพิษของยาบ้าออกจากร่างกาย จะมี 2 วิธี คือ ดื่มเหล้าไม่ผสมครึ่งแก้วครึ่งเดียวหรือการร่วมเพศเพื่อให้ร่างกายอ่อนเพลียทำให้นอนหลับได้ง่าย

สุรพล ปธานวนิช (2536: 37-38) ศึกษาผลการป้องกันและปราบปรามยาบ้าในช่วงครึ่งแผน 7 พบว่า เป้าหมายการดำเนินงานที่กำหนดไว้ แม้จะสามารถบรรลุถึงได้อย่างสม่ำเสมอ แต่

ยังห่างไกลกับสภาพปัญหาที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน และการจับกุมที่ปรากฏจากการดำเนินงานตามเป้าหมายนั้น อาจจะยังห่างไกลกับจำนวนผู้ติดยาบ้าจริงและจำนวนทำผิดทั้งหมดก็ได้ และพบว่า การดำเนินการป้องกันและปราบปราม (รวมทั้งการแก้ปัญหาทางสังคมอื่นๆ) ยังได้รับความสำคัญจากรัฐน้อยเกินไป จนไม่สามารถทำให้แก้ไขผลข้างเคียงในทางลบที่เกิดจากการพัฒนาเศรษฐกิจ และการส่งเสริมทางวัตถุได้ การประเมินผลครั้งนี้พบว่า การสร้างทัศนคติแก่ประชาชนในบางประเด็น เพื่อใช้เป็นภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดและต้านทานการประพฤติดื้ออื่น ๆ จะล้มเหลวโดยสิ้นเชิง อีกทั้งยังพบว่า กลยุทธ์ที่ใช้ดำเนินงานยังขาดอำนาจที่รุนแรงพอจะหยุดการขยายตัวหรือลดอัตราการเพิ่มได้ ความบกพร่องที่จะพบ อาทิ ขาดการล้มหรือเปลี่ยนแปลงรูปคดี ผู้นำชุมชนและครูเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ค้ายาบ้า เป็นต้น ความบกพร่องของกลยุทธ์เหล่านี้ทำให้ปัญหาสุดท้ายไม่ลดลง

ยุพา วงศ์ไชย และคณะ (2538: บทคัดย่อ) ศึกษาการประเมินผลการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขการแพร่ระบาดของวัตถุเสพติด(ยาบ้า) พบว่ามีการใช้ยาบ้าเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานเริงรมย์ โดยกลุ่มผู้ใช้ยาบ้าไม่มีประวัติการกระทำผิดและไม่เห็นว่าการเสพยาบ้าเป็นการเริ่มต้นไปสู่ยาเสพติดประเภทอื่นซึ่งอันตรายสูงขึ้น และการดำเนินงานตามแผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2530-2534 เป็นการดำเนินงานโดยขาดการคาดเดาการณ์ที่แม่นยำถึงแนวโน้มความรุนแรงของปัญหายาบ้า จึงขาดการใกล้ความสำคัญ ทำให้การประเมินประสิทธิภาพขาดข้อมูลสนับสนุนหนักแน่นเพียงพอ

ชนพัฒน์ หาพิพัฒน์ (2539: 107) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่จะเสพโดยวิธีใช้ไฟลนแล้วสูดควันเข้าปอด รองลงมาคือ ½ เม็ด เหตุผลที่ใช้ยาบ้าส่วนใหญ่เพื่อแสวงหาประสบการณ์แปลกใหม่ รองลงมาคือ อยากรู้ฤทธิ์ของยาบ้า เพื่อนชวนให้ลอง และเพื่อให้อ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้นานขึ้น ในด้านแหล่งซื้อขายพบว่า สถานศึกษาเป็นแหล่งซื้อขายที่สำคัญที่สุด รองลงมาได้แก่ สถานเริงรมย์ต่างๆ ส่วนผู้จำหน่ายยาบ้าที่สำคัญ ได้แก่ รองลงมาได้แก่ เอเยนต์และบุคคลทั่วไป และยังศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาชายมีแนวโน้มที่จะใช้ยาบ้าสูงกว่านักเรียนหญิง ปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย ผลการเรียน รายได้ประจำของนักศึกษา และสถานภาพสมรสของบิดามารดา โดยผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นภาพว่านักศึกษาที่มีครอบครัวที่สมบูรณ์ มีแนวโน้มที่จะใช้ยาบ้าต่ำกว่านักศึกษาที่มีครอบครัวแตกแยกหรือไม่ สำหรับแนวคิดทางด้านการควบคุมสังคมพบว่า ความผูกพันทางสังคมประกอบด้วย ความรู้สึกผูกพันต่อบิดามารดา และความเชื่อในบรรทัดฐาน กฎเกณฑ์ของสังคมดูเหมือนจะเป็นเครื่องมือทางสังคมที่มีส่วนในการป้องกัน เหนี่ยวรั้งเยาวชน ไม่ให้เข้าไปข้องแวะกับยาบ้าได้มากที่สุด

ปิ่น โค (2540: 237) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครู ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ภายหลังจากทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้าของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 และคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันยาบ้าของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มาริสา หะสาเมาะ (2540: ข) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโครงการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติดสำหรับนักเรียนวัยรุ่น ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง แบบแผนความเชื่อในการใช้ยาและสารเสพติด สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัว ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

สังคม ดัดใส (2541: ก) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) : ศึกษาผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง พบว่าผู้ต้องขังที่มีภูมิหลังทางสังคมปัจจัยด้านตัวบุคคลต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) ต่างกัน โดยพฤติกรรมในด้านการเสพและการได้มาซึ่งยาบ้า พบว่า สัมพันธภาพของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่ง

สมฤดี สุขอุดม (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาการสร้างพลังชุมชนในการควบคุมและป้องกันการใช้อาเมเฟตามีน ในกิ่งอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลัง ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ความรุนแรงการแพร่ระบาดของอาเมเฟตามีนในชุมชน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการแพร่ระบาดของอาเมเฟตามีนในชุมชน การรับรู้บทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของอาเมเฟตามีนในชุมชน และมีความคาดหวังในความสามารถตนเองควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของอาเมเฟตามีนในชุมชน มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพจน์ ชุตติดำรง (2544: ก) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ พบว่า ปัจจัยการใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญที่สุด กล่าวคือ ความพร้อมทางจิตใจของผู้เสพยาเสพติด จะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยมีปัจจัยครอบครัว สังคมและสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบหลักดังนี้

บุญรัตน์ สดใส (2545: ก) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องเพราะมีปัจจัยทางครอบครัว เช่น ได้รับความอบอุ่นที่ไม่สม่ำเสมอของครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวที่การทะเลาะวิวาท

รัฐพร ปญฺญนิ (2547: ก) ศึกษาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวด้านลักษณะการเลี้ยงดูของบิดา มารดา ผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และบทบาทของตนกับบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับทักษะชีวิต

รัตน ดอกแก้ว (2539: ก-ข) ศึกษาผลการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดแพร่ ในกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 81 คน โดยได้รับการพัฒนาทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ทักษะการปฏิเสธต่อรอง ทักษะการพัฒนาปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการทดลองพบว่า ทักษะดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐพงศ์ พุดหล้า (2540: ง) ศึกษาการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พิมพ์ใจ บุญยัง (2540: 141) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนราธิวาส ซึ่งประกอบด้วยทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธตามแนวคิดทักษะชีวิตองค์การอนามัยโลก ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา และกระบวนการกลุ่ม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่ลงเสพยาเสพติด ทักษะการแก้ไขปัญหาเผชิญกับแรงกดดันจากเพื่อน และทักษะการปฏิเสธเพื่อนชักชวนให้เสพยาเสพติด และพฤติกรรมในการป้องกันสารเสพติดดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิสมัย สุขอมรัตน์ (2540: 109-110) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 86 คน สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ซึ่งประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ ทักษะการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หลังการทดลอง พบว่า ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองและทักษะการจัดการกับความเครียดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นวนันท์ กิจทวี (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันกันการเสพยาบ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี ภายหลังการทดลองพบว่า ทักษะการตัดสินใจดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเอง ความตระหนักในตนเอง ทักษะการจัดการกับความเครียด ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมกการป้องกันการเสพยาบ้า พบว่าไม่มีความแตกต่าง

วิภาพรรณ ผลผลา (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสตรีวิทยา 2 ผลการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเจตคติเพื่อป้องกันเอดส์และคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิเสธเพื่อป้องกันเอดส์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สุชาติ รัชศฤงคารสกุล (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาบ้าหลังการทดลองนักเรียนมีทักษะชีวิตเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาบ้าและนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม หลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตในด้านทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยนุช ชมากร (2545: ก) ศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติดสารเสพติดที่มีต่อนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะชีวิตที่จำเป็นในการป้องกันสารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา ธนาวัฒน์ (2547: ก) ศึกษาการสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดในเยาวชนนอกระบบโรงเรียน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย ในเรื่องความรู้เรื่องยาเสพติด เจตคติเกี่ยวกับยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแรงสนับสนุนทางสังคม

อารีรัตน์ พันธทอง (2535: ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ในการบำบัดรักษาผู้เสพติดสารระเหย โรงพยาบาลชัยภูมิ รัช ฤกษ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านความรู้เกี่ยวกับสารระเหย เจตคติเกี่ยวกับสารระเหยและพฤติกรรมการบำบัดอย่างถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง

จุฑารัตน์ จุลรอด (2553: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่ม นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากเพื่อน มีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รุ่งโรจน์ พุ่มและคณะ (2537: 11-12) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย โดยใช้เพื่อนและผู้ปกครองเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถในการเลิกบุหรี่และการปฏิบัติตัว เพื่อเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาของการเลิกสูบบุหรี่และค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่

นงลักษณ์ โตบันลือภพ (2539: 118-124) ศึกษาโปรแกรมการป้องกันการพึ่งยาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 126 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การฟัง การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ และการดูแบบ การศึกษาจากเอกสาร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นไปจากเดิม

จากการศึกษางานวิจัยสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมทักษะชีวิตจะทำให้พฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ จะส่งผลให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมีความยั่งยืน ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มาดำเนินการให้กับ ผู้เสพยาบ้า เพื่อคาดหวังว่าสามารถป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้เสพยาบ้าและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในค่ายบำบัดรักษายาเสพติด ของเรือนจำกลางนครปฐม จังหวัดนครปฐม ปี 2548 จำนวน 7 รุ่น ๆ ละ 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้เสพติดยาบ้าและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในค่ายบำบัดรักษายาเสพติดของเรือนจำกลางจังหวัดนครปฐม จำนวน 60 คน ได้มาตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดให้รุ่นที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และรุ่นที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม
2. แต่ละกลุ่มเลือกผู้เสพยาบ้าที่มีกำหนดพ้นโทษ หลังจากการบำบัดรักษาแล้วไม่เกิน 15 วัน และหลังจากออกจากเรือนจำ พักอาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม ไว้กลุ่มละ 30 คน

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Compromise experimental group-control group design แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

Y_b	X	Y_a	(Experimental)
Y_b	$\sim X$	Y_a	(Control)

ภาพประกอบ 2 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

- Y_b แทน การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- Y_a แทน การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- X แทน โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า
- $\sim X$ แทน โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยรู้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ

- 1.1 กิจกรรมการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.2 กิจกรรมการเสริมสร้างความตระหนักในตนเอง
- 1.3 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า
- 1.4 กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ
- 1.5 กิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า
- 1.6 กิจกรรมการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยจัดกิจกรรมให้ครอบครัว

ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมและสภาพปัญหาของผู้เสพยาบ้า การให้กำลังใจ และการเอาใจใส่ดูแลผู้เสพยาบ้า

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเนื้อหาจากตำรา เอกสาร ทฤษฎี และการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับยาบ้าและทักษะชีวิต แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
2. สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า
3. ให้กรรมการควบคุมปริมาณยาพิษช่วยพิจารณาโปรแกรมที่จัดขึ้นและให้ข้อเสนอแนะ
4. ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของกรรมการควบคุมปริมาณยาพิษ
5. ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ช่วยพิจารณาโปรแกรมที่จัดขึ้นและให้ข้อเสนอแนะ
6. ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
7. ดำเนินการทดลองกับผู้เสพยาบ้า

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อมูลจากผู้เสพยาบ้าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และส่วนที่เป็นข้อมูลของครอบครัวผู้เสพยาบ้าในกลุ่มทดลอง จึงใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้เสพยาบ้า ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เสพยาบ้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ครอบครัวที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การเลือกที่จะปรึกษาเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ประวัติการใช้สิ่งเสพติดเป็นอันดับแรก อายุที่เริ่มเสพยาบ้า สาเหตุที่เสพยาบ้า วิธีการเสพยาบ้า และการเสพยาบ้าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า เป็นคำถามที่ประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า เป็นแบบวัดตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บางครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติ เป็นข้อความที่วัดการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง	เท่ากับ	3	คะแนน
เกือบทุกครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว เป็นแบบวัดตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย และไม่ได้รับ เป็นข้อความที่ให้แสดงความคิดเห็น จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	เท่ากับ	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	เท่ากับ	2	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ได้รับ	เท่ากับ	0	คะแนน

2.2 แบบสอบถามสำหรับครอบครัว ที่ให้แรงสนับสนุนกับผู้เสพติด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ติดยา และความคิดเห็นในการกลับเสพติดของผู้เสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบวัดตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย และไม่ได้ให้ เป็นข้อความที่ให้แสดงความคิดเห็น จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	เท่ากับ	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	เท่ากับ	2	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ได้ให้	เท่ากับ	0	คะแนน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ครอบคลุมกับเนื้อหาโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารต่างๆและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานจากครอบครัวและผู้เสพติดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพติดของผู้เสพติด และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพติดของผู้เสพติดและการสร้างแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากตำราการวัดผลทางการศึกษาและการประเมินผลสุศึกษา

3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา ให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา นำมาสร้างแบบสอบถามและแบบวัดให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและถูกต้องตามเกณฑ์ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพติดของผู้เสพติด

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้กรรมการควบคุมปริญญาบัณฑิตพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างให้มีความถูกต้อง ก่อนนำไปทดลองใช้

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของการใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างให้มีความถูกต้อง ก่อนนำไปทดลองใช้

6. ทำการทดลอง (Try out) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า กับผู้เสพยาบ้าที่อยู่ในค่ายบำบัดเรือนจำกลางนครปฐม จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

7. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า และนำไปใช้จริง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ที่สร้างเสร็จแล้วเสนอคณะกรรมการควบคุมปัญหายาเสพติดตรวจสอบ เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา จำนวน 5 ท่าน พิจารณาเพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try out) กับผู้เสพยาบ้าในค่ายบำบัดเรือนจำกลางนครปฐม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ ดังนี้ หาค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 118) ผลการวิเคราะห์ได้เลือกเอาข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง .21 - .78 ได้จำนวน 12 ข้อ

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า นำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบัค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 125-126) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัด รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 7 – 16 มกราคม พ.ศ. 2548 จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 3 – 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 50 คน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

1.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล กับทีมคณะเจ้าหน้าที่วิทยาการกระบวนการด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม ในรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการทดลอง ขั้นตอนต่าง ๆ อย่างละเอียดแก่ผู้เสพยาบ้า พร้อมทำการรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามก่อน (Pre-test) 1 วัน ก่อนดำเนินการจัดโปรแกรม โดยทำแบบสอบถามให้ผู้เสพยาบ้าตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.3 อบรมความรู้ผู้เสพยาบ้าตามตารางโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า จำนวน 10 วัน โดยเป็นการอบรมความรู้ในรูปแบบกิจกรรม และให้ความรู้กับครอบครัวผู้เสพยาบ้าในระหว่างนี้ด้วย

1.4 คัดเลือกผู้เสพยาบ้า จำนวน 30 คน โดยพิจารณาดังนี้

1.4.1 ผู้เสพยาบ้าที่มีกำหนดออกจากเรือนจำหลังการบำบัดไม่เกิน 15 วัน

1.4.2 มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครปฐม

1.4.3 มีครอบครัวที่สามารถให้แรงสนับสนุนตามโปรแกรมที่จัดได้

1.5 ติดตามผู้เสพยาบ้า จำนวน 30 คน และสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยา (Posttest) และสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

1.6 สอบถามครอบครัวถึงพฤติกรรมที่ให้แรงสนับสนุนกับผู้เสพยาบ้า

2. กลุ่มควบคุม

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล กับทีมคณะเจ้าหน้าที่วิทยาการกระบวนการด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในรูปแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาติดยุ้น หลักสูตรของโรงพยาบาลธัญญรักษ์

2.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการทดลอง ขั้นตอนต่าง ๆ อย่างละเอียดแก่ผู้เสพยาบ้า พร้อมทำการรวบรวมข้อมูลโดยทำแบบสอบถามก่อน (Pre-test) 1 วัน ก่อนดำเนินการจัดโปรแกรม โดยทำแบบสอบถามให้ผู้เสพยาบ้าตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.3 อบรมความรู้ผู้เสพยาบ้าตามตารางโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาติดยุ้น จำนวน 10 วัน เป็นการจัดกิจกรรมแบบบูรณาการให้กับผู้เสพยาบ้าได้ตระหนักในคุณค่าของการดูแลตนเองและมีแนวทางการปฏิบัติตนจากกิจกรรมของหลักสูตร

2.4 คัดเลือกผู้เสียบบ้า จำนวน 30 คน โดยพิจารณาดังนี้

1.5.1 ผู้เสียบบ้าที่มีกำหนดออกจากเรือนจำหลังการบำบัดไม่เกิน 15 วัน

1.5.2 มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครปฐม

2.5 ติดตามผู้เสียบบ้า จำนวน 30 คน และสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา (Posttest)

การจัดทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการทดลองและสอบถามกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มากระทำดังนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสียบบ้าแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ โดยใช้โปรแกรมประมวลผลข้อมูลสำเร็จรูป

2.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนของผู้เสียบบ้า และการให้แรงสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้สถิติที่ (t - test Independent)

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสียบบ้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่ (t-test dependent)

2.4 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลัง (Slope) ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสียบบ้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

2.6 วิเคราะห์อัตราการกลับเสพยาของผู้เสียบบ้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อคำนวณสถิติดังต่อไปนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2534: 59)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 137)

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ	$\bar{x}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 143)

$$s = \sqrt{\frac{n \sum x^2 + (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	s	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (Cronbach.1984 cited by Polit & Hungler. 1991: 372)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อ
	$\sum s_i^2$	แทน	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	s^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยการป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่ (t - test dependent)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
SS	แทน	ผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
$\bar{d}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับ เสพยาสูบก่อนและหลังการทดลอง (Mean difference)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ครอบครัวที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การเลือกที่จะปรึกษาเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ประวัติการใช้สิ่งเสพติดเป็นอันดับแรก อายุที่เริ่มเสพยาสูบ สาเหตุที่เสพยาสูบ วิธีการเสพยาสูบ และการเสพยาสูบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละของข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่ให้แรงสนับสนุนของกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ติดยาสูบ และความคิดเห็นในการกลับเสพยาสูบของผู้เสพยาสูบ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนของผู้เสียหาย และการให้แรงสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้สถิติค่าที (t – test dependent)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยรูน ก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับเสพยา ค่าสถิติที (t – test dependent) ทดสอบความสัมพันธ์ (Slope) ระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับเสพยาหลังการทดลองกับก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับเสพยาหลังการทดลอง และใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (ANCOVA)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์อัตราการกลับเสพยาของผู้เสียหายหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพของบิดามารดา ครอบครัวที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การเลือกที่จะปรึกษาเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ประวัติการใช้สิ่งเสพติดเป็นอันดับแรก อายุที่เริ่มเสพยาบ้า สาเหตุที่เสพยาบ้า วิธีการเสพยาบ้า และการเสพยาบ้าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ดังปรากฏตามตาราง 2, 3 และ 4

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
15-19	1	3.30	2	6.70
20-24	13	43.40	10	33.30
25-29	6	20.00	10	33.30
30-34	6	20.00	7	23.40
35-39	4	13.30	1	3.30
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	30	100	30	100
สถานภาพสมรส				
โสด	17	56.70	12	40.00
สมรส	12	40.00	18	60.00
หย่า/แยก/หม้าย	1	3.30	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	3.30	-	-
ประถมศึกษา	21	70.00	20	66.70
มัธยมศึกษา	3	10.00	8	26.60
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2	6.70	2	6.70
ปริญญาตรี	3	10.00	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.70	6	20.00
รับจ้างทั่วไป	21	70.00	19	63.40
ค้าขาย	3	10.00	1	3.30
ทำนา – ทำสวน	1	3.30	4	13.30
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย				
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ตนเอง	26	86.70	24	80.00
บิดา	4	13.30	6	20.00
มารดา	4	13.30	7	23.30
คู่รักหรือภรรยา	-	-	1	3.30
รายได้เฉลี่ยรายเดือน (บาท)				
2,001- 3,000	4	13.30	6	20.00
3,001- 4,000	6	20.00	7	23.40
4,001- 5,000	9	30.00	9	30.00
5,001- 6,000	5	16.70	1	3.30
6,001- 7,000	3	10.00	6	20.00
7,001 ขึ้นไป	3	10.00	1	3.30
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า อายุของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20 ถึง 24 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 20 ถึง 29 ปี ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโสด ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคู่สมรส ระดับการศึกษาสูงสุดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา อาชีพทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพคล้ายคลึงกันโดยส่วนใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไป แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกันโดยส่วนใหญ่มาจากตนเอง รายได้เฉลี่ยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4,001 บาท ถึง 5,000 บาท

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตามสถานภาพของบิดามารดา ครอบครัวที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการเลือกที่จะปรึกษาเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
สถานภาพของบิดามารดา				
บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน	17	56.70	21	70.00
บิดาถึงแก่กรรม	4	13.30	3	10.00
มารดาถึงแก่กรรม	-	-	2	6.70
ทั้งบิดามารดาถึงแก่กรรม	5	16.70	1	3.30
บิดามารดาแยกกันอยู่	4	13.30	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00
ครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
บิดา	14	46.70	20	66.70
มารดา	20	66.70	22	73.30
คู่รักหรือภรรยา	12	40.00	16	53.30
พี่น้อง	20	66.70	17	56.70
ญาติ	7	23.30	2	6.70
ลูก	12	40.00	14	46.70
สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว				
รักใคร่ช่วยเหลือกันดี	23	76.70	24	80.00
ต่างคนต่างอยู่	6	20.00	2	6.70
ทะเลาะวิวาทกันบางครั้ง	1	3.30	4	13.30
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
การเลือกปรึกษาเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ				
บิดา	4	13.30	7	23.30
มารดา	15	50.00	13	43.40
คู่รักหรือภรรยา	7	23.30	6	20.00
พี่หรือน้อง	3	10.00	1	1.30
ญาติ	1	3.30	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า สถานภาพของบิดามารดาทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกันโดยส่วนใหญ่ บิดามารดาอยู่ด้วยกัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและพี่น้อง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รักใคร่ช่วยเหลือกันดี และกลุ่มตัวอย่างเลือกปรึกษาเมื่อไม่สบายใจทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมารดา

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตามประวัติการใช้เป็นอันดับแรก อายุที่เริ่มเสพยาบ้า สาเหตุที่เสพยาบ้า วิธีการเสพยาบ้า และการกลับไปเสพยาหลังจาก 1 เดือน

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ประวัติการใช้เป็นอันดับแรก				
บุหรี	29	96.70	28	93.30
สุรา	1	3.30	1	3.30
สารระเหย	-	-	1	3.30
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อายุที่เริ่มเสพยาบ้า (ปี)				
11 - 14	4	13.33	1	3.33
15 - 19	6	19.99	11	36.66
20 - 24	11	36.66	9	29.99
25 - 29	6	19.99	6	19.99
30 - 34	2	6.66	3	9.99
35 - 39	1	3.33	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00
สาเหตุการเสพยาบ้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
อยากลอง	14	46.70	23	76.70
ปัญหาครอบครัว	6	20.00	6	20.00
เพื่อนชวน	10	33.30	6	20.00
ทำงานให้ได้มากขึ้น	5	1.67	6	20.00
วิธีการเสพยาบ้า				
สูบ	30	100.00	30	100.00
การกลับไปเสพยาหลังจาก 1 เดือน				
เสพ	8	26.70	15	50.00
ไม่เสพ	22	73.30	15	50.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประวัติการใช้บุหรี่เป็นอันดับแรก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มเสพยาบ้าอายุระหว่าง 20 ถึง 24 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เริ่มเสพยาบ้าอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี สาเหตุการเสพยาบ้าคล้ายคลึงกันโดยส่วนใหญ่อยากลอง ทั้งสองกลุ่มเสพ

ยาบ้าโดยวิธีการสูบทั้งหมด และกลุ่มทดลองกลับไปเสพซ้ำหลังจาก 1 เดือนผ่านไป คิดเป็นร้อยละ 26.70 กลุ่มควบคุมกลับไปเสพซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละของข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่ให้แรงสนับสนุนของกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ติดยาบ้า ความคิดเห็นในการกลับเสพซ้ำของผู้เสพยาบ้า ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคคลในครอบครัวที่ให้แรงสนับสนุนของกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	3	10.00
30-39	4	13.30
40-49	8	26.70
50-59	15	50.00
รวม	30	100.00
เพศ		
ชาย	8	26.70
หญิง	22	73.30
รวม	30	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.30
สมรส	19	63.30
หย่า/แยก/หม้าย	10	33.30
รวม	30	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	10.00
ประถมศึกษา	22	73.30
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2	6.70
ปริญญาตรี	3	10.00
รวม	30	100.00
อาชีพ		
รับจ้าง	21	70.00
ค้าขาย	5	16.70
ทำนา-ทำสวน	2	6.70
บริษัทเอกชน / ธนาคาร	1	3.30
รัฐวิสาหกิจ	1	3.30
รวม	30	100.00
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบ้า		
บิดา	7	23.30
มารดา	15	50.00
คู่รัก/ภรรยา	4	13.30
พี่สาว	2	6.70
พี่ชาย	1	3.30
ญาติ	1	3.30
รวม	30	100.00
ความคิดเห็นในการกลับเสพซ้ำ ของผู้เสพยาบ้า		
เสพยาบ้า	8	26.70
ไม่เสพยาบ้า	22	73.30
รวม	30	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า บุคคลในครอบครัวของผู้เสียภาษีที่ให้แรงสนับสนุนของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 50 ถึง 59 ปี สมรสแล้ว การศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง เกี่ยวข้องเป็นมารดาของผู้เสียภาษี และจากการสอบถามครอบครัวผู้เสียภาษีพบว่า มีผู้กลับไปเสียภาษีซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 26.70

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนของผู้เสียภาษีและ การให้แรงสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้สถิติค่าที (t - test dependent)

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนของผู้เสียภาษีและ การให้แรงสนับสนุนของครอบครัว ในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรม	n	$\bar{x}$	S	t	p
ผู้เสียภาษี	การได้รับแรงสนับสนุน	30	2.44	.27	1.77	.083
ครอบครัว	การให้แรงสนับสนุน	30	2.56	.28		

จากตาราง 6 แสดงว่า การได้รับแรงสนับสนุนของผู้เสียภาษีและ การให้แรงสนับสนุนของครอบครัว ไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าครอบครัวได้ให้แรงสนับสนุนกับผู้เสียภาษีและ ผู้เสียภาษีได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับเดียวกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพติดด้วยรุนแรง ก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยา ค่าสถิติที (t - test dependent) ทดสอบความสัมพันธ์ (Slope) ระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาหลังการทดลองกับก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาหลังการทดลอง และใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (ANCOVA) ดังปรากฏตามตาราง 7, 8 และ 9

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา ก่อน และหลังการทดลองของแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			$\bar{d}$	t	p
	n	$\bar{x}$	s	n	$\bar{x}$	s			
กลุ่มทดลอง	30	.73	.21	30	2.05	.42	1.32	15.51*	.000
กลุ่มควบคุม	30	.79	.22	30	1.86	.40	1.08	14.79*	.000
	t = 1.159			t = 1.578					
	p = .251			P = .120					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า พฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ (Slope)ระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า หลังการทดลองกับก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
Group	.332	1	.332	1.990	.164
Behavior (Pre)	.169	1	.169	1.013	.318
Group * Behavior (Pre)	.162	1	.162	.971	.329
Error	9.355	56	.167		
Total	241.528	60			

Based on Type III Sum of Squares

จากตาราง 8 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนก่อนและหลัง(Slope)ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม [Group * Behavior (Pre)] ไม่แตกต่างกัน นั่นคือ มีความสัมพันธ์รูปแบบเดียวกัน จึงนำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ระหว่างกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
Behavior (Pre)	.182	1	.182	1.090	.301
Group	.493	1	.493	2.954	.091
Error	9.518	57	.167		
Total	241.528	60			

Based on Type III Sum of Squares

จากตาราง 9 แสดงว่า เมื่อทำจัดอิทธิพลของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 5 อัตราการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ภายใน 30 วันหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนผู้กลับเสพยา	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	30	8	26.70
กลุ่มควบคุม	30	15	50.00

จากตาราง 10 แสดงว่า ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับโปรแกรม การกลับเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 26.70 และ กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 50.00

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้กลับเสพยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับซ้ำ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยา มากกว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น
3. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีอัตราการกลับเสพยา น้อยกว่าผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Compromise experimental group-control group design

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้เสพยาบ้าและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในค่ายบำบัดรักษายาเสพติดของเรือนจำกลางจังหวัดนครปฐม จำนวน 60 คน โดยกำหนดให้รุ่นที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และรุ่นที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า และโปรแกรมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และส่วนที่เป็นความคิดเห็นของแรงสนับสนุนจากครอบครัว แบ่งเป็นความคิดเห็นของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับความคิดเห็นของครอบครัวที่ให้แรงสนับสนุน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (t - test dependent)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้าหลังการทดลอง และใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (ANCOVA)
4. วิเคราะห์อัตราการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า มีดังนี้

1. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการกลับซ้ำ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการกลับซ้ำ ไม่แตกต่างกับผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น
3. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีอัตราการกลับเสพยาร้อยละ 26.70 และผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรุ่น มีอัตราการกลับเสพยาร้อยละ 50.00

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นคว้ามักกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกันการกลับซ้ำ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขฤดี รัชตฤงการสกุล (2543: 155) ที่ทำการศึกษโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของ

นักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมนี้จะมีทักษะการปฏิเสธในทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตในด้านทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ชมากร (2545: ก) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติดสารเสพติดที่มีต่อนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะชีวิตที่จำเป็นในการป้องกันสารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ธนาวัฒน์ (2547: ก) ที่ทำการศึกษาก่อสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดในเยาวชนนอกโรงเรียน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ย ในเรื่องความรู้เรื่องยาเสพติด เจตคติเกี่ยวกับยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพจน์ ชูติดำรง (2544: ก) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญักษ์ พบว่า ปัจจัยการใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญที่สุด กล่าวคือ ความพร้อมทางจิตใจของผู้เลิกยาเสพติด จะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยมีปัจจัยครอบครัวยุทธศาสตร์และสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบผลักดันโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ทำให้ผู้เสพยามีการปฏิบัติตนใกล้เคียงกับชีวิตประจำวัน มีการสอนทักษะชีวิตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาของผู้ที่เสพยาบ้า เป็นการจัดการสอนที่ยึดผู้ที่เสพยาบ้าเป็นศูนย์กลาง หรือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งจำแนกออกเป็น การสอนความรู้ การสอนเจตคติ การสอนทักษะ ซึ่งการสอนโดยวิธีนี้จะทำให้ผู้ที่เสพยาบ้าสามารถคิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเองได้ (การทบทวนสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2541: 10 – 12) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ให้ความสนใจกับการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นพื้นฐานในการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation learning process) เกี่ยวกับทักษะชีวิตเพื่อสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้อง วิธีการที่นำไปสู่ทิศทางดังกล่าวก็คือ วิธีการทางสุขศึกษา (WHO. 1994:5) นอกจากนี้ผู้เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้เสพยาเสพติดด้วยรุ่นในกลุ่มควบคุมผู้เสพยาบ้ามีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการให้โปรแกรมการบำบัดรักษาทั้งสองรูปแบบ สามารถนำไปใช้บำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าให้มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาซ้ำเพิ่มขึ้นได้

2. ผู้เสียหายที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับซ้ำ ไม่แตกต่างกับผู้เสียหายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรูน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขฤดี ธัชตฤตการสกุล (2543: 156) ที่ทำการศึกษโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้า และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้า มีทักษะชีวิตในด้านพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้าไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวนันท์ กิจทวี (2541: 100-108) ที่ทำการศึกษโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน ในนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาซ้ำของกลุ่มทดลองผู้เสียหายที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีพฤติกรรมการป้องกันการกลับซ้ำ ไม่แตกต่างจากผู้เสียหายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรูน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาวิจัย เป็นกลุ่มผู้เสียหายที่อยู่ในเรือนจำซึ่งหลังจากการได้รับการบำบัดแล้วยังต้องอยู่ในเรือนจำอีกกระยะหนึ่ง ทำให้มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวได้ทันทีหลังจากการได้รับการบำบัด และอาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาซ้ำของผู้เสียหายหลังการศึกษา 30 วัน ทำให้ไม่สามารถประเมินเปรียบเทียบและเห็นประสิทธิผลได้ชัดเจน

3. จากผลการวิเคราะห์อัตราการกลับเสพยาซ้ำของผู้เสียหายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 26.70 ส่วนอัตราการกลับเสพยาซ้ำของผู้เสียหายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดด้วยรูน มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 50.00 จะเห็นว่าอัตราการกลับเสพยาซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่าอัตราการกลับเสพยาซ้ำของกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขจณี ชูดีดำรง (2544: ก) ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญักษ์ พบว่า ปัจจัยการใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญที่สุด กล่าวคือ ความพร้อมทางจิตใจของผู้เสพยาเสพติด จะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยมีปัจจัยครอบครัว สังคมและสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบผลักดัน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญรัตน์ สดใส (2545: ก) ที่ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องเพราะมีปัจจัยทางครอบครัว เช่น

ได้รับความอบอุ่นที่ไม่สม่ำเสมอของครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวที่การทะเลาะวิวาท สอดคล้องกับการศึกษาของ สังคม ดัตโต (2541: ก) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) : ศึกษาผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง พบว่าผู้ต้องขังที่มีภูมิหลังทางสังคมปัจจัยด้านตัวบุคคลต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) ต่างกัน โดยพฤติกรรมในด้านการเสพและการได้มาซึ่งยาบ้า พบว่า สัมพันธภาพของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐพร ปญญนิ (2547: ก) ที่ทำการศึกษาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวด้านลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดา ผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และบทบาทของตนกับบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากจากการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรายืดตลอดเวลา แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริม และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จุฬารัตน์ จุลรอด: 2536: 22) การเสริมด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งจัดอยู่ในเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (ประเสริฐ ดันสกุล และคณะ. 2538: 17) จัดเป็นระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ที่ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครอง สามีภรรยา หรือคนรัก ของผู้เสพยามีความสำคัญอย่างยิ่ง (จุฬารัตน์ จุลรอด: 2536: 30)

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้เสพยาบ้าที่อยู่ในเรือนจำ ทำให้มีข้อจำกัดตามกฎระเบียบของเรือนจำ คือ ให้โปรแกรมการบำบัดได้เฉพาะช่วงเช้าเท่านั้น และหลังจากผู้เสพยาบ้าได้รับโปรแกรมการบำบัดแล้ว ยังต้องอยู่ในเรือนจำอีกระยะหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวได้ทันทีหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัด ดังนั้นจึงควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ติดยาบ้าที่อยู่ในชุมชน

2. การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบกิจกรรมทักษะชีวิต 5 ทักษะมาจัดทำเป็นโปรแกรมการบำบัดผู้เสพยาบ้า ซึ่งยังไม่ครอบคลุมตามแนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก ที่มีทั้งหมด 10 ทักษะ ดังนั้นในการจัดทำโปรแกรมการบำบัดผู้เสพยาบ้าครั้งต่อไป น่าจะนำทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ให้ครบทั้ง 10 ทักษะ

3. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดแล้วเพียง 30 วัน ซึ่งอาจจะเป็นระยะเวลาที่ยังน้อยเกินไปในการวัดพฤติกรรมการป้องกันการกลับเสพยาบ้า ฉะนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดให้มากกว่า 30 วัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมมลพิษ. (2540). แนวคิดทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด. กรุงเทพฯ: กองป้องกันยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
- กรมตำรวจ. (2541). เปรียบเทียบผลการจับกุมยาเสพติดประเภทต่าง ๆ ระหว่างปี พ.ศ.2536 -2540 : กรุงเทพฯ กรมฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2537). คู่มือสำหรับประชาชน เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับยาบ้า. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2544). รายงานสถิติวิเคราะห์ระบบข้อมูลการติดสารเสพติดประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2541 ง). คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันเอดส์. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงฯ.
- _____. (2543). คู่มือกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพติด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (2539). "การสอนทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม," ในโครงการพัฒนานุเคราะห์การสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา วันที่ 24-26 กรกฎาคม 2539. ประจวบคีรีขันธ์: โรงแรมหัวหินแกรนด์. อัดสำเนา.
- กัลยา ธรรมคุณ และ ปราณี ภาณุภาส. (2540, สิงหาคม). "ปัจจัยการหายขาดและการติดซ้ำของผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์," กรมการแพทย์. 22(8): 328-336.
- กัลยา วาณิชย์ปัญญา. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวด้วย SPSS for windows. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2541). ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้าของนักศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ จุลรอด. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา ปัญจะวัฒนันท์. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง.

- ชลชัย ทศกุลณี. (2542). การประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคชาย เขตการศึกษา 6. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไชยยศ เหมะรัชตะ. (2529). ปัญหาเสพติด: การศึกษาและวิเคราะห์ในแง่กฎหมาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนพัฒน์ หาพิพัฒน์. (2539). พฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักศึกษา: กรณีศึกษานักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรมและวิทยาลัยเทคนิคในภาคกลาง สังกัดกรมอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์ สบ.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นพพร พานิชสุข. (2528). อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยากระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนของเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ สบ.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นายนันท์ กิจทวี. (2541). โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนในนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา ธีสกุล. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: วัชรอินเดอร์ปริ้นติ้ง.
- บุญรัตน์ สดใส. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข." ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สังคมวิทยาการแพทย์หน่วยที่ 9-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ประเสริฐ ดันสกุล และคณะ. (2538). ยุทธศาสตร์ในการอบรมทักษะชีวิต: เอดส์ศึกษาแนวใหม่ สำหรับประเทศไทย. (เอกสารประกอบคำสอน). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. อัดสำเนา.
- ปิยนุช ชมากร. (2545). ผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติดสารเสพติดที่มีต่อนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ปาริชาติ แวนไวยาศาสตร์. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้เสพติดยาบ้าของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มาริส หะสาเมะ. (2540). ประสิทธิภาพของการจัดโครงการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติดสำหรับนักเรียนวัยรุ่น ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ปิ่นโค. (2540). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษามีต่อพฤติกรรมการป้องกันยาบ้า ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2538). รายงานการประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวทางการนำยุทธศาสตร์
ทักษะชีวิตมาใช้ในการป้องกันยาเสพติด-การสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการใช้ยา
เสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- รุ่งโรจน์ พุ่ม และคณะ. (2537). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย โดยใช้เพื่อนและผู้ปกครองเป็นแรง
สนับสนุนทางสังคม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รัฐพร ปญฺญนิ . (2547). สัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร
เสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วราลักษณ์ ชีร์โมกษ์. (2537, ตุลาคม). "Amphetamine". ชัยพฤกษ์วิทยาศาสตร์. 41 (929):
33-35
- วาสนา ธนาวัฒน์. (2547). การสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดในเยาวชนนอกระบบ
โรงเรียน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิจิตร บุญยะโหดระ. (2538). อุบัติภัยใกล้ตัวเรา เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- วิชัย โปษยะจินดา. (2534). ยาบ้า. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2531). ตำรายาเสพติด. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วิโรจน์ วีระชัย และคณะ. (2544) . ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: วัชรอินเตอร์
ปรินติ้ง.
- ศิริพร สว่างจิต. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
สังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของทหารกองประจำการ สังกัดโรงพยาบาลอานันท
มหิดล จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สมฤดี สุขอุดม. (2544). การสร้างพลังชุมชนในการควบคุมและป้องกันการใช้อมเฟตามีนในกิ่ง
อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุขฤดี รัชตฤงคารสกุล. (2543). โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุพจน์ ชูดีดำรง. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล รัษฎารักษ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัยพัฒนบริหาร ศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สมิต วัฒนชัยบุญกรรม. (2544). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: วัชรอินเตอร์พรีนติ้ง. ———. (2541). สรุปรายงานการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง สารกระตุ้นประสาทจำพวกแอมเฟตามีน (ATS): ปัญหาที่ต้องให้ความสนใจเป็นอันดับแรก ณ สำนักงานใหญ่ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 8-10 มิถุนายน พ.ศ.2541. กรุงเทพฯ: องค์การสหประชาชาติ.
- สังคม ตัดโส. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า). วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สันทัต เสริมศรี. (2539). "การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยต่อรายงานการใช้ครอบครัวยเป็น แนวทางพัฒนาภาวะสุขภาพอนามัย". มหาวิทยาลัยมหิดล. 3(1): 29-35.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2531). การป้องกันยาเสพติด. (เอกสารเผยแพร่). กรุงเทพฯ สำนักงานฯ. อัดสำเนา.
- . (2535). รูปแบบกิจกรรมสนับสนุนการจัดการศึกษาเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดในโรงเรียน ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ: กองป้องกันยาเสพติด สำนักงานฯ.
- . (2537 ก). สภาพปัญหาการระบาดของยาบ้าในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองบำบัดรักษา สำนักงานฯ.
- . (2537 ข). สรุปการดำเนินงานด้านการป้องกันยาเสพติด. (เอกสารประกอบการประชุม). กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ. อัดสำเนา.
- . (2537 ค). สรุปการระบาดของยาบ้าในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองบำบัดรักษา สำนักงานฯ.
- . (2538). สภาพปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ.
- . (2540 ค). แนวคิดทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด. กรุงเทพฯ: การป้องกันยาเสพติด สำนักงานฯ.
- . (2544). แผนปฏิบัติการเพื่อเอาชนะยาเสพติด พ.ศ.2544-2545. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.
- . (ม.ป.ป.). บทความพิเศษเรื่อง แอมเฟตามีน (ยาบ้า). (เอกสารเผยแพร่). กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ. อัดสำเนา.

- สำนักงานจังหวัดนครปฐม ฝ่ายข้อมูลและติดตามประเมินผล (2542). สถานการณ์ยาเสพติดและ
การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2542. (เอกสารเผยแพร่). นครปฐม:
สำนักงานจังหวัดนครปฐม. อัดสำเนา.
- สำนักนโยบายและแผน สำนักนายกรัฐมนตรี. (2544). แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปี
2545 ระดับจังหวัด/อำเภอ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.
- สุขฤดี รัชตฤงการสกุล. (2543). โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้า ของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวง
ศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ เลาบริพัตร. (2545). คู่มือกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพยา. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- สุพัฒน์ ชีวเวชเจริญชัย. (2532). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- อุทัยศรี แสงคล้าย. (2539). การศึกษาความคิดเห็นของครูต่อการป้องกันแก้ไขปัญหายาแอมเฟตา
มิน(ยาบ้า) ในโรงเรียนมัธยมศึกษา: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัด
สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- Barrera, M. (1982). "Social Support in the Adjustment of Pregnant, Adolescents :
Assessmet Issue." In Social Networks and Social Support. P.69 –96.
London : SAGE Publication .
- Barker, Larry L. et al. (1991). *Group in process : an introduction to small group
communication*. Englewood Cliffs N.J. : Prentice Hall.
- Botvin, G.J. et al. (1995, April). "Long-term follow-up result of a randomized drug abuse
prevention trial in a white middle-class population," *Journal of Behavior Medicine*.
273(14): 273(14): 1106-1112.
- Cobb, S (1976, September-October) "Social Support as Moderate of Life
Stress." *Psychosomatic Medicine*. 38 : 300 – 314.
- Emery, E.M. et al. (1993, May). "The relationship between youth substance use
and area - specific self-esteem," *Journal School Health*. 63(5) : 224 – 225.
- Gottlied, Benjamin H. (Spring 1985) "Social Network and Social Support : An
Over view of Research, Practice and Policy Implication." *Health
Education Quarterly*. 12 : 5 – 22.
- Hall, W. & Hando, J. (1994, July). "Route of administration and adverse effects of
amphetamine use among young adults in Sydney, Australia," *Drug and Alcohol
Review*. 13(3): 277-284.

- Israel, Babara H. (Spring 1985) "*Social Network and Social Support . Implications of Natural Helper and Community Level Intervention.*" XII : 66.
- Kahn, R.L. (1979) "*Aging and Social Support.*" In *Aging From Birth to Death : Interdiscriplinary Prospectives.* PP 77- 91. Boulder, Color : Westview Press, 1979.
- Kirkham, M.A. & Schiling II, R.F. (1989, April). "*Life Skill Training with Mothers of Handicapped Children,*" Journal of Social Service Research.
- Langlie, J.K. (Septeber, 1999) "*Social Network Health Beliefs and Prevention Behavior.*" Journal of Health and Social Behavior. 9 : 224-260.
- Pilisuk, M. "Dilivery of Social Support: *The Social Innovatipn.*" American Journal Orthopsychiatry. 52 (January 1982) :20.
- Pilisuk, M. (January 1982) "*Dilivery of Social Supprt : The Social Innovation.*" American Journal Orthopsychiatry. 52 :20.
- Ross, J. & Cohen, J. (1994, December). "*The use of benzodiazepines among regular amphetamine users,*" Addiction. 89(12): 1683-1690.
- WHO. (1994). *Life Skills Education for Children and Adolescents in School.* Geneva: WHO.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌมางกูร คณะพลศึกษา
สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์ คณะพลศึกษา
สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ทันตแพทย์มงคล ปลื้มจิตรชม นักวิชาการสาธารณสุข 9
ด้านส่งเสริมพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
4. นางอมรรัตน์ พรสมบุญศิริ นักวิชาการสาธารณสุข 8
หัวหน้างานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
5. นางอรุณี โพธิ์ศรี นักวิชาการสาธารณสุข 7
หัวหน้างานระบาดวิทยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/155

วันที่ ๒๖/ มกราคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นายรัชชัย นาคศรีสังข์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมาภรณ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นายรัชชัย นาคศรีสังข์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/154

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑/ มกราคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายรัชชัย นาคศรีสังข์ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง และ อาจารย์กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายมงคล ปลื้มจิตรชม นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านส่งเสริมพัฒนา นางอมรรัตน์ พรสมบูรณ์ศิริ นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานควบคุมโรคไม่ติดต่อ และ นางดรุณี โพธิ์ศรี นักวิชาการสาธารณสุข 7 หัวหน้างานระบาดวิทยา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับเสพยาของผู้เสพยาบ้า

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามให้ นายรัชชัย นาคศรีสังข์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 034-251548 – 222 มือถือ 01-7518159

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถาม
สำหรับ ผู้เสียหาย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดและพฤติกรรมของครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัด อันเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสียหาย

ข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง และตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมของงานทางด้านสาธารณสุขต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายรัชชัย นาคศรีสังข์
นักวิชาการสาธารณสุข 5
งานประเมินผล กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเขียนข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.. ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า/แยก/หม้าย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา
 - ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา/เทียบเท่า
 - ☐ ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
5. อาชีพ
 - ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ นักเรียนนักศึกษา
 - ☐ รับราชการ ☐ รับจ้าง
 - ☐ ค้าขาย ☐ ทำนา – ทำสวน
 - ☐ บริษัทเอกชน/ธนาคาร ☐ รัฐวิสาหกิจ
 - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
6. ท่านได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ ตนเอง ☐ บิดา
 - ☐ มารดา ☐ ญาติพี่น้อง
 - ☐ เพื่อน ☐ คู่รักหรือภรรยา
 - ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
7. ท่านได้รับเงินค่าใช้จ่ายประมาณเดือนละ..... บาท
8. สถานภาพของบิดามารดา
 - ☐ บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน ☐ บิดาถึงแก่กรรม
 - ☐ มารดาถึงแก่กรรม ☐ ทั้งบิดามารดาถึงแก่กรรม
 - ☐ บิดามารดาแยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
9. ในครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่มีใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ บิดา ☐ มารดา
 - ☐ คู่รักหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
 - ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

10. สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร

- ☐ รักใคร่ช่วยเหลือกันดี ☐ ต่างคนต่างอยู่
☐ ทะเลาะวิวาทกันบางครั้ง ☐ ทะเลาะวิวาทกันบ่อย ๆ
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

11. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านเลือกที่จะปรึกษาใครในครอบครัวที่อาศัยอาศัยอยู่

- ☐ บิดา ☐ มารดา
☐ คู่รักหรือภรรยา ☐ พี่หรือน้อง ระบุชื่อ.....
☐ อื่นๆ เกี่ยวข้องเป็น..... ระบุชื่อ.....

12. สิ่งต่อไปนี้ อะไรที่ท่านเคยใช้เป็นอันดับแรก

- ☐ บุหรี่ ☐ สุรา
☐ สารระเหย ☐ กัญชา
☐ ยาบ้า ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

13. ท่านเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด

อายุ.....ปี

14. สาเหตุสำคัญที่ทำให้ท่านเสพยาบ้าคือข้อใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อยากรลอง ☐ เพื่อนชวน
☐ ปัญหาครอบครัว ☐ ปัญหาการเรียน
☐ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ☐ อื่นๆ

(ระบุ).....

15. ท่านเสพยาบ้าด้วยวิธีการใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ สูบ ☐ กิน
☐ ฉีด ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

16. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเสพยาบ้าหรือไม่

- ☐ ไม่เสพ
☐ เสพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมของผู้เสพยาบ้า

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด

ความหมายของการตอบ ดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำตามที่ระบุไว้อย่างสม่ำเสมอ
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำตามที่ระบุไว้เป็นส่วนใหญ่
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านกระทำตามที่ระบุไว้เป็นบางส่วนน้อย
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีการกระทำเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นตามที่ระบุไว้

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1 ท่านจะปฏิเสธเมื่อเพื่อนมาชวนให้เสพยาบ้า				
2.ท่านจะปฏิเสธเมื่อเพื่อนยื่นยาบ้ามาให้เสพ				
3. ท่านจะตอรองหรือผัดผ่อนเมื่อเพื่อนชวนให้เสพยาบ้า				
4. ท่านจะบอกเพื่อนถึงสิ่งไม่ดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อเพื่อนชวนให้เสพยาบ้า				
5. ถ้าท่านมีความทุกข์ ท่านจะไม่เสพยาบ้า				
6. ท่านรับฟังคำแนะนำและคำเตือนของสมาชิกในครอบครัว				
7. ท่านได้ปฏิบัติตามคำตักเตือนและคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว				
8. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะไปออกกำลังกาย				
9. เมื่อท่านมีเวลาว่าง ท่านจะช่วยครอบครัวท่านทำงาน ตามที่ได้รับการขอร้อง				
10. ท่านจะหลีกเลี่ยงไปสถานที่ที่เคยใช้ในการเสพยาบ้า				
11. ท่านจะหลีกเลี่ยงไปสถานที่ที่เคยเป็นแหล่งในการซื้อขายยาบ้า				
12. ท่านจะหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับผู้ที่ยังเสพยาบ้าอยู่				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด

ความหมายของการตอบ ดังนี้

มาก หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

ค่อนข้างมาก หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่

ค่อนข้างน้อย หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ข้อความ	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว			
	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	ไม่ได้รับ
1. ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัว				
2. ครอบครัวรับฟังปัญหาของท่าน				
3. ท่านได้รับความเข้าใจจากครอบครัว				
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวเมื่อมีปัญหา				
5. ท่านได้รับคำพูดให้กำลังใจจากครอบครัว				
6. ท่านได้รับความเชื่อมั่นจากครอบครัว ที่เชื่อว่าสามารถเลิกละยาบ้าได้				
7. ท่านได้รับการชวนให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว				
8. ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว				

แบบสอบถาม
สำหรับ ครอบครัวผู้เสพยาบ้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามครอบครัวของผู้ที่เสพยาบ้าและการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว อันเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเสริมทักษะชีวิต ร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า

ข้อมูลที่ได้นี้ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง และตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมของงานทางด้านสาธารณสุขต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายรัชชัย นาคศรีสังข์
นักวิชาการสาธารณสุข 5
งานประเมินผล กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเขียนข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

2. เพศ ☐ ชาย

☐ หญิง

3. สถานภาพสมรส ☐ โสด

☐ สมรส

☐ หย่า/แยก/หม้าย

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ อนุปริญญา/เทียบเท่า

☐ ปริญญาตรี

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

5. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ นักเรียน/นักศึกษา

☐ รับราชการ

☐ รับจ้าง

☐ ค้าขาย

☐ ทำนา – ทำสวน

☐ บริษัทเอกชน/ธนาคาร

☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

6. ท่านมีรายได้เดือนละ.....บาท

7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้รับการบำบัดอย่างไร

☐ บิดา

☐ มารดา

☐ ญาติ ระบุเป็น.....ของผู้ที่เสพยาบ้า

8. ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าผู้รับการบำบัด ได้เสพยาบ้าอีกหรือไม่

☐ เสพ

☐ ไม่เสพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด

ความหมายของการตอบ ดังนี้

มาก	หมายถึง	การให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	การให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่
ค่อนข้างน้อย	หมายถึง	การให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนน้อย
ไม่ได้ให้	หมายถึง	ไม่ได้ให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว

ข้อความ	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว			
	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	ไม่ได้ให้
1. ท่านให้การดูแลผู้รับการบำบัด				
2. ท่านรับฟังปัญหาของผู้รับการบำบัด				
3. ท่านให้ความเข้าใจผู้รับการบำบัด				
4. ท่านให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้รับการบำบัดมีปัญหา				
5. ท่านพูดให้กำลังใจผู้รับการบำบัด				
6. ท่านแสดงความมั่นใจให้เห็นว่าผู้รับการบำบัดสามารถเลิกเสพยาบ้าได้				
7. ท่านชวนผู้รับการบำบัดให้มาร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว				
8. ท่านให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ				

ภาคผนวก ค

คู่มือการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า

.....

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ

- 1.1 กิจกรรมการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 1.2 กิจกรรมการเสริมสร้างความตระหนักในตนเอง
- 1.3 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ
- 1.4 กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ
- 1.5 กิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการกลับเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้า
- 1.6 กิจกรรมการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยจัดกิจกรรมให้ครอบครัว

ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมและสภาพปัญหาของผู้เสพยาบ้า การให้กำลังใจ และการเอาใจใส่ดูแลผู้เสพยาบ้า

รูปแบบการจัดกิจกรรม จะแบ่งผู้เข้าบำบัดออกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน โดยมีวิทยากรให้ความรู้ประจำกลุ่มละ 2-3 คน โดยจะดำเนินการเข้าสู่กิจกรรมตั้งแต่ เวลา 09.00 - 12.00 น. รวม 10 วัน ผู้บำบัดรักษาจะนั่งเป็นวงกลม โดยมีวิทยากรประจำกลุ่มนั่งแทรกระหว่างผู้บำบัด กิจกรรมจะเริ่มโดยการทักทายทำความรู้จัก สอบถามความเป็นอยู่ เหตุการณ์ทั่ว ๆ ไป แล้วนั่งสมาธิวันละประมาณ 10-15 นาที หลังจากนั้น จะเข้าสู่กิจกรรมที่วางแผนไว้ตามตารางการบำบัดรักษา โดยจะเป็นรูปแบบการให้ความคิดเห็นของผู้บำบัด วิทยากรเป็นเพียงตัวช่วยประสานให้เกิดการแสดงความคิดเห็นออกมา ในระหว่างการแสดงความคิดเห็นจะมีกติกาของกลุ่มซึ่งได้แก่ การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรักษาความลับซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากเพราะจะทำให้การแสดงความคิดเห็นในกลุ่มเป็นไปในทิศทางที่ตรงปัญหา จะมีกิจกรรมเป็นรูปแบบเกมเพื่อผ่อนคลายในระหว่างที่ทำกิจกรรมหลัก อุปกรณ์ที่ประกอบการทำกิจกรรมคือ แท่นวางกระดาษโปสเตอร์ และปากกาเคมี เพื่อนำมาเขียนบันทึกความคิดเห็นของผู้บำบัดแต่ละคนลงไป วิทยากรประจำกลุ่มต้องมีความชำนาญในการกระตุ้นให้ผู้เข้าบำบัดแสดงความคิดเห็นของเขาให้มากที่สุด และต้องสามารถควบคุมกลุ่มให้อยู่ในประเด็นได้ดี เมื่อดำเนินกิจกรรมมาถึงช่วงท้ายแล้ว วิทยากรจะนำประเด็นที่ได้มาสรุปให้กลุ่มได้รับฟัง รวมถึงอาจจะเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม จากนั้นจะสรุปจบด้วยคำพูดที่ก่อให้เกิดกำลังใจ การกำหนดการแสดงออกของกลุ่มในการสร้างพลัง เช่น ตั้งชื่อกลุ่ม มีคำขวัญประจำกลุ่ม มีรูปแบบการแสดงออกถึงความเป็นกลุ่มของตัวเอง เป็นต้น

ตารางการอบรมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้เสพยาบ้า

วันที่	กิจกรรม (เวลา 09.00 - 12.00 น.)
1	กิจกรรม “แนะนำตนเองด้วยภาพ” กิจกรรม “ถนนชีวิต”
2	กิจกรรม “การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัว” กิจกรรม “วงกลมแห่งความไว้วางใจ”
3	กิจกรรม “การฝึกฝนตนเอง กาย วาจา ใจ” กิจกรรม “จุดแข็ง จุดอ่อน”
4	กิจกรรม “การเผชิญปัญหาเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว” กิจกรรม “การยอมรับและปฏิเสธผู้อื่น”
5	กิจกรรม “โทษพิษภัยของยาเสพติดต่อร่างกาย” กิจกรรม “โทษพิษภัยของยาเสพติดต่อร่างกาย”
6	กิจกรรม “การปฏิเสธเมื่ออยากใช้ยาเสพติด” กิจกรรม “อย่าเผลอนะ”กรรม “จกรรม “
7	กิจกรรม “วิธีป้องกันตนเองไม่ให้เสพลสิ่งเสพติด” กิจกรรม “การช่วยเหลือตนเองเมื่อมีอาการอยากไปใช้ยาเสพติด”
8	กิจกรรม “ความหวังในอนาคต” กิจกรรม “สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต”
9	กิจกรรม “พบครอบครัว”
10	กิจกรรม พิธีปิด (ปฐมนิเทศน์ รับขวัญ ให้กำลังใจ)

การจัดกิจกรรมให้ครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ลักษณะของผู้ที่ติดยาเสพติด ความต้องการของผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา ทฤษฎี “ตัวกระตุ้น” ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและสภาพปัญหาของผู้เสพยา การให้กำลังใจและความเชื่อมั่นในการเลิกยาเสพติด และการเอาใจใส่ดูแลผู้เสพยา การชักชวนในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ

กิจกรรมถนนชีวิต

ความคิดรวบยอด ชีวิตของคนเราแต่ละคนมีความแตกต่างกัน บนเส้นทางชีวิตของแต่ละคนที่ดำเนินมาตั้งแต่เราเกิดจนถึงปัจจุบันมีเรื่องราวอยู่มากมาย บางช่วงเวลาก็เป็นเวลาแห่งความสุข บางช่วงเวลาก็เป็นเวลาแห่งความทุกข์ ความเศร้า เส้นทางที่เราเดินทางจากมาและกำลังจะเดินไป เปรียบเสมือนถนนแห่งชีวิตของเราแต่ละคน ซึ่งเราย่อมมีเส้นทางของตนเองและเราเป็นผู้รับผิดชอบต่อตัวเราเอง บนถนนทางของชีวิตนี้เราต้องมีชีวิตอย่างมีสติอยู่กับปัจจุบัน ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด อดีตที่เศร้าหมองหรือความผิดพลาดต่างๆจะเป็นบทเรียนให้เราทำปัจจุบันให้ถูกต้องซึ่งจะส่งผลต่ออนาคตทั้งดงาม ขณะเดียวกันถนนชีวิตนี้เราไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว ถ้าเราเปิดใจให้กว้าง มองหาสิ่งที่ดีงามในระหว่างเส้นทางของชีวิต เราจะพบว่าชีวิตนี้ก็มีสิ่งดีงามมากมาย เราจะพบมิตรที่ดีได้ ที่จะร่วมแบ่งปันทุกข์และสุข เราจะพบความสุขง่ายๆได้ ถ้าเรารู้จักเลือกสรร เช่น การเป็นสุขจากการที่เราเป็นผู้ให้ผู้อื่น ความสุขกับการมีชีวิตที่เรียบง่าย สงบ ความสุขจากการที่เรารู้จักมองโลกในแง่ดีงาม แต่สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จากการที่เราจะเรียนรู้จักตนเอง เรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่น พร้อมจะพัฒนาตนเอง และมุ่งไปสู่ถนนชีวิตที่ดีงาม

วัตถุประสงค์

1. เยาวชนมีความเข้าใจในชีวิต และความเป็นมาของชีวิตของตนเอง
2. เยาวชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่ผ่านมากับสมาชิกกลุ่ม
3. สร้างเสริมแนวความคิดการมีชีวิตอยู่กับปัจจุบันอย่างมีคุณค่า และการมุ่งพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข ด้วยหลักการของการรู้จักรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง

อุปกรณ์

1. กระดาษ A4 (ใบงานที่ 1)
2. ปากกา ดินสอ ให้เยาวชน คนละ 1 ชุด
3. บทพูดนำสู่การสำรวจตนเองของวิทยากร

กิจกรรม

1. วิทยากรเกริ่นนำ เรื่องคนเรามีชีวิตที่แตกต่างกันอย่างไร
2. วิทยากรแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-10 คน ให้สมาชิกกลุ่มทำสมาธิประมาณ 2-3 นาที แล้วให้สมาชิกอยู่กับความรู้สึกของตนเอง สำรวจชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง (ในช่วงนี้วิทยากรจะมีบทพูดให้สมาชิกมีทิศทางในการสำรวจตนเอง) ให้สมาชิกสำรวจตนเองประมาณ 10 นาที
3. ให้สมาชิกวาดภาพถนนชีวิตของตนเอง ให้ใส่รายละเอียด สีสันตามแต่ชอบใจ
4. ให้สมาชิกอภิปราย แลกเปลี่ยนเรื่องราวของกันและกันในกลุ่มย่อย โดยวิทยากรประจำกลุ่มจะนำสู่ประเด็นสำคัญของเนื้อหา

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายธวัชชัย นาคศรีสังข์
วันเดือนปีเกิด	1 ตุลาคม 2511
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	42 หมู่ 3 ตำบลขุนแก้ว อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 73120
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	งานประเมินผล กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2539	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ