

ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น  
โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

นางสาวกชพร นระธาธร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Effects of Relapse Prevention of Amphetamine use Model in Adolescents in  
Phothong Distric, Roi-Et Province**

**Miss Kordchakon Nalatron**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น  
โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อและนามสกุล นางสาวกชพร นระราธ

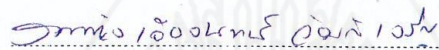
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

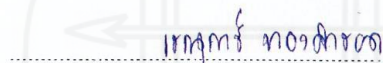
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด  
2. อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ


วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2563

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ..... ประธานกรรมการ  
(อาจารย์ ร้อยตำรวจโท หญิง ดร.เจือจันทร์ วัฒนเกียรติ)

 ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

 ..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ)

 ..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพยาฝอยดำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

**ผู้วิจัย** นางสาวกชพร นະรารุท **รหัสนักศึกษา** 2585100346 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด  
(2) อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ **ปีการศึกษา** 2562

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อ 1) เปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพยาฝอยดำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ 2) เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ 3) เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผ่านการบำบัดครบตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1)โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาฝอยดำของวัยรุ่นคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 2) แบบสอบถามข้อมูลแรงจูงใจในการกลับไปเสพยาฝอยดำของวัยรุ่น 3) ข้อมูลความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพยาฝอยดำของวัยรุ่น มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .87วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) เปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพยาฝอยดำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาฝอยดำของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับไปใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน P-value 0.035 2) เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 0.708 คะแนน (95% Ci,0.39,1.02) 3)เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้ยาฝอยดำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาฝอยดำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.67 คะแนน (95% Ci,-0.348,-1.006) เป็นไปตามสมมติฐาน

**คำสำคัญ** วัยรุ่น การป้องกันการกลับไปเสพยาฝอยดำ



**Thesis title:** Effects of Relapse Prevention of Amphetamine use Model in Adolescents in Phothong Distric, Roi-Et Province  
**Researcher:** Miss Kordchakon Nalatron; **ID:** 2585100346; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Renukar thongkhamrod; Associate Professor (2) Dr.Krochporng Charkarn; **Academic year:** 2019

### Abstract

The purposes of this research and development were: 1) to study problem situations of discharge planning for pediatric patients with asthma at Pronthong Hospital, 2) to develop a discharge planning model for pediatric patients with asthma, and 3) to compare perception on self-efficacy and satisfaction toward the discharge planning model of caregivers before and after developing the model.

The samples whom were purposive sampling was divided into 3 phases. 1) *Problem study period* included 3 groups: (1) eleven professional nurses who worked for pediatric ward 3 and attended brain storming, (2) five caregivers of asthmatic children who were interviewed, and (3) thirty-five caregivers of asthmatic children before trial. 2) *The model development phase* comprised eleven professional nurses who worked for this unit. 3) *The trial phase*, the last step, contained thirty-five caregivers of asthmatic children after trial. The research tools consisted of caregivers' perception on self-efficacy and satisfaction toward the discharge planning model. These tools were used in the problem study and trial stages with reliability of 0.95 and 0.85 respectively. In the development stage, the discharge planning model was applied in a training project. Data were analyzed by descriptive statistics and Mann-Whitney-U Test.

The research findings were as follows. 1) Problems situations of discharge planning for pediatric patients with asthma revealed into 3 aspects including (1) structure - the hospital had the discharge planning policy but without clear guidelines, performed discharge planning by own experiences, and no caregiver's cooperation. (2) A process of discharge planning was performed unsystematically and the advice was mostly done on a discharge day. (3) Outcome revealed that there were not clear follow-up and evaluation. 2) The developed discharge planning model embraced systematic steps. This procedure began with discharge planning problems and needs assessing through caregivers' collaboration, planning, implementing, and higher than before development at the level .05.

**Keywords:** Sepsis, Sepsis Patients Caring Model, Inpatient Unit, Pong thong Hospital

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัซุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่ง  
ความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาในครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก  
อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่เสียสละเวลาอันมีค่าให้คำ  
ชี้แนะแนวทางรวมทั้งแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเป็นห่วงและเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจ  
ให้พลัง ห่วงใยและเอื้ออาทรผู้วิจัยด้วยดีเรื่อยมา ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ผู้วิจัย  
รู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ  
โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ให้  
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหางานวิจัย การทำสนทนากลุ่มให้มีความชัดเจนมาก ที่ให้คำแนะนำในการ  
วิเคราะห์ข้อมูลวิจัยโดยใช้สถิติขั้นสูง

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ร้อยตำรวจโทหญิง ดร.เจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ ที่กรุณาให้  
เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งกรุณาแนะนำข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ทำให้  
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณา  
ตรวจสอบเครื่องมือให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและพยาบาลโรงพยาบาลโพหนอง และโรงพยาบาลรัฐ  
ทุกแห่ง ที่อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งพยาบาลกลุ่ม  
ตัวอย่างและผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่หน่วยเลขานุการ  
กิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัซุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือต่างๆ  
ตลอดการศึกษาที่ผ่านมาเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ ครอบครัวที่ส่งเสริมให้กำลังใจตลอดมา

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้สำหรับทุกๆท่านที่  
กล่าวมาข้างต้น

กชกร นราธร

มีนาคม 2562

## สารบัญ

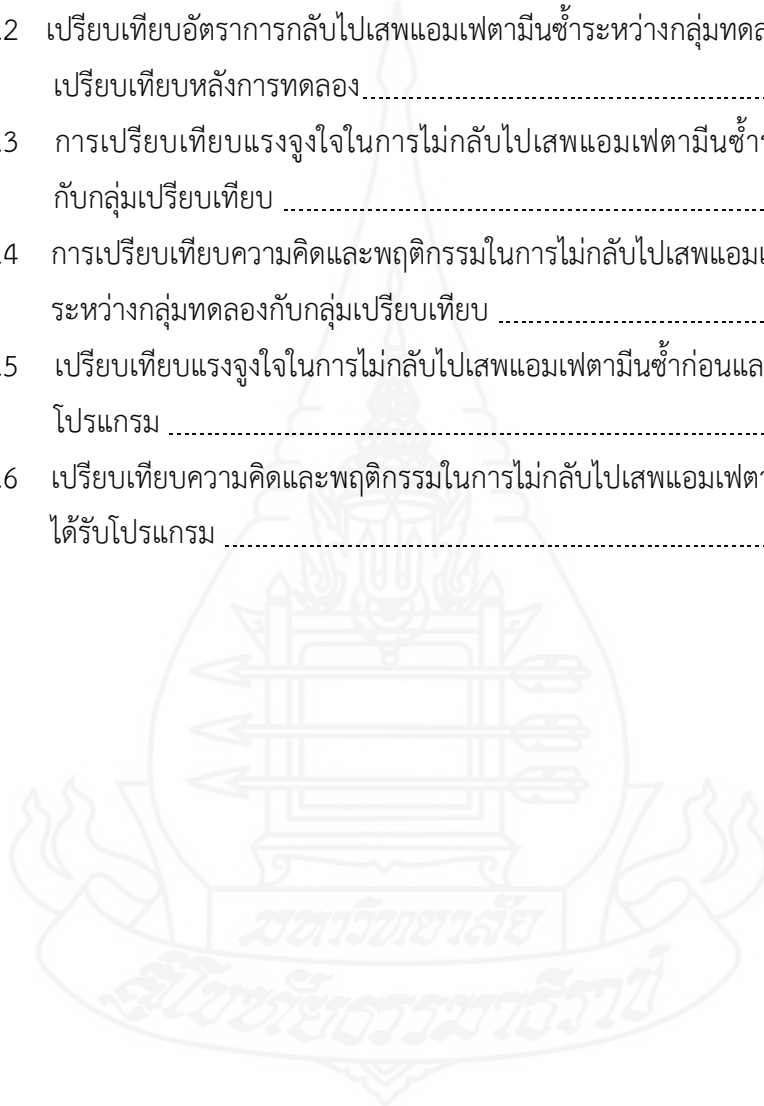
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด .....	9
การติดสารเสพติด .....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น .....	19
รูปแบบการจัดการการป้องกันการกลับไปเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำในวัยรุ่น .....	24
แนวคิดวงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) .....	29
คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง .....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	42
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	46

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	47
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	48
ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ .....	49
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ .....	50
ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีน ซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ.....	50
ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม.....	51
ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีน ซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม.....	51
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	52
สรุปการวิจัย .....	52
อภิปรายผล .....	54
ข้อเสนอแนะ .....	61
บรรณานุกรม .....	62
ภาคผนวก .....	66
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	67
ข หนังสือขออนุญาตเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองเครื่องมือและเก็บข้อมูล.....	69
ค จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	79
ง เครื่องมือการวิจัย.....	85
ประวัติผู้วิจัย .....	109

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพและรายได้ของผู้ป่วย .....	48
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม เปรียบเทียบหลังการทดลอง.....	49
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ .....	50
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ .....	50
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม .....	51
ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม .....	51



ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
ภาพที่ 3.1 รูปแบบการจัดการการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด .....	38



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสารเสพติดถือว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของสารเสพติดอย่างแพร่หลาย มีความรุนแรงมากขึ้น และนำไปสู่ผลกระทบและปัญหาต่างๆ ของผู้ติดยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอย่างมากมาย อาทิ ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด การเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว รวมไปถึงปัญหาสังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ เช่น ปัญหาความล้มเหลวในการศึกษา การว่างงาน ความเสียหายทางเศรษฐกิจ ปัญหาอาชญากรรมจากการที่ผู้ติดยาเสพติดต้องพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงินมาซื้อสารเสพติด เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ (อัจฉรา เกตุรัตน์กุล และคณะ, 2558)

จากข้อมูลของการใช้สารเสพติดทั่วโลกและของประเทศไทยพบว่าการแพร่ระบาดของสารเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นระบบประสาทประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น อาทิ รายงานสถานการณ์สารเสพติดโลกปี 2560 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการระบาดของยาบ้ามากขึ้น (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2560) จากรายงานประจำปีของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2560) ปี พ.ศ. 2557 – 2560 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยาบ้ามากเป็นอันดับ 1 โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 4,406 3,712 3,019 3,491 และ 3,155 ราย ตามลำดับ

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นสารเสพติดอันตรายที่ก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้เสพ และสังคมส่วนใหญ่มักเป็นอยู่อย่างยาก โดยเฉพาะกับวัยรุ่นโดยพบว่าเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการใช้แอมเฟตามีนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มากถึงร้อยละ 31.92 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2560) โดยเมื่อเสพสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย สารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นประสาทที่สมองส่วนอยาก (Limbic System) ซึ่งประกอบด้วยศูนย์ความพึงพอใจ ศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ศูนย์ความอึด และยังมีกระตุ้นปลายประสาท ให้หลั่งโดพามีน ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนพริน ออกมาจำนวนมาก ส่งผลต่อระบบความพึงพอใจที่สมอง ทำให้เกิดความพอใจ เคลิบเคลิ้ม มีความสุข พึงพอใจ (นพพร ตันติรังสี, 2559) ผู้ที่เสพแอมเฟตามีนจึงมีความสุขอย่างมาก รู้สึกมีกำลังและสามารถทำงานได้มากขึ้น โดยไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ส่งผลให้เกิดการติดแอมเฟตามีนได้ และยังคงส่งผลให้นอนไม่หลับ หัวใจเต้นเร็ว



แต่เมื่อหมดฤทธิ์สารจะอ่อนเพลียมากกว่าปกติ รู้สึกเครียด หงุดหงิดง่าย ความสามารถในการเรียนรู้ ลดลง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า จนถึงฆ่าตัวตายและหากยังเสพต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อ ส่งผลกระทบต่อระบบสมองส่วนกลางและทำลายสมอง อีกทั้งวัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนจะมีพฤติกรรม และการกระทำที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเพราะแอมเฟตามีน ไปทำลายสมองและเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมจะอยู่กับการหาแอมเฟตามีนมาเสพ และทำทุกวิถีทางถึงจะไม่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อ ต้องการหาเงินมาซื้อแอมเฟตามีน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการกระทำผิดกฎหมาย ปัญหาอาชญากรรม ลัก ขโมย การทำร้ายผู้อื่น (วีรพล ชูสันเทีย และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) รวมทั้งมีโอกาสกลับไปใช้แอม เฟตามีนซ้ำได้สูง จากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2560) พบว่ามีผู้กลับเข้ามารักษาซ้ำสูงถึง ร้อยละ 85.72, 80.85, 79.07, 75.88 และ 76.58 ในปี พ.ศ. 2556 – 2560 ตามลำดับ

จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัย หลายด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัววัยรุ่นเอง เช่น เพศ การมีบุคลิกภาพอ่อนไหว อ่อนแอ เก็บตัว บุคลิกภาพชอบทำหาย ขาดแรงจูงใจ ขาดเป้าหมายในชีวิต การมีเหตุผลเชิงจริยธรรมต่ำ มีความเชื่อที่ ผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เทคโนโลยี และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ครอบครัวที่ขาดการมีส่วนร่วม ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผู้ปกครองคาดหวังต่อสมาชิกในครอบครัวสูงเกินไป มี สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด แบบแผนการเลี้ยงดูของครอบครัว ครอบครัวที่ใช้อำนาจ ใช้ความรุนแรง ในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพห่างเหิน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีกฎหมายและมาตรการที่เอื้อให้วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดเข้ามา สู่กระบวนการบำบัดมากขึ้น ประกอบด้วย พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายใช้บังคับผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดสารเสพติด โดย กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขปัญหา สารเสพติด พ.ศ. 2558 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อ ลดปริมาณผู้ที่จะเข้าสู่การกระทำผิดเกี่ยวกับสารเสพ ติด และทั้งนี้มีการพัฒนามาตรฐาน การบำบัดรักษาสารเสพติดทุกระบบ พัฒนาศักยภาพของผู้ ให้บริการ ให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยมีการเน้น ความสำเร็จของการบำบัด คือ เมื่อบำบัดครบโปรแกรมแล้วผู้รับการบำบัดมีทัศนคติที่ดีที่จะไม่กลับไป ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดอีกเมื่อกลับสู่ชุมชน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552)

สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสารเสพติดของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดและเป็นจังหวัดหนึ่งของภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดเนื่องจากมีอำเภอนองพอก และอำเภอนันทบุรี เป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงสารเสพติดมาจาก สปป.ลาว โดยได้ดำเนินงานด้านแก้ไขปัญหายูสเอ/ผู้ติดยา

สารเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยสารเสพติดมารับบริการใน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 139 คน ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน 32 คน ระบบบังคับบำบัด จำนวน 107 คน (1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2560) ระบบสมัครใจบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 18 คน สามารถหยุด เสพได้ 3 เดือน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.77 และในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 200 คน ระบบสมัครใจ บำบัด จำนวน 40 คน ระบบบังคับบำบัด จำนวน 160 คน (1 ตุลาคม 2560-30 กันยายน 2561) ระบบสมัครใจ บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 38 คน สามารถหยุดเสพติดได้ 3 เดือน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 ซึ่งลดลง ร้อยละ 9.35 ทั้งนี้ยังพบว่าผู้รับการบำบัดระบบสมัครใจบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดที่กลับไปเสพซ้ำเป็น กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66

โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการดำเนินการบำบัดแอมเฟตามีนโดยใช้ รูปแบบการบำบัดรักษา กาย จิต สังคม บำบัดแบบผู้ป่วยนอก Modify Matrix Program 4 เดือน ส่วนค่ายบำบัดให้การบำบัดภายใต้ศูนย์ขวัญแผ่นดินตามมาตรฐานใหม่ โดยมีระบบการติดตามร่วมกัน กับผู้นำชุมชน อสม.เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด โดยเข้ารับการอบรมแบบบูรณาการ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม อย่างปกติสุข หลังการบำบัดรักษาใช้เวลาในการติดตาม 4-7 ครั้งในระยะเวลา 1 ปีโดยการโทรศัพท์ นัดมาพบที่หน่วยงาน หรือผ่านทาง อสม. อย่างไรก็ตาม พบว่าในการดำเนินงานสารเสพติดในด้านการ ฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดของโรงพยาบาลโพนทองยังมีรูปแบบที่ไม่แน่ชัด โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟู เช่น มีการติดตามทาง อสม. มาพบที่โรงพยาบาล แต่ยังไม่มีความถี่ในการ ติดตามและฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยังไม่ประสบผลสำเร็จ

นอกจากนี้ ยังได้มีการสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วยแอมเฟตามีนในอำเภอโพนทอง พบว่า ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิเสธคำ ญาติมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือ ไม่ทราบตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วย กลับไปเสพติด ญาติไม่ให้ความสำคัญเรื่องการมาตรวจตามนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และที่สำคัญไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ดังนั้นการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ โดยไม่ กลับไปเสพติด จึงต้องอาศัยครอบครัวที่เข้มแข็ง ญาติมีความรู้ความสามารถ มีความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วย สารเสพติดที่บ้าน อีกทั้งควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น อาสาสมัคร ประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จะเป็แหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่บำบัดครบโปรแกรมการบำบัดรักษาสารเสพติดในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและ พฤติกรรม (CBT) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) เป็น แนวทางในการพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ในผู้ป่วยเสติดยาบ้าที่ เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อผู้เสพแอมเฟตามีนและครอบครัวต่อไป

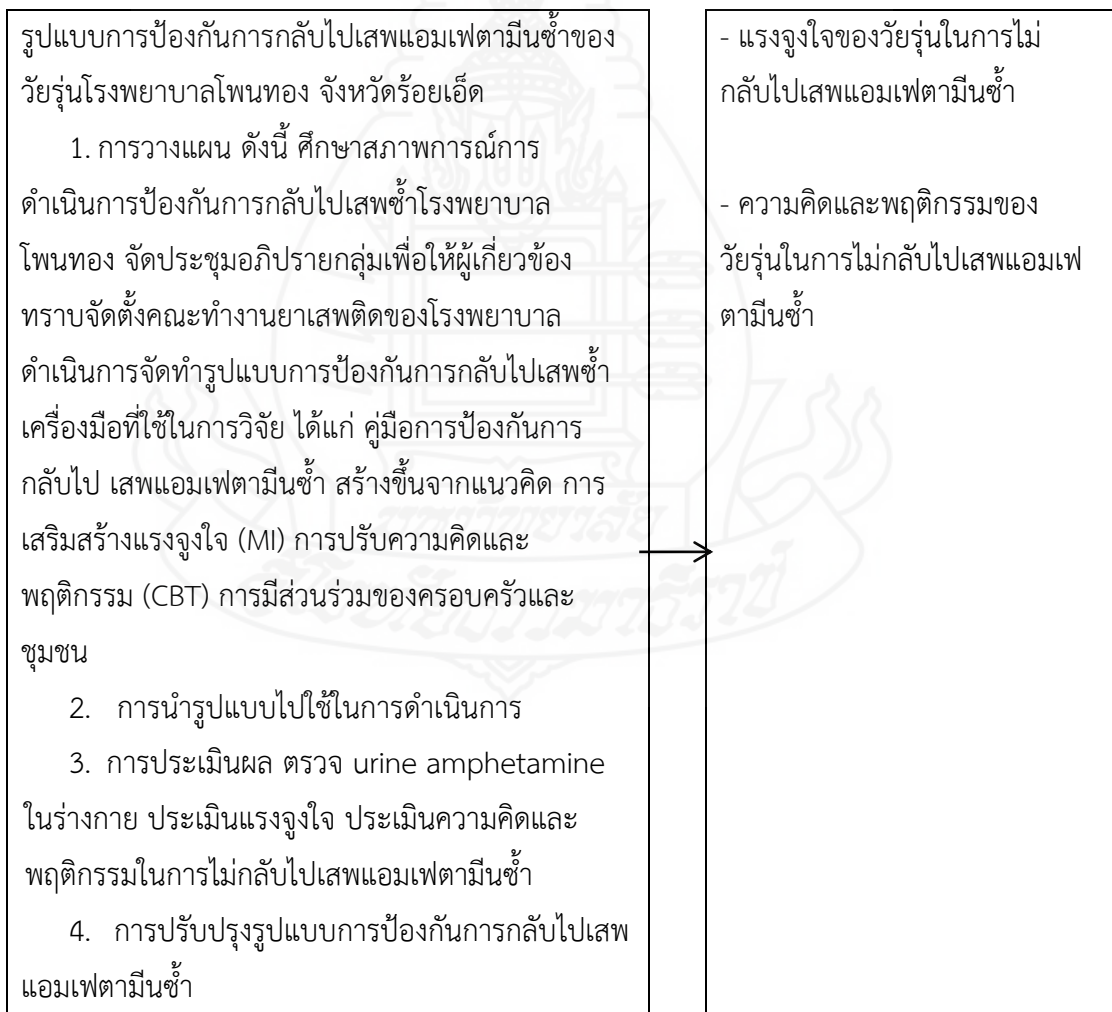
## 1. วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ของวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

1.3 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

## 2. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### 3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 อัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรักษายาเสพติด

3.2 แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

3.3 อัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

3.4 แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

### 4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ, แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

4.1 ประชากร คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง และบำบัดครบแมทริกซ์โปรแกรมครบ 4 เดือน

4.3 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดรักษายาเสพติด

4.4 ตัวแปรตาม คือ อัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ, แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

## 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 อัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่ได้รับการบำบัดครบตามกำหนด เมื่อติดตามครบ 1 เดือน พบว่าไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

5.2 แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยสารเสพติดมีพลังใจในการเลิกสารเสพติดต่อเนื่อง

5.3 ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยสารเสพติดมีการเลิกสารเสพติดต่อเนื่อง

5.4 รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ หมายถึง การปรับปรุงและพัฒนาการดูแลวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีน คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำ ประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งเป็นการบำบัดโดยพยาบาลจิตเวชที่กระทำต่อวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีน โดยมีขั้นตอนวิธีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และเพิ่มแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

5.5 วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีน หมายถึง ผู้เสพหรือผู้ติดสารเสพติดประเภทยาบ้า ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคสมองติดสารถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคหนึ่ง ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

5.6 การดูแลแบบปกติ หมายถึง การดำเนินการที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีน ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องแอมเฟตามีน การนัดมาตรวจที่คลินิกยาเสพติด การเยี่ยมทางโทรศัพท์และการเยี่ยมโดย อสม.

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนที่มีปัญหาการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้

6.2 เป็นแนวทางในการจัดการปัญหาการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนให้กับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนที่มีปัญหาการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

6.3 เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดที่มี  
ปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ





## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น  
โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา หนังสือ วารสาร  
เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด
  - 1.1 ความหมายของสารเสพติด
  - 1.2 ประเภทของสารเสพติด
2. การติดยาเสพติด
  - 2.1 ความหมายและสาเหตุของการติดยาเสพติด
  - 2.2 ลักษณะของผู้ติดยาเสพติด
  - 2.3 การวินิจฉัยการติดยาเสพติด
  - 2.4 ระยะเวลาการติดยาเสพติดและการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น
  - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีน
  - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น
  - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น
4. รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำในวันรุ่น
  - 4.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)
  - 4.2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Thera)
  - 4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
5. แนวคิดวงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA)
  - 5.1 ความหมายความสำคัญ (ประโยชน์)
  - 5.2 ขั้นตอนการใช้ PDCA
  - 5.3 การประยุกต์ใช้ PDCA เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ
6. คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง
  - 6.1 ข้อมูลทั่วไป
  - 6.2 สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน
  - 6.3 รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามหลังการบำบัดรักษา



## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด

#### 1.1 ความหมายของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ให้ความหมายว่า สารเสพติดหมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรควัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า สารเสพติด หมายถึง สารหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกาย และจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน สุรา สารนอนหลับ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

พระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 4 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528 มาตรา 4 ให้ความหมายว่า สารเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย และจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนสารเมื่อขาดสาร มีความต้องการเสพทั้งร่างกาย และจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพทั่วไปจะทรุดโทรมลง ให้รวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นสารเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นสารเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายถึงสารสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยสาร ที่มีสารเสพติดให้โทษผสมอยู่

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า สารเสพติดหมายถึง สารหรือสารใดๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือเกิดจากการสังเคราะห์ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกาย และจิตใจ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีอาการถอนสารเมื่อขาดสาร มีความต้องการเสพทั้งร่างกาย และจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง

#### 1.2 ประเภทของสารเสพติด

ประเภทของสารเสพติด สารเสพติดสามารถแบ่งออกได้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. การแบ่งตามพระราชบัญญัติให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยแบ่งสารเสพติดให้โทษ ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ 1) สารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ได้แก่ เฮโรอีน ยาบ้า หรือแอมเฟตามีน

สารไอซ์ จัดเป็นสารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง 2) สารเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 สารเสพติดประเภทนี้สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้ แต่ต้องภายใต้การควบคุมของแพทย์และใช้เฉพาะกรณีจำเป็นเท่านั้น ได้แก่ ผีน มอร์ฟิน โคเคอิน โคเคน 3) สารเสพติดให้โทษประเภทที่ 3 สารเสพติดประเภทนี้เป็นสารเสพติดให้โทษที่มีสารเสพติดประเภทที่ 2 ผสมอยู่ด้วย มีประโยชน์ทางการแพทย์ถ้าไปใช้ประโยชน์อื่น หรือเมื่อเสพติดจะมีบطلงโทษกำกับไว้ ได้แก่ สารแก้ไอ โคเคอินที่มีตัวสารโคเคอิน สารแก้ท้องเสียที่มีฝิ่นผสมอยู่ด้วย 4) สารเสพติดให้โทษประเภทที่ 4 จัดเป็นสารเคมีที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 สารเสพติดประเภทนี้ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดโรคแต่อย่างใด และมีบطلงโทษกำกับไว้ ได้แก่ อะเซติคแอนไฮดริดอะเซติคคลอไรด์ ซึ่งใช้ในการเปลี่ยนมอร์ฟินเป็นเฮโรอิน สารคลอซูอีเฟครีนสามารถใช้ในการผลิตยาบ้าได้ 5) สารเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เป็นสารเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภทที่ 4 ได้แก่ พืชกัญชา พืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย เป็นต้น

2. การแบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

- 1) การออกฤทธิ์กดประสาท เช่น มอร์ฟิน เฮโรอิน สารก่อก่อมประสาท สารระเหย
- 2) การออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน กระท่อม โคเคอิน
- 3) การออกฤทธิ์หลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เห็ดขี้ควาย
- 4) การออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ อาจกด กระตุ้น หรือหลอน เช่น กัญชา

3. การแบ่งตามองค์การอนามัยโลก สามารถแบ่งประเภทสารเสพติดออกเป็น 9

ประเภท ดังนี้

- 1) ประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟิน รวมทั้งสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน เช่น ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอิน เพทิดีน
- 2) ประเภทบาบิวเรต รวมทั้งสารที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เซโคบาร์บิทัล พาราลดีไฮด์อะไมบาร์บิทัล เมโพรมาเมตไดอะซีแพม คลอดไดอะซีปอกไซด์
- 3) ประเภทแอลกอฮอล์ เช่น โคเคน เบียร์ วิสกี้
- 4) ประเภทแอมเฟตามีน เช่น แอมเฟตามีน (ยาบ้า) เมทแอมเฟตามีน
- 5) ประเภทโคเคน เช่น โคเคน ใบโคคา
- 6) ประเภทกัญชา เช่น ใบกัญชา สารกัญชา
- 7) ประเภทคัต เช่น ใบคัต ใบกระท่อม
- 8) ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มทีเมสคาลีน เมล็ดมอร์นิงโกลลี ลำโพง เห็ดเมาบางชนิด 9) ประเภทอื่นๆ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำสารล้างเล็บ สารแก้ปวด บุหรี่

4. ชนิดของสารเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส. ,2555)

1) ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน (Amphetamine) มีลักษณะเป็นผลผลึกมีสีขาว มีมีกลิ่น รสขม มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีชื่อเรียกทางการค้าต่างๆ กัน เช่น เบนซิดรีนฟีนามีน แต่ในกลุ่มผู้ใช้หรือเสพนิยมเรียกกันว่า สารขยัน สารแก้ง่วง สารได้ป สารเพิ่มพลัง ผงแอมเฟตามีน 1 กรัม ละลายได้ในน้ำ 9 มิลลิลิตร และละลายได้ในแอลกอฮอล์ 500 มิลลิลิตร แต่จะไม่ละลายในอีเทอร์ ผงแอมเฟตามีน เมื่อนำมาผลิตอัดเม็ดเป็นสารแล้วจะมีลักษณะเม็ดสารหลายลักษณะ เช่น เม็ดกลมแบน รูปเหลี่ยม รูปหัวใจ หรืออาจเป็นแคปซูล มีสีต่างกันเช่น สีขาว สีน้ำตาล สีเหลือง สีน้ำตาล แต่ที่พบส่วนมากจะเป็นสีขาว เม็ดกลมแบน มีสัญลักษณ์บนเม็ดสาร เช่น รูปหัวม้า , 99 , รูปดาว ในอดีตวงการแพทย์ใช้แอมเฟตามีนรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเป็นโรคซึมเศร้า โรคหวงเหงาหาวนอน ใช้ลดความอ้วน แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะพบว่า แอมเฟตามีนจะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีหน้าที่เก็บความจำ ความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน ที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้เสพนั้น จะมีผลมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณสารเสพติด สุขภาพร่างกายผู้เสพ และเอกลักษณ์ทางเคมีของตัวสารว่ามีมากน้อยเพียงใดเป็นสำคัญ

กลุ่มผู้ใช้หรือเสพแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มวัยรุ่น การเสพสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การรับประทาน หรือการนำไปผสมในเครื่องดื่มหรือวิธีฉีดเข้าเส้น แต่วิธีที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ วิธีสูบ โดยใช้หลอดสูบเอาควันที่ได้จากการเผาไหม้เม็ดสารเข้าทางปากคล้ายวิธีสูบบุหรี่ เป็นสารเสพติดอันตรายที่ก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้เสพ และสังคมส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก การควบคุมหรือมาตรการลงโทษทางกฎหมาย ซึ่งเดิมควบคุมและเอาผิดไว้เฉพาะผู้ผลิตผู้ค้า ผู้จำหน่ายและครอบครองเท่านั้น แต่ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกำหนดให้สามารถดำเนินคดีและลงโทษผู้ที่เสพแอมเฟตามีนได้ตามกฎหมาย

ฤทธิ์ของแอมเฟตามีน จะส่งผลกระทบต่อผู้เสพ ก่อให้เกิดอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังต่อไปนี้ อาการทางกาย ผู้เสพแอมเฟตามีน ประมาณ 20-30 กรัมต่อวัน จะมีอาการเบื่ออาหาร พุดมาก ตื่นเต้นง่าย มือสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง ไม่รู้สึกง่วง เหงื่อออกมาก กลิ่นตัวแรง ปากและจมูกแห้ง หน้ามัน ทำงานได้นานกว่าปกติ รูม่านตาเบิกกว้าง สูบบุหรี่จัด ท้องเสีย มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีอาการทางจิต คือ มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นสารที่ถูกดูดซึมได้ง่าย การเสพจึงต้องเพิ่มขนาดเสมอ หากใช้หรือเสพสารติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการทางจิต เป็นโรคหวาดระแวง วิดกกังวล มีอาการประสาทหลอน บางรายเพ้อคลุ้มคลั่ง เห็นภาพหลอน และในขณะที่เกิดอาการดังกล่าวอาจทำร้ายตนเอง และผู้อื่นให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ เช่น ก่ออาชญากรรม ปล้นจี้ จับตัวประกัน หรืออุบัติเหตุทางรถยนต์ (เป็นต้น) และหากใช้ยาบ้ามากเกินไปขนาดหรือใช้ในปริมาณมากจะทำให้ตัวซีด มีไข้ ใจสั่น ความดันโลหิตสูง หายใจไม่ออก มือสั่นมาก เติ้นเซ คลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ชัก หมดสติหรือเสียชีวิตด้วย

อาการของโรคหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก นอกจากนี้ผู้เสพแอมเฟตามีนยังมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคตับอักเสบ ไตไม่ทำงาน โรคเกี่ยวกับปอด และเป็นโรคติดเชื้ออื่นๆได้ง่าย

2) ฝิ่น (Opium) เป็นสารเสพติดจากธรรมชาติที่ได้จากสารของผลฝิ่น มีลักษณะเป็นสารเหนียว สีน้ำตาลไหม้หรือดำ มีกลิ่นเหม็นเขียว และรสขมเรียกว่า ฝิ่นดิบ ส่วนที่นำมาสูบเรียกว่าฝิ่นสุก ฝิ่นสุกมาจากการนำฝิ่นดิบไปต้มหรือเคี่ยวจนสุก เสร็จด้วยวิธีกินและสูบ สามารถนำไปสกัดเป็นมอร์ฟีน สำหรับบรรเทาอาการเจ็บปวด แต่มอร์ฟีนจัดเป็นสารเสพติดเช่นกัน ฝิ่นมีสารอินทรีย์ที่เป็นอัลคาลอยด์ที่ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ง่วงซึม มึนเมา จิตใจเลื่องลอย ความคิดเชื่องช้า ผลกระทบต่อผู้เสพ ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก รู้สึกคันตามตัว ฟันผุ ความดันโลหิตสูง เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หากใช้เกินขนาดจะหายใจไม่ออก หหมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด อาการเหล่านี้จะเกิดเร็ว และมากขึ้นเมื่อมีการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารกล่อมประสาทร่วมด้วย

3. กระต่อม (Mitragynaspeciosakorth) เป็นพืชยืนต้นขนาดกลางสูง 10-15 เมตร ส่วนที่นำมาเสพคือใบ โดยการสูบ เคี้ยวและขงดื่ม ผู้เสพบางส่วนนำใบมาต้มน้ำ ผสมกับสารอื่นเพื่อดื่ม โดยมีชื่อเรียกต่างๆ เช่น สี่คุณร้อยหรือแปดคุณร้อย เป็นต้น สารสำคัญที่พบในใบกระต่อม คือ ไมตราเจนิน ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้รู้สึกชา กดความรู้สึกเมื่อยล้า และทนต่อความร้อนมากขึ้น ทำให้มีผู้ที่ใช้ใบกระต่อมเพื่อทำให้ทำงานกลางแจ้งได้ทนนาน ผลกระทบต่อผู้เสพ ถ้าเสพปริมาณไม่มากจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท แต่หากเสพปริมาณมากจะออกฤทธิ์กดประสาท การเสพใบกระต่อมมากๆ หรือเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเม็ดสีจะทำให้ผู้เสพผิวคล้ำขึ้น

4. กัญชา (Cannabis, Marijuana) เป็นพืชล้มลุกใบจะแยกเป็น 5-8 แฉก ส่วนที่นำมาเสพได้แก่ กิ่ง ก้าน ใบ ยอดช่อดอก โดยนำมาตากหรืออบแห้ง แล้วบดหรือหั่นเป็นผงสารบๆ นำมายัดไส้บุหรี สูบด้วยบ้องกัญชา เคี้ยวหรือผสมในอาหารรับประทาน พบในลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่งหรือก้อน และน้ำมันกัญชา กัญชามีสารสำคัญคือ เตตราไฮโครแคนนาบินอล โดยเบื้องต้นจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ผู้เสพตื่นเต้น ช่างพูดและหัวเราะตลอดเวลา ต่อมาจะกดประสาททำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายมึนเมาเหล้าอย่างอ่อนๆ เชื่องซึม และง่วงนอน หากเสพเข้าไปในปริมาณมากๆ จะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำลายระบบภูมิคุ้มกันต่อร่างกายทำให้อ่อนแอ ติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย ทำลายระบบทางเดินหายใจ หหมดสมรรถภาพทางเพศ ทำร้ายทารกในครรภ์ ทำลายสมอง สูญเสียความทรงจำ ทำให้ความจำเสื่อม เกิดความสับสน วิดกกังวล และหากผู้เสพเป็นผู้มีอาการของโรคจิตเภทหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจะเกิดจากอาการรุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป และทำลายสุขภาพจิต ฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้ผู้เสพมีอาการเลื่องลอย ความคิดสับสน และมีอาการประสาทหลอนจนควบคุมตนเอง

ไม่ได้ ซึ่งถ้าเสพเป็นระยะเวลาสั้น จะทำให้มีอาการจิตเสื่อม เกิดภาวะทางจิต คือ การหมดแรงจูงใจของชีวิต และการทำงานเป็นอย่างมาก

5. สารไอซ์ (Methamphetamine hydrochloride) เป็นสารเสพติดในกลุ่มที่มีส่วนผสมของสารเคมีประเภทแอมเฟตามีนเช่นเดียวกับยาบ้า แต่อยู่ในรูปของผลึกใส จึงมีสารปนเปื้อนน้อยมาก มักประกอบด้วย เมทแอมเฟตามีนร้อยละ 60-98 ทำให้พิษร้ายของแอมเฟตามีนสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างรุนแรง เช่นเดียวกับยาบ้า แต่จะรุนแรงและทำลายระบบต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและระบบประสาทได้รวดเร็ว และรุนแรงกว่า มักมีบาดแผลตามร่างกายและใบหน้า ดูทรุดโทรมแก่กว่าวัย เป็นโรคในช่องปาก ฟันผุกลายเป็นสีดำโยกเก และหลุด ซึ่งมักให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ อาจส่งผลให้หัวใจวายเฉียบพลัน เสียชีวิตได้ ด้านจิตใจจะเกิดความเปลี่ยนแปลง หุนหัน หงุดหงิด กระทบกระชวย หวาดระแวง สับสน ซึมเศร้าอย่างรุนแรง เกิดอาการทางจิต มีอารมณ์รุนแรงก้าวร้าว มีแนวโน้มใช้ความรุนแรง

6. เฮโรอีน (Heroin) เป็นสารสังเคราะห์ทางเคมีระหว่างมอร์ฟีนกับสารเคมีบางชนิด เช่น อาเซตินแอนไฮไดรด์ ลักษณะผงเป็นสีขาว สีน้ำตาล สีครีม รสข้ม ไม่มีกลิ่น ออกฤทธิ์กดประสาท แต่แรงกว่ามอร์ฟีน 4-8 เท่าแรงกว่าฝิ่น 30-90 เท่า เสพโดยการละลายน้ำแล้วฉีดเข้าร่างกายหรือผสมบุหรี่ยสูบ ผลกระทบต่อผู้เสพจะทำให้มีอาการหนาว น้ำมูกไหล น้ำตาไหล เหงื่อออกมากกว่าปกติ ขนลุก ท้องเสีย อาเจียน ปวดมวนท้องมาก อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ปวดตามข้อ ปวดสันหลัง ปวดบั้นเอว ปวดหัวรุนแรง ความจำเสื่อม หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน มึนงง ไม่มีความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปอดอักเสบ โรคปอดบวม หายใจช้ากว่าปกติ ถ้าใช้ในปริมาณมากอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ เกิดการติดเชื้อของเยื่อหุ้มหัวใจและเส้นหัวใจ หลอดเลือดดำยุบตัว ความดันโลหิตสูง ทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรค ผิวหนังเป็นแผลพุพอง ติดเชื้อวัณโรค ติดเชื้อโรคตับอักเสบ ผู้เสพติดเฮโรอีนที่ติดเชื้อเอชไอวี ก็จะเป็นผู้แพร่เชื้อเอชไอวี เนื่องจากการจับกลุ่มใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

7. สารระเหย เป็นสารที่ได้จากการสกัดน้ำมันปิโตรเลียม ลักษณะเป็นของเหลวที่ระเหยได้ง่ายและรวดเร็วในอากาศ ส่วนมากใสไม่มีสี ไม่มีตะกอน มีกลิ่นเฉพาะตัว มีสารประกอบสำคัญ คือ โทลูอีน พบในกาว แล็กเกอร์ ทินเนอร์ น้ำมันเบนซิน สารล้างเล็บ น้ำมันผสมสี น้ำมันก๊าด สีกระป๋องสำหรับพ่น เป็นต้น เนื่องจากคุณสมบัติที่ระเหยได้ง่ายในอากาศ วิธีเสพจึงทำโดยการสูดดม เช่น ชุบสำลีสูดดมหรือใส่ถุงพลาสติกเพื่อสูดดมเอาไอระเหยในถุง โดยจะออกฤทธิ์กดประสาท ผลกระทบต่อผู้เสพ มีอาการมึนงงคล้ายคนเมาสุรา พูดจาอ้อแอ้ ไม่ชัด น้ำลายไหลออกมามาก กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ทำให้มือสั่น แขนขาสั่น และขสหายไปจนสิ้นทั้งตัว ระยะยาวเกิดการระคายเคืองเยื่อภายในจมูกและปาก เลือดออกทางจมูก ปวด หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ เจ็บ



หน้าอก การทำงานของตับและไตล้มเหลว ไช้กระดูกเสื่อมทำให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ร้ายแรงที่สุดคือ ทำลายเซลล์สมองทำให้เกิดโรคสมองฝ่อ

8. สารเคตามีน หรือที่รู้จักกันในหมู่ผู้ใช้สารเสพติดว่า สารเค กระทรวงสาธารณสุขของไทยควบคุมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 เคตามีนเป็นสารที่ใช้ในทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นสารสลบหรือนำสลบ โดยใช้ในรูปสารฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ ซึ่งออกฤทธิ์เร็ว มีสูตรคล้าย LSD และมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา คือ มีฤทธิ์ระงับปวด ทำให้สลบ หลับ ไม่เคลื่อนไหว สูญเสียความทรงจำ ไม่เจ็บปวด สารเคตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ความดันโลหิต และอัตราการเพิ่มหัวใจอาจเพิ่มเล็กน้อย ถ้าให้ทางหลอดเลือดดำจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น กดการหายใจเล็กน้อย ไม่ควรใช้ในคนที่เป็นโรคจิตหรือโรคความดันโลหิตสูง ในปัจจุบันได้มีผู้นำเคตามีนไปใช้ในทางที่ผิดเพื่อหวังฤทธิ์ในการหลอนประสาท โดยนำเคตามีนชนิดฉีดมาทำให้แห้งเหลือแต่ตะกอนสีขาว แล้วเสพโดยการสูดดมหรือสูบควัน ซึ่หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคจิตได้ การเสพยาเคตามีนเป็นเวลานานจะทำให้ผู้เสพ ทนต่อฤทธิ์สาร ทำให้ต้องใช้ในปริมาณที่มากขึ้นถึงจะออกฤทธิ์เท่าเดิม ทำให้เกิดอันตรายได้ เพราะการใช้เคตามีนในปริมาณที่สูง จะทำให้เกิดอาการอาเจียน ชัก สมอง และกล้ามเนื้อขาดออกซิเจนได้ การใช้สารเคตามีนในขนาด 1 กรัม อาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้การใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้ติดสารทั้งทางร่างกายและจิตใจ

แม้รัฐบาลจะประกาศสงครามกับสารเสพติดก็ตาม ก็ไม่ได้หมายความว่า การป้องกัน การปราบปรามสารเสพติดจะเป็นหน้าที่ของรัฐบาลเท่านั้น การแก้ไขปัญหาสารเสพติดเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายที่จะต้องร่วมมือกัน(ทัชมาวรรณ ดิประเสริฐ,2557) มาตรการหนึ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดคือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แม้จะเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุก็ตาม แต่การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดก็ถือได้ว่ามีส่วนในการลดความต้องการ หรืออุปสงค์ของสารเสพติดทางหนึ่ง

รัฐบาลตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาสารเสพติด และกำหนดให้การป้องกันปัญหาสารเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยกำหนดให้มีแผนงานด้านแก้ไขปัญหายู๋เสพยา ผู้ติดยาเสพติด ใช้แนวทางสร้างความรัก ความเมตตา ความห่วงใย ให้โอกาสผู้เสพยากลับเป็นคนดี ยึดหลักผู้เสพยาคือผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาให้กลับมาเป็นคนดีของสังคม โดยเฉพาะสังคมครอบครัว และส่งเสริมอาชีพให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษา (ศูนย์อำนวยการแผ่นดินอาชนะสารเสพติดแห่งชาติ, 2554)และรัฐบาลกำหนดให้ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขโดยการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และจัดการปัญหาอื่นๆ ที่เชื่อมโยงต่อเนื่องให้เบ็ดเสร็จ ให้ทุกส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ดำเนินการ ดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ผ่านกลไก ประชาธิปไตย (ประชาชน เอกชน ราชการ)

2) ดำเนินการบนหลักการเชิงรุก 3) ผู้ปฏิบัติทุกระดับในสังกัดเข้าใจปัญหาที่แท้จริงและลงพื้นที่เป็นระยะ 4) มิให้เกิดความขัดแย้งในการดำเนินงานของรัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาและการบังคับใช้กฎหมาย 5) ติดตาม ประเมินผล และรายงานความคืบหน้าในการทำงานเป็นระยะ 6) การบูรณาการการทำงานทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ 7) ทุกส่วนราชการทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ดำเนินการบนหลักความมีเอกภาพ 8) การดำเนินการต้องมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีความชัดเจน 9) การบังคับใช้กฎหมายต้องมีการบูรณาการ มิใช่ต่างถือกฎหมายของตนเองเป็นหลัก (ประยุทธ์ จันทร์โอชา, 2561)

## 2. การติดสารเสพติด

### 2.1 ความหมายและสาเหตุของการติดสารเสพติด

สารเสพติดในคำจำกัดความตาม พ.ร.บ. สารเสพติด พ.ศ. 2522 หมายความว่า เป็นสารหรือหรือวัตถุใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือวิธีใดๆ ก็ตาม แล้วก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) มีความต้องการเสพสารนั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ 2) ต้องเพิ่มขนาดของสารที่เสพให้มากขึ้น 3) เมื่อหยุดสารจะมีอาการขาดสาร 4) สุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพสารนั้น

#### สาเหตุของการติดสารเสพติด

การติดสารเสพติดมีสาเหตุที่สัมพันธ์กับ 3 ปัจจัย คือ

1) จากฤทธิ์ของสารหรือสารนั้น (Agent) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททำให้เกิดการติดเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน ฉีด สูบ หรือดมติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง

2) จากตัวผู้เสพเอง (Host) เช่น สภาพการเจ็บป่วยของร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยสารระงับอาการปวดที่เป็นอนุพันธ์ของฝิ่น การมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มจะใช้สารเสพติดอยู่แล้ว เช่น ผู้มีบุคลิกภาพอ่อนแอ ผู้มีสติปัญญา อารมณ์ และร่างกายไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยโรคจิตประสาท นอกจากนี้กลุ่มวัยรุ่นยังเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากที่สุด เนื่องจากเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง และเชื่อฟังคำชักจูงของเพื่อนได้ง่าย

3) สิ่งแวดล้อม (Environment) ที่ผลักดันให้ติดสารเสพติด เช่น ขาดความอบอุ่นภายในบ้านสถานที่อยู่อาศัยที่เต็มไปด้วยสารเสพติด การประสบปัญหาชีวิตหรือฐานะทางเศรษฐกิจตกต่ำไม่สามารถหาทางออกได้ต้องไปพึ่งพาสารเสพติด

### 2.2 ลักษณะของผู้ติดสารเสพติด

ลักษณะของผู้ติดสารเสพติด



- 1) ด้านร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม ผอมซูบซีด น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำงานหนัก ริมฝีปากเขียวช้ำ แห้ง แตก ใบหน้าดำคล้ำ น้ำมูก น้ำตาไหล เหงื่อออกมาก
- 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย หรือก้าวร้าว รู้สึกไม่ปลอดภัย หวาดระแวง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยกล้าสบตาผู้อื่น
- 3) ด้านพฤติกรรม มักใช้จ่ายสิ้นเปลืองมากกว่าปกติ มักพูดโกหก ลักขโมย เกียจคร้าน ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจการเรียน แต่งกายไม่สะอาด

### 2.3 การวินิจฉัยการติดสารเสพติด

หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยการติดสารเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ระบบคือ ICD-10 และระบบ DSM-IV ซึ่งการวินิจฉัยในระบบ ICD-10 จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก และระบบ DSM-IV จัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งปัจจุบันมีฉบับที่ 4 ปรับปรุง (DSM IV-TR) (พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตรคม, และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล, 2549) ในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับระบบ ICD-10 และระบบ DSM-IV โดยใช้ประกอบกันทั้ง 2 ระบบ

### 2.4 ระยะเวลาการติดสารเสพติดและการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด

#### ระยะเวลาการติดสารเสพติด

สามารถแบ่งระยะเวลาการเสพติดและการติดสารเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (วิโรจน์ วีรชัย, 2544)

- 1) ระยะเริ่มต้นลอง ระยะแรกนี้ผู้ลองเสพยาอาจเสพนานๆ ครั้ง เช่น งานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ ผู้ที่ลองเสพยาไม่รู้ถึงผลเสีย แต่รู้สึกว่าการนั้นมีประโยชน์ทำให้เกิดความพอใจ ลดความทุกข์ ความกังวลใจ การเสพยาในระยะสั้นรู้สึกมีพลัง มีความมั่นใจ สามารถทำงานได้มากขึ้น ระยะนี้ตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากเสพมีน้อย สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ
- 2) ระยะเสพต่อเนื่อง ระยะนี้ผู้เสพเริ่มเสพบ่อยขึ้น อาจจะทุกเดือนหรือทุกสัปดาห์ ทำให้สมองถูกวางเงื่อนไขเพิ่มขึ้น ซึ่งเพียงคิดถึงตัวกระตุ้น ได้แก่ สถานที่เสพ ผู้เสพด้วยกัน และสิ่งของที่ใช้ในการเสพ ร่างกายก็เริ่มมีปฏิกิริยาการทำให้เกิดความอยากสารที่จะหาสารหรือสารเสพติดมาเสพ ระยะนี้ผู้เสพเริ่มคิดถึงสารหรือสารเสพติดมากขึ้นบ่อยขึ้น แต่ยังสามารถคิดหรือตัดสินใจได้ว่าจะเสพหรือไม่
- 3) ระยะหมกมุ่นใช้สาร เป็นระยะที่เสพสารเป็นประจำทุกวัน หรือวันละหลายๆ ครั้ง แม้จะรู้ว่าเกิดผลเสียแต่ก็ยังบังคับใจตนเองไม่ได้ เพราะสมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือกว่าสมองส่วนเหตุผล ยอมสูญเสียทุกอย่างเพื่อให้ได้สารมาเสพติด พุดจาโกหก ขาดความเชื่อถือจากครอบครัว สุขภาพทรุดโทรม มีอารมณ์เศร้า หวาดระแวง การเลิกสารเสพติดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และมีความสารถลำบากอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้เลิกสารเสพติดเองต้องเผชิญกับอุปสรรคในระยะเวลาต่างๆ ของการเลิกสาร ซึ่งในแต่ละระยะที่ผู้เลิกสารเสพติดไม่สามารถฝ่าอุปสรรคนั้นไปได้ ก็มีโอกาสดูกลับไปเสพซ้ำตลอดเวลา ในระยะการเลิกสารเสพติดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

### 1. ระยะเวลาขาดสาร (withdrawal stage)

ระยะนี้ผู้เลิกสารเสพติดมักต้องเผชิญกับอาการขาดสาร (withdrawal symptom) ซึ่งพบในระยะแรกของการหยุดเสพ (ประมาณ 3-1 วันหลังหยุดเสพ) อาการของการขาดสารนี้จะมีอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกายจิตใจที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับชนิด และขนาด ของสารเสพติด โดยทั่วไปจะมีอาการทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ ได้แก่ อาการง่วงเพลีย หาวบ่อย น้ำตาไหล ขนลุก ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย โกรธง่าย เป็นต้น และในบางรายจะมีอาการทางจิตร่วมด้วย ได้แก่ รู้สึกหตุหู่ ซึมเศร้า อาจถึงคิดฆ่าตัวตายได้ และหากมีอาการมากอาจชักและเสียชีวิตได้ ผู้ที่มีอาการขาดสารที่รุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### 2. ระยะเวลาหยุดเสพช่วงแรก (honeymoon stage)

ภายหลังหยุดเสพในระยะ 1-4 สัปดาห์แรก ผู้เลิกสารเสพติดจะมีความรู้สึกที่สภาวะร่างกายแข็งแรงขึ้น อยากรู้อารมณ์ดี มีพลังเพิ่มขึ้น ทำให้ในระยะนี้ผู้เลิกสารเสพติดรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสารเสพติดได้แล้ว และมักจะทดสอบตนเองโดยการเสพสารเสพติดและต่อต้านตารางกิจกรรมที่กำหนดขึ้น จึงทำให้ขาดระเบียบและโครงสร้างชีวิตประจำวัน และก้าวเข้าสู่วงเวียนการติดสารเสพติดเดิม

### 3. ระยะเวลาอุปสรรค (the wall stage) แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

- ช่วงสัปดาห์ที่ 4-8 หลังการหยุดเสพยา ในช่วงเวลานี้ผู้เลิกสารเสพติดมักต้องเผชิญกับอาการอยากสาร (Craving) ซึ่งเกิดจากฉนวนทั้งภายนอก (สิ่งแวดล้อม) และฉนวนภายใน (อารมณ์ความรู้สึก) ซึ่งตัวฉนวนนี้เป็นสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่ความคิดถึงสารเสพติด ทำให้เกิดอาการอยากสาร และกลับไปเสพยาในที่สุด

- ช่วงสัปดาห์ที่ 8-20 หลังการหยุดเสพยา ในช่วงนี้ผู้เลิกสารเสพติดจะมีความรู้สึกที่มั่นใจลดลง รู้สึกหมดพลัง ไม่มีสมาธิ อยู่ไม่สุข อารมณ์แปรปรวน บางรายเบื่อหน่าย และอยากสารกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีกครั้ง

ดังนั้นการให้การดูแลระยะฝ่าอุปสรรคนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยต้องเตรียมผู้เลิกสารทุกคนว่ามักจะต้องประสบกับปัญหาของการฝ่าอุปสรรคเหล่านี้ หากสามารถฝ่าไปได้ จะทำให้เลิกสารเสพติดได้สำเร็จ ซึ่งวิธีทางที่จำทำให้ผู้เลิกสารเสพติดผ่านระยะนี้ไปได้โดยการฝึกให้มีสติ รู้เท่าทันความคิดถึงสารเสพติดร่วมกับต้องการสารหลีกเลี่ยงตัวฉนวนที่จะชักนำให้กลับไปเสพยาได้อีก

### 4. ระยะเวลาปรับตัว (resolution stage)

ระยะปรับตัวนี้ เป็นระยะหลังจากหยุดใช้สารเสพติดตั้งแต่ 20 สัปดาห์เป็นต้นไป ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายที่ผู้เลิกสารเสพติดจะพบกับอุปสรรค ผู้เลิกสารเสพติดจะคิดว่าตนเองสามารถเลิกสารได้สำเร็จ และขอโอกาสเหมือนคนอื่นๆทั่วไปที่จะเสพยาเป็นครั้งคราว คบเพื่อนที่เป็นใครก็ได้

แม้แต่เพื่อนที่ติดสารเสพติดให้การช่วยเหลือในระยะนี้จึงเน้นที่การจัดสมดุลการดำเนินชีวิตด้วยตารางกิจกรรมของตนเอง ทั้งกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมของครอบครัวและเพื่อนฝูง การใช้เวลาว่าง การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น และต้องคอยตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองอย่างสม่ำเสมอให้รู้เท่าทันและไม่กลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดอีก

### การบำบัดรักษาการติดสารเสพติด

การเลิกสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพจะต้องให้การบำบัดทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และอาชีพ เพื่อให้ผู้เลิกสารเสพติดนั้น เลิกจากการเสพยา และสามารถดำรงชีวิตในสังคมเดิมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาสารเสพติด (สำนักงานป้องกันและปราบปรามสารเสพติด, 2548)

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ระบบต้องโทษและระบบสมัครใจ การบำบัดในระบบต้องโทษเป็นการบำบัดผู้ติดสารเสพติดที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดีสารเสพติด ส่วนการบำบัดในระบบสมัครใจเป็นการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดด้วยความสมัครใจ ซึ่งการบำบัดรักษาทั้งสองระบบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเลิกจากการเสพยาได้ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมเดิมต่อไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพาสารเสพติดอีกต่อไป การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสารเสพติดในระบบสมัครใจมี 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาสารเสพติดที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการบำบัดรักษา
2. ขั้นบำบัดด้วยสาร เป็นการรักษาทางสารเพื่อทดแทนสารหรือสารเสพติดเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากการขาดสารเสพติด หรือเรียกว่า การถอนพิษสาร (detoxification) ซึ่งขั้นตอนนี้จะเน้นให้การดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ญาติและผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น กิจกรรมเสริมความรู้ การให้สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด กีฬาบำบัด และการจัดกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ฟังเทศน์ ฝึกสมาธิ
3. ขั้นฟื้นฟูสภาพ เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นให้ผู้ติดสารเสพติดฝึกการคิดแบบใช้เหตุผล ให้มีปัญญารู้เท่าทันสิ่งชักนำให้กลับไปเสพยาอีก และฝึกการจัดการสมดุลการดำเนินชีวิตด้วยตารางกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมครอบครัวและเพื่อนฝูง การใช้เวลาว่าง การพักผ่อนนอนหลับและการแสวงหากิจกรรมที่ช่วยเลิกสารเสพติด ขั้นตอนนี้จะช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความสามารถในการทำงาน แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ยอมรับและเข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่พึ่งพาสารเสพติดอีกต่อไป
4. ขั้นติดตามการรักษาเป็นขั้นตอนที่ช่วย ปรึกษา ปรึกษาและส่งเสริมกำลังใจแนะแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม ขั้นตอนการติดตามการรักษานี้

มีระยะเวลา 1 ปี เห็นได้ว่า ขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสำคัญยิ่งต่อการบำบัดรักษาสารเสพติด เนื่องจากเป็นการมุ่งเน้นพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดปรับเปลี่ยนความคิด ค่านิยม และพฤติกรรม ตลอดจนพัฒนาผู้ติดยาเสพติดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีภูมิคุ้มกันและไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีน

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน (Amphetamine) มีลักษณะเป็นผลผลึกมีสีขาว มีมีกลิ่นรสขม มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีชื่อเรียกทางการค้าต่างๆกัน เช่น เบนซีตรีน ฟินามีน แต่ในกลุ่มผู้ใช้หรือเสพยาเรียกกันว่า สารขยัน สารแก้ง่วง สารโด้ป สารเพิ่มพลัง ผงแอมเฟตามีน 1 กรัม ละลายได้ในน้ำ 9 มิลลิลิตร และละลายได้ในแอลกอฮอล์ 500 มิลลิลิตร แต่จะไม่ละลายในอีเทอร์ ผงแอมเฟตามีน เมื่อนำมาผลิตอัดเม็ดเป็นสารแล้วจะมีลักษณะเม็ดสารหลายลักษณะ เช่น เม็ดกลมแบน รูปเหลี่ยม รูปหัวใจ หรืออาจเป็นแคปซูล มีสีต่างกันเช่น สีขาว สีน้ำตาล สีเหลือง สีน้ำตาล แต่ที่พบส่วนมากจะเป็นสีขาว เม็ดกลมแบน มีสัญลักษณ์บนเม็ดสาร เช่น รูปหัวม้า, 99, รูปดาว ในอดีตวงการแพทย์ใช้แอมเฟตามีนรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเป็นโรคซึมเศร้า โรคหวัด หาวนอน ใช้ลดความอ้วน แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะพบว่า แอมเฟตามีนจะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีหน้าที่เก็บความจำ ความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน ที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้เสพนั้น จะมีผลมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณสารเสพติด สุขภาพร่างกายผู้เสพ และเอกลักษณ์ทางเคมีของตัวสารว่ามีมากน้อยเพียงใดเป็นสำคัญ

กลุ่มผู้ใช้หรือเสพยาแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มวัยรุ่น การเสพยาสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การรับประทาน หรือการนำไปผสมในเครื่องดื่มหรือวิธีฉีดเข้าเส้น แต่วิธีที่นิยมมากที่สุด ได้แก่ วิธีสูบ โดยใช้หลอดสูบเอาควันที่ได้จากการเผาไหม้เม็ดสารเข้าทางปากคล้ายวิธีสูบบุหรี่ เป็นสารเสพติดอันตรายที่ก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้เสพ และสังคมส่วนใหญ่มาก การควบคุมหรือมาตรการลงโทษทางกฎหมาย ซึ่งเดิมควบคุมและเอาผิดไว้เฉพาะผู้ผลิตผู้ค้า ผู้จำหน่ายและครอบครองเท่านั้น แต่ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกำหนดให้สามารถดำเนินคดีและลงโทษผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีนได้ตามกฎหมาย

ฤทธิ์ของแอมเฟตามีน จะส่งผลกระทบต่อผู้เสพ ก่อให้เกิดอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังต่อไปนี้ อาการทางกาย ผู้เสพยาแอมเฟตามีน ประมาณ 20-30 กรัมต่อวัน จะมีอาการเบื่ออาหาร พุดมาก ตื่นเต้นง่าย มือสั่น คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง ไม้รู้สึกง่วง เหงื่อออกมาก กลิ่นตัวแรง ปากและจมูกแห้ง หน้ามัน ทำงานได้นานกว่าปกติ รูม่านตาเบิกกว้าง สูบบุหรี่จัด ท้องเสีย มีอารมณ์

หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีอาการทางจิต คือ มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นสารที่ถูกดูดซึมได้ง่าย การเสพจึงต้องเพิ่มขนาดเสมอ หากใช้หรือเสพสารติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการทางจิต เป็นโรคหวาดระแวง วิดกกังวล มีอาการประสาทหลอน บางรายเพื่อคลุ้มคลั่ง เห็นภาพหลอน และในขณะที่เกิดอาการดังกล่าวอาจทำร้ายตนเอง และผู้อื่นให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ เช่น ก่ออาชญากรรม ปล้นจี้ จับตัวประกัน หรืออุบัติเหตุทางรถยนต์ (เป็นต้น) และหากใช้ยาบ้ามากเกินไปขนาดหรือใช้ในปริมาณมากจะทำให้ตัวซีด มีไข้ ใจสั่น ความดันโลหิตสูง หายใจไม่ออก มือสั่นมาก เดินเซ คลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ชัก หมดสติหรือเสียชีวิตด้วยอาการของโรคหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก นอกจากนี้ผู้เสพแอมเฟตามีนยังมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคตับอักเสบ ไตไม่ทำงาน โรคเกี่ยวกับปอด และเป็นโรคติดเชื้ออื่นๆได้ง่าย

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2533 ได้ให้ความหมายว่า เด็ก หมายถึง บุคคลอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ เยาวชน หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 15 ปีบริบูรณ์แต่ยังไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ จากความหมายดังกล่าวข้างต้น เด็กและเยาวชนจึงหมายถึง บุคคลที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ซึ่งจากช่วงอายุดังกล่าว จัดอยู่ในช่วงระยะพัฒนาการวัยรุ่น

วัยรุ่นตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO,2002) ให้ความหมายว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาทางด้านร่างกาย ตั้งแต่เริ่มเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ พัฒนาด้านจิตใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยจากจากพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพ และมีรายได้ของตนเอง โดยกำหนดช่วงอายุ 10-19 ปี วัยรุ่นมีการแบ่งช่วงอายุวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงอายุ คือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งในการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไม่แตกต่างกันมาก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มวัยรุ่น ตอนกลาง คือมีอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงต่อระหว่างวัยเด็กและผู้ใหญ่ เป็นช่วงระยะเวลาที่มีปัญหาด้านอารมณ์และมีการใช้สารเสพติดมาก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นช่วงระยะเวลาที่อัตราการเจริญเติบโตของร่างกาย และอวัยวะต่างๆ เริ่มลดลง การเจริญเติบโตของร่างกายจะมีความสมบูรณ์เกือบเท่าผู้ใหญ่ มีความพร้อมทางด้านร่างกายเข้าสู่ระยะการเจริญพันธุ์ วัยรุ่นช่วงนี้มีการเรียนรู้และทดลองกิจกรรมในเรื่องเพศสัมพันธ์มากขึ้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแนะนำหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสังคมและสุขภาพต่างๆ ตามมา เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้องออกจากสถาบันการศึกษา ฯลฯ



การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ มีความตื่นเต้น วิตกกังวล สงสัยต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ลดลง พอใจ และยอมรับในการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้ความเวลาในการดูแลตนเอง รูปร่างหน้าตา มักจะแต่งตัวแปลกๆ และเหมือนกับกลุ่มเพื่อน เพื่อให้ได้รับความสนใจ วัยรุ่นตอนกลางเป็นช่วงที่มีความรุนแรงทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ค่อนข้างมาก ต้องการอิสระ ต้องการทดลองเรียนรู้ ไม่ชอบให้บังคับ ฝ่าฝืนกฎระเบียบ ความรู้สึกอ่อนไหว และโรแมนติก ในวัยรุ่นตอนกลางถึงแม้จะมีความคิดมีเหตุผลมากกว่าเดิม แต่เมื่อพบปัญหาต่างๆ หรือการพัฒนาในด้านต่างๆ ก็ถดถอยเหมือนวัยรุ่นตอนต้น จากการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ วุฒิภาวะที่ไม่พร้อมดังกล่าว อาจถูกชักนำให้เด็กและเยาวชนใช้สารเสพติดได้ (นิตสาร ไทสารภิมรณ, 2555)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัยรุ่นจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน มีเพื่อนที่สนิท ขณะเดียวกันก็เป็นช่วงระยะเวลาที่มีความขัดแย้งกับผู้ปกครอง/พ่อแม่มากที่สุด จะให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว พ่อแม่ลดน้อยลง วัยรุ่นจะมีการทำกิจกรรมกับเพื่อนมากขึ้น ต้องการการยอมรับจากเพื่อน โดยบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงความถูกต้องหรือเหมาะสม เพียงแต่ต้องการการยอมรับจากเพื่อนๆ ในกลุ่มเดียวกัน ถ้าได้เพื่อนดีชักชวนการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางสร้างสรรค์ วัยรุ่นก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาต่างๆ ค่อนข้างน้อย แต่ในทางตรงกันข้าม หากมีการคบเพื่อนไม่เหมาะสม เกเร ไม่รับผิดชอบ ไม่สนใจการเรียน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด ขาดการไตร่ตรอง ก็จะชักนำให้กลุ่มเพื่อนเดียวกันมีพฤติกรรมเสี่ยงนำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ นอกจากนี้ วัยรุ่นจะมีกิจกรรม และความสัมพันธ์ใกล้ชิดจนนำไปสู่การมีความสัมพันธ์แบบชู้สาวและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้

โดยสรุป วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นระยะวัยรุ่นตอนกลาง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ เป็นอย่างมาก ในวัยนี้กลุ่มเพื่อนมีบทบาท และมีความสำคัญค่อนข้างมาก หากมีการคบเพื่อนไม่เหมาะสม ขาดการไตร่ตรอง จะชักนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ หรือการใช้สารเสพติดได้

### 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดแอมเฟตามีนในวัยรุ่น

การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านตัววัยรุ่นเอง เช่น เพศ การมีบุคลิกภาพแบบหัวนั้ไหว อ่อนแอ เก็บตัว บุคลิกภาพชอบทำท่าย ขาดแรงจูงใจ ขาดเป้าหมายในชีวิต การมีเหตุผลเชิงจริยธรรมต่ำ มีความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อมทางสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชน กระแสสื่อและเทคโนโลยี 3) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ครอบครัวที่ขาดการมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผู้ปกครองคาดหวังต่อสมาชิกในครอบครัวสูงเกินไป สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด แบบแผนการเลี้ยงดูของครอบครัว

ครอบครัวที่ใช้อำนาจ ใช้ความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพแบบห่างเหิน ซึ่งปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น มีรายละเอียด ดังนี้

1. รูปแบบครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบ ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกและสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวก็จะส่งผลซึ่งกันและกันในครอบครัว รูปแบบครอบครัวอาจแบ่งได้หลายรูปแบบตามลักษณะโครงสร้างของครอบครัว หรือลักษณะเชิงวัฒนธรรม เช่น ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวบุญธรรม ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเดี่ยว ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ รูปแบบครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด เนื่องจากรูปแบบครอบครัวจะเป็นตัวกำหนดให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความสมบูรณ์หรือความไม่สมบูรณ์ของครอบครัวส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกในเชิงลบหรือเชิงบวก ทำให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติด รูปแบบครอบครัวที่มีปัญหาจะผลักดันวัยรุ่นไปสู่การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะครอบครัวที่แตกแยก รูปแบบครอบครัวที่แตกแยกกันส่งผลต่อความสุขของครอบครัวแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ วัยรุ่นจะรับรู้ว่าเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ เป็นครอบครัวที่มีความสุขได้รับการเติมเต็มด้านอารมณ์ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกอบอุ่น ไม่มีความทุกข์ใจ จึงมีโอกาสไปใช้สารเสพติดได้น้อย แต่ในครอบครัวที่มีพ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยงจัดว่าเป็นครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง จะเป็นครอบครัวที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ทั้งแม่เลี้ยงแม่เลี้ยงหรือสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากการแต่งงานใหม่เป็นการรวมตัวของครอบครัวสองครอบครัว ต่างฝ่ายต่างมีภูมิหลังทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดกดดันจากการที่พ่อแม่หย่าขาดการกัน อาจลงโทษว่าเป็นความผิดของตน อาจเรียกร้องความสนใจโดยเฉพาะเมื่อพ่อหรือแม่ของตนมีลูกใหม่ ทำให้วัยรุ่นน้อยใจคิดว่าตนหมดความสำคัญ อาจแสดงกิริยารุนแรงโดยออกจากบ้าน หนีไปคบเพื่อนนอกบ้านหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น มีพฤติกรรมเกเร เที่ยวเตร่ ใช้สารเสพติด (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2554)

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นกิจกรรมที่สมาชิกของครอบครัวควรปฏิบัติเพื่อรักษาสมดุล ความสุขของครอบครัว การทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ แมคมสเตอร์ (Mcmaister model of family function หรือ MMFF) แบ่งการหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ครอบครัวดำเนินไปได้ และปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านวัตถุและด้านอารมณ์

2. การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในครอบครัวเน้นการสื่อสารที่ใช้คำพูดมากกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ครอบครัวที่สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้



ชัดเจน ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือ อ้อมค้อม ไม่ตรงประเด็นครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ

3. บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ การประเมินการทำบทบาทครอบครัวพิจารณาจากการมอบหมายหน้าที่ตามบทบาทและการดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบบทบาท

4. การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสารถของสมาชิกที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกัน และกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณสถานการณ์ที่เหมาะสม

5. ความผูกพันต่อครอบครัว หมายถึง ระดับความผูกพัน ห่วงใย ที่สมาชิกครอบครัวมีต่อกัน และการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่า และการทุ่มเทต่อกัน

6. การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม

การทำหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด กล่าวคือ การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 6 ด้าน จะทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ สามารถปรับตัว มีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ทำให้ครอบครัวเกิดความสมดุล มีความสุข ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก วัยรุ่นจึงไม่จำเป็นต้องหันไปใช้สารเสพติด

3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นความผูกพัน ความใกล้ชิดคุ้นเคย ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกในครอบครัว มีความห่วงใยกัน รักใคร่ปรองดองกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปรับตัวเข้าหากัน การทำกิจวัตรร่วมกัน การมีส่วนร่วมในครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งความคิด ความรู้สึก การทำตามบทบาทหน้าที่ที่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัว (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2554)

4. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูเป็นการที่บิดามารดาปฏิบัติต่อเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งทางวาจาและการกระทำ ทำให้เด็กได้รับรู้ถึงความรู้สึกและการกระทำ เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้การปฏิบัติตัวในสังคม รูปแบบการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของมนุษย์ปัจจัยหนึ่ง เด็กจะเติบโตมีคุณภาพชีวิตและมีบุคลิกภาพอย่างไร จะเป็นคนดีทำประโยชน์แก่สังคมเป็นคนดีของคุณภาพ สร้างปัญหาสังคม ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูจากคนในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูจึงมีความสำคัญ การตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม หากมีการกระทำที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด ก็ส่งผลต่อครอบครัวทั้งระบบ

5. ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นความคิดหรือการแสดงออกในด้านต่างๆ ที่ไม่สามารถตกลงกันได้ ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกต่อกัน ในลักษณะของความไม่เป็นมิตร หรือความไม่ลงรอยกันหรือมีความขัดแย้งในลักษณะของการกระทำ การโต้เถียงการตำหนิติเตียน การไม่เชื่อถือ การไม่ยอมรับในเรื่องต่างๆ ได้แก่ กฎระเบียบในบ้าน การเรียนการทำกิจกรรมต่างๆ การคบเพื่อน การแต่งกาย การขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ตลอดจนการทำร้ายร่างกาย

ดังนั้น พ่อแม่ผู้ปกครอง ควรตระหนักถึงพิษภัยและโทษของสารเสพติด และช่วยกัน ค้ำคูณครอบครัว สร้างความรัก ความอบอุ่นให้กับครอบครัวเพื่อเป็นการไม่ให้เยาวชนไทยติดสารเสพติด

#### 4. รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำในวัยรุ่น

##### 4.1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)

##### 4.2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI)

MI เป็นแนวทางการให้คำปรึกษา ที่มุ่งเน้นการพูดคุยกับคนไข้ โดยแทนที่จะเป็นการให้ความรู้กับคนไข้เพียงฝ่ายเดียว ก็สลับกัน ให้คนไข้ได้มีโอกาสพูด อธิบาย เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยมีจุดประสงค์เพื่อการสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกที่ใช้สารจะเปลี่ยน ให้เกิดขึ้นภายในตัวคนไข้เอง ลักษณะการพูดคุยจะไม่ใช้การถามปัญหา แล้วอธิบายคำตอบ แต่เป็นการฟังอย่างเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ไม่ตั้งป้อมคัดค้าน ไม่จับผิด มีงานวิจัยหลายๆ งานที่นักกำหนดอาหารลองใช้แนวคิดนี้ในการให้คำปรึกษา พบว่าคนไข้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น เนื่องจากความรู้สึกต่อต้านลดลง และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

การนำทฤษฎี MI มาใช้ ต้องเข้าใจอีกแนวคิดที่เป็นรากฐานของการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เรียกว่า แนวคิด “ลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง” หรือ Stage of Change แนวคิดนี้ระบุว่า คนไข้แต่ละคนมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ความพร้อมและแรงจูงใจของคนไข้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลต่อความพร้อมและแรงจูงใจของคนไข้เป็นอย่างมาก การให้คำแนะนำในเชิงการสั่ง การคัดค้าน การจับผิด การสอน มักจะทำให้คนไข้ที่ยังไม่พร้อมเกิดการต่อต้าน แต่ในทางกลับกัน การฟังด้วยความเข้าใจ จะช่วยลดการต่อต้านจากคนไข้ได้ ดังนั้น คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาจึงควรคำนึงถึงความพร้อมและแรงจูงใจของคนไข้แต่ละคน ถึงแม้จะเป็นชุดคำแนะนำเดียวกัน จำเป็นต้องปรับลักษณะการให้คำแนะนำไปตามลักษณะของคนไข้แต่ละคน จึงจะทำให้คนไข้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด

สรุปหลักการสำคัญๆ ของ MI เพื่อการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

การให้คำปรึกษาแบบเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำปรึกษาแบบ “ให้ความรู้” หรือ “สอน” ดังนั้นก่อนจะแนะนำคนไข้ จำเป็นต้องฟังอย่างเข้าใจและ

ตั้งใจ เพื่อให้เห็นถึงปัญหาที่เป็นปัญหาเฉพาะตัวของคนไข้แต่ละคนจริงๆ และต้องประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ด้วย

ธรรมชาติของมนุษย์ จะหาเหตุผลเพื่อทำให้ตนเองไม่ต้องเปลี่ยนแปลงเสมอ ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจตรงจุดนี้ ก็จะนำไปสู่ความขัดแย้งในใจได้ เพราะคิดว่าคนไข้ไม่เชื่อฟัง ทักษะคติแบบนี้จะยิ่งทำให้คนไข้ต่อต้านมากขึ้น และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดลงถ้าคนไข้เป็นคนตระหนักได้ด้วยตนเองว่าพฤติกรรมที่ตนเองทำอยู่นั้น สมควรจะมีการเปลี่ยนแปลง คนไข้จะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากกว่า การพูดคุยในลักษณะที่เป็นการโน้มน้าวให้คนไข้ตระหนักได้ว่าควรจะเปลี่ยนแปลง โดยการมุ่งเน้นไปที่สาเหตุต้นตอของปัญหา จะมีส่วนช่วยอย่างมาก ทักษะนี้เรียกว่า change-talk หรือการพูดคุยเพื่อการเปลี่ยนแปลงการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ควรเป็นการฟังเพื่อตัดสิน หรือเพื่อจับประเด็นมาโต้เถียงกับคนไข้ เพราะจะยิ่งทำให้เกิดแรงต้าน เช่น คนไข้บอกว่า “ไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้จริงๆ ถ้าเราแสดงสีหน้าไม่เห็นด้วยทันที หรือถามกลับไปทันทีว่า “ทำไมถึงคิดว่าหยุดไม่ได้” คนไข้จะเกิดแรงต่อต้านโดยอัตโนมัติ และจะเริ่มไม่มั่นใจว่าการให้คำปรึกษาครั้งนี้จะเกิดประโยชน์ต่อเขาหรือไม่ทันทีในบางครั้งคนไข้อาจจะต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้การปรับพฤติกรรมดูเป็นสิ่งที่ทำได้ ตรงจุดนี้เราสามารถ “เสนอทางเลือก” ให้คนไข้เป็นผู้เลือกที่จะเปลี่ยนแปลงได้ เช่น คนไข้มาด้วยความตั้งใจที่จะเลิกสารเสพติดเต็มที่ แต่ด้วยข้อมูลที่มากมายที่ได้รับทำให้คนไข้ไม่แน่ใจว่าจะเลือกทางเดินไหนดี หน้าที่ของนักบำบัดก็คือ “เสนอแนวทางที่เป็นไปได้” สำหรับคนไข้นั้นๆ

การให้คำปรึกษาแบบ MI จะเริ่มต้นที่การรับฟังคนไข้ว่า คนไข้มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างไร

โดยที่นักบำบัดไม่ขัดจังหวะที่คนไข้เล่า (ยกเว้นว่าคนไข้เล่านอกเรื่องไปมาก ก็จำเป็นต้องใช้ทักษะในการดึงคนไข้กลับเข้าที่) และไม่ตัดสินพฤติกรรมด้วยการแสดงสีหน้า ไม่ว่าจะบวกรหรือลบ เพื่อให้หมอบำบัดเข้าใจในบริบทของคนไข้ ไม่ก่อให้เกิดการต่อต้านจากคนไข้ วิธีการถามคำถามของนักบำบัดสำคัญมาก แทนที่จะถามว่า “ทำไมถึงชอบใช้ยาบ้า” ลองเปลี่ยนเป็นถามว่า “ถ้าสามารถเลิกยาบ้าได้” คิดว่าน่าจะมีประโยชน์ต่อตัวเองยังไงบ้าง” หลังจากประเมินได้แล้วว่า คนไข้มีประเด็นที่ “น่าจะ” เริ่มเปลี่ยนแปลงได้ ซัก 1-2 ประเด็น ก็จะเข้าสู่การให้คำแนะนำ ควรจะขึ้นกับความพร้อมของคนไข้ ปริมาณคำแนะนำที่ให้ควรเป็นปริมาณคำแนะนำที่คนไข้สามารถรับได้ ซึ่งก็ไม่เท่ากันในแต่ละคน และในแต่ละรอบของการให้คำแนะนำ ในการเจอกันครั้งแรก อาจจะเริ่มต้นที่คำแนะนำเพียง 1-2-3 อย่างก็ได้ เพื่อให้คนไข้ไม่รู้สึกว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สารกจนเกินไป หลายๆ ครั้งเรามักจะคิดว่า มีโอกาสสบกันเพียงครั้งเดียว ต้องให้ข้อมูลครบถ้วน เพราะคนไข้อาจจะไม่กลับมาเป็นครั้งที่สอง แต่ในทางกลับกัน เราพบว่า หลายๆ ครั้ง การให้ข้อมูลเกินขนาด ยิ่งทำให้คนไข้ไม่ทำ และไม่กลับมาพบกับนักบำบัดอีกอีก เพราะกลายเป็นว่า มาพบก็ไม่ได้ประโยชน์เพิ่มเติม ไม่รู้จะมาทำไม

โดยสรุป คือ MI เป็นเทคนิคที่สามารถนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ การให้คำปรึกษาโดยเทคนิค MI ไม่เน้นการสั่งหรือกดดันคนไข้ให้เปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนจากบทบาทผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ที่ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง โดยแทนที่จะตั้งเป้าหมาย ว่าคนไข้จะต้องเปลี่ยน ก็เป็นการช่วยให้คนไข้เลือกว่าคนไข้จะเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยน ถ้าเปลี่ยน จะเปลี่ยนอย่างไร

#### 4.2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Thera)

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) เป็นรูปแบบหนึ่งของจิตบำบัด (psychotherapy) ซึ่งดั้งเดิมออกแบบเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าแต่ปัจจุบันใช้รักษาความผิดปกติทางจิตอย่างอื่น ๆ ด้วย ซึ่งมีประสิทธิผลโดยแก้ปัญหาปัจจุบันและเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไร้ประโยชน์ ชื่อของวิธีบำบัดอ้างอิงถึงการบำบัดชนิดต่าง ๆ รวมทั้งการบำบัดพฤติกรรม (behavior therapy) การบำบัดความคิด (cognitive therapy) และการบำบัดที่รวมหลักต่าง ๆ ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ผู้บำบัดคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า จะใช้วิธีที่รวมการบำบัดทั้งทางพฤติกรรมและทางความคิด เป็นเทคนิคที่ยอมรับความจริงว่าอาจมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้โดยความคิดที่สมเหตุผล เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการปรับสภาวะ (conditioning) ในอดีตต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งเร้าทั้งภายในภายนอก เป็นเทคนิคที่มุ่งความสนใจไปที่ปัญหาโดยเฉพาะ ๆ และช่วยคนไข้ให้เลือกกลยุทธ์ในการรับมือปัญหาเหล่านั้น ซึ่งต่างจากวิธีการรักษาแบบจิตวิเคราะห์ ที่ผู้รักษาจะสืบหาความหมายใต้สำนึกของพฤติกรรมของคนไข้เพื่อจะวินิจฉัยปัญหา คือ ในการบำบัดแบบพฤติกรรม ผู้รักษาเชื่อว่า ความผิดปกติที่มี เช่นความซึมเศร้า เกิดเนื่องมาจากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่เกี่ยวกับการตอบสนองแบบหลีกเลี่ยง ซึ่งมีผลเป็นความกลัวที่มีเงื่อนไข เหมือนดังในการปรับสภาวะแบบดั้งเดิม (Classical Conditioning) และในการบำบัดความคิด ผู้รักษาเชื่อว่า ตัวความคิดเอง จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การบำบัดสองอย่างหลังนี้จึงรวมกันเป็น CBT

CBT มีประสิทธิผลต่อความผิดปกติหลายอย่างรวมทั้งความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โรควิตกกังวล ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (Eating disorder) การติดสิ่งต่าง ๆ (addiction) การใช้สารเสพติด (substance dependence) ความผิดปกติที่มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก (Tic disorder) และ psychotic disorder (รวมทั้งโรคจิตเภทและโรคหลงผิด)

การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประวัติความเป็นมาตั้งแต่ยุคที่เน้นการปรับพฤติกรรมเป็นหลัก ผู้ที่ถือเป็นบิดาแห่งการบำบัดในรูปแบบที่เข้าใจและนิยมใช้ที่สุดในปัจจุบันคือ ศาสตราจารย์ ดร.อารอน ที. เบ็ก คุณูปการที่สำคัญของเขาคือการนำการปรับความคิดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior



therapy) ซึ่งจะกล่าวถึงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว โดยละเลยความคิดที่อยู่เป็นพื้นฐาน ลักษณะสำคัญของ CBT ก็คือใช้เวลาสั้นและเน้นปัญหาในปัจจุบัน ไม่ได้ค้นกลับไปยังปมที่มีมาตั้งแต่อดีต

CBT ที่ทำโดยหลัก มีสมมติฐานว่า การปรับความคิดที่เป็นการปรับตัวผิด (maladaptive) จะนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (affect) และพฤติกรรม แต่ก็มีการบำบัดแบบใหม่ ๆ ที่เน้นการเปลี่ยนท่าทีต่อความคิดที่ปรับตัวได้ไม่ดี มากกว่าจะเปลี่ยนตัวความคิดเอง จุดมุ่งหมายของ CBT ไม่ใช่เพื่อวินิจฉัยว่าคนไข้เป็นโรคอะไร แต่เพื่อที่จะดูคนไข้โดยองค์รวมและตัดสินว่าควรจะทำอะไร ระบุพฤติกรรมที่สำคัญ กำหนดว่าพฤติกรรมที่มากเกินไปหรือน้อยไป ประเมินพฤติกรรมที่ว่า เกิดบ่อยแค่ไหน นานเท่าไร และรุนแรงแค่ไหน (คือ หาอัตราพื้นฐานหรือ baseline) ถ้าพฤติกรรมเกินไป ให้ลดความถี่ ช่วงเวลาที่เกิด และความรุนแรงของพฤติกรรม และถ้าน้อยเกินไป ให้เพิ่มด้านต่าง ๆ เหล่านั้น หลังจากระบุพฤติกรรมที่จำเป็นต้องเปลี่ยน ไม่ว่าจะเกินไปหรือน้อยไป ก็จะสามารถเริ่มการบำบัดได้ นักจิตวิทยาต้องกำหนดว่า การบำบัดรักษาได้ผลหรือไม่ ยกตัวอย่างเช่น "ถ้าเป้าหมายก็คือการลดพฤติกรรม พฤติกรรมก็ควรจะลดเทียบกับอัตราพื้นฐาน แต่ถ้าพฤติกรรมสำคัญยังอยู่ที่หรือเหนืออัตราพื้นฐาน การบำบัดเรียกว่าล้มเหลว

#### 4.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดครอบครัวบำบัด (family therapy)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยผ่านการบำบัดรักษาแล้ว ครอบครัวคือบุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว การเรียนรู้และปรับตัวของครอบครัวต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งเพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ได้ถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยอันจะทำให้การดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถลดการเสพยาของผู้ป่วยยาเสพติดได้ ประกอบด้วยหลายด้าน ดังนี้

ด้านความต้องการ การยกย่องและยอมรับของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวพูดดี ๆ ไม่เสียดสีดูต่ำ ต้องการให้ครอบครัวเลิกพูดถึงอดีตที่ผิดพลาด และผู้ป่วยมีความต้องการให้ครอบครัวยกโทษให้กับเรื่องที่ผ่านมา เนื่องจากครอบครัวมีความเข้าใจในความรู้สึกและลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีจิตใจอ่อนแอ มักพึ่งพาผู้อื่นต้องการให้ผู้อื่นดูแลเอาใจใส่ ยกย่องยอมรับ ซึ่งครอบครัวรู้ว่า คำพูดและการปฏิบัติลักษณะใดที่ผู้ป่วยต้องการและสิ่งใดผู้ป่วยไม่ต้องการ สิ่งที่ไม่ต้องการอาจเป็นการทำลายจิตใจ อาจเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยเข้าสู่วงจรของยาเสพติดได้อีก หากบุคคลรอบข้างไม่ไว้วางใจและไม่สนับสนุน แสดงความรังเกียจและไม่ยอมรับของคนรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดรู้สึกน้อยใจและมีโอกาสกลับไปเสพยา ในทางกลับกันการพูดหรือการปฏิบัติที่เหมาะสมของครอบครัวต่อผู้ป่วย จะเป็นปัจจัยป้องกันยาเสพติดได้

ด้านความต้องการด้านการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยต้องการเป็นคนดีของครอบครัว ต้องการให้ครอบครัวมีความสุข และผู้ป่วยต้องการดำเนินชีวิตปกติ

สุขเช่นคนทั่วไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยต้องการปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ทำให้ครอบครัวได้เห็นความพยายามในการแสดงออกถึงความรู้ความสามารถด้วยการประกอบกิจกรรมต่างๆที่ดี ช่วยเหลือครอบครัวและสังคม ครอบครัวในฐานะผู้ที่มีความสำคัญอยู่ใกล้ชิด ให้การดูแล จึงเห็นการปรับตัวของผู้ป่วยได้ชัดเจน ผู้ป่วยพยายามทำความดีต่อพ่อแม่ญาติพี่น้อง เพื่อที่จะให้ครอบครัวได้รับรู้เป็นความต้องการมีคุณค่าของผู้ป่วย และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะนี้ ทำได้โดยให้ครอบครัวได้รับรองการมีคุณค่าของความพยายามปรับตัว การทำความดี ด้วยการแสดงออกให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยหลังการหยุดยาในระยะปรับตัว ครอบครัวสามารถรับรู้ความต้องการดังกล่าวจากพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยที่รู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีความสนใจสิ่งใหม่ ๆ และมีการดำเนินชีวิตที่สมดุล

ด้านความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ ของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากครอบครัว ต้องการให้ครอบครัวแสดงความรัก ความห่วงใย และผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวแสดงความเอาใจใส่ เนื่องจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันดี และมีบทบาทเป็นมารดา สามี/ภรรยา และเป็นบิดา ซึ่งจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกหรือแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับความต้องการดังกล่าวให้ครอบครัวรับรู้ได้ดี บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ดูแลหลังการบำบัดรักษาคือครอบครัวหรือญาติ ซึ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยและใช้ชีวิตร่วมกัน โดยผู้ป่วยยาเสพติดจะมีการสื่อสารหรือปรึกษาหารือกับมารดา บิดาและคนใกล้ชิด ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้มาก

ด้านความต้องการความปลอดภัยของผู้ป่วยยาเสพติดพบว่า ผู้ป่วยต้องการโอกาสเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ปลอดภัยยาเสพติด ต้องการให้ครอบครัวอยู่ด้วยความปรองดองไม่ทะเลาะกัน เนื่องจากภายหลังการบำบัดรักษา ครอบครัวได้เห็นการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากก่อนการบำบัดรักษา พยายามละเว้นยาเสพติด พยายามหางานทำ ที่แสดงให้เห็นว่า ตนนั้นกลับมามีค่าอีกครั้งหนึ่ง และการที่ครอบครัวมีความสนใจห่วงใยในความไม่ปลอดภัยจากยาเสพติด ให้การดูแลใกล้ชิด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้เพราะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี มีความรัก ความอบอุ่น ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จหลังการบำบัดรักษา ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ เพราะความสัมพันธ์ในครอบครัวแตกแยก ไม่ปรองดองและมีความตึงเครียด

สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวรับรู้ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยยาเสพติดได้ดี หากครอบครัวให้ความสำคัญและสามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้เหมาะสม เรียนรู้การดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ดี จะช่วยป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำและจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสำเร็จของการเลิกยาเสพติดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

## 5. แนวคิดวงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA)

### 5.1 ความหมายความสำคัญ

แนวคิดวงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA)

PDCA คือ วงจรการบริหารงานคุณภาพ ย่อมาจาก 4 คำ ได้แก่ Plan (วางแผน) , Do (ปฏิบัติ), Check (ตรวจสอบ) และ Act (การดำเนินการให้เหมาะสม) ซึ่งวงจร PDCA สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกๆ เรื่อง นับตั้งแต่กิจกรรมส่วนตัว เช่น การปรุงอาหาร การเดินทางไปทำงานในแต่ละวัน การตั้งเป้าหมายชีวิต และการดำเนินงานในระดับบริษัท

#### ประโยชน์ของ PDCA

**1. การวางแผนงานก่อนการปฏิบัติงาน** จะทำให้เกิดความพร้อมเมื่อได้ปฏิบัติงานจริง การวางแผนงานควรวางให้ครบ 4 ขั้นตอนดังนี้

1.1 ขั้นการศึกษา คือ การวางแผนศึกษาข้อมูล วิธีการ ความต้องการของตลาด ข้อมูลด้านวัตถุดิบ ด้านทรัพยากรที่มีอยู่หรือเงินทุน

1.2 ขั้นเตรียมงาน คือ การวางแผนการเตรียมงานด้านสถานที่ การออกแบบผลิตภัณฑ์ ความพร้อมของพนักงาน อุปกรณ์ เครื่องจักร วัตถุดิบ

1.3 ขั้นดำเนินงาน คือ การวางแผนทางการปฏิบัติงานของแต่ละส่วนแต่ละฝ่าย เช่น ฝ่ายผลิต ฝ่ายขาย

1.4 ขั้นการประเมินผล คือ การวางแผนหรือเตรียมการประเมินผลงานอย่างเป็นระบบ เช่น ประเมินจากยอดขาย ประเมินจากการติชมของลูกค้า เพื่อให้ผลที่ได้จากการประเมินเกิดการเที่ยงตรง

**2. การปฏิบัติตามแผนงาน** ทำให้ทราบขั้นตอน วิธีการ และสามารถเตรียมงานล่วงหน้า หรือทราบอุปสรรคล่วงหน้าด้วย ดังนั้น การปฏิบัติงานก็จะเกิดความราบรื่น และเรียบร้อย นำไปสู่เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

**3. การตรวจสอบ** ให้ได้ผลที่เที่ยงตรงเชื่อถือได้ ประกอบด้วย

3.1 ตรวจสอบจากเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

3.2 มีเครื่องมือที่เชื่อถือได้

3.3 มีเกณฑ์การตรวจสอบที่ชัดเจน

3.4 มีกำหนดเวลาการตรวจที่แน่นอน

3.5 บุคลากรที่ทำการตรวจสอบต้องได้รับการยอมรับจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อการตรวจสอบได้รับการยอมรับ การปฏิบัติงานขั้นต่อไปก็ดำเนินงานต่อไปได้



การปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนใดก็ตาม เมื่อมีการปรับปรุงแก้ไขคุณภาพก็เกิดขึ้น ดังนั้น วงจร PDAC จึงเรียกว่า วงจรบริหารงานคุณภาพ

## 5.2 ขั้นตอนการใช้ PDCA

**5.2.1 P = Plan** (ขั้นตอนการวางแผน) ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ พร้อมกับพิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยระบุวิธีการเก็บข้อมูลและกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงให้ชัดเจน ซึ่งการวางแผนจะช่วยให้กิจการสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งในด้านแรงงาน วัสดุ อุปกรณ์ การทำงาน เงิน และเวลา

**5.2.2 D = Do** **ขั้นตอนการปฏิบัติ** (ขั้นตอนการปฏิบัติ) ขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ซึ่งในขั้นตอนนี้ ต้องมีการตรวจสอบระหว่างการปฏิบัติด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ เพื่อทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เป็นไปตามแผนการที่ได้วางไว้

**5.2.3 C = Check** **ขั้นตอนการตรวจสอบ** (ขั้นตอนการตรวจสอบ) คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ทราบว่า ในขั้นตอนการปฏิบัติงานสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ แต่สิ่งสำคัญก็คือ ต้องรู้ว่าจะตรวจสอบอะไรบ้างและบ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเป็นประโยชน์สำหรับขั้นตอนถัดไป

**5.2.4 A = Action** **ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม** (ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม) ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมจะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ 2 กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรก ก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง คือ ผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และพิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไร เช่น มองหาทางเลือกใหม่ที่น่าจะเป็นไปได้ ให้ความสำคัญค่าให้มากขึ้นกว่าเดิม ขอความช่วยเหลือจากผู้รู้ หรือเปลี่ยนแปลงเป้าหมายใหม่ เป็นต้น

## 5.3 การประยุกต์ใช้ PDCA เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ

### ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. จัดตั้งคณะทำงานยาเสพติดของโรงพยาบาล
2. คณะทำงานวางแผนดำเนินการ การป้องกันการกลับไปเสพยา

3. จัดทำคู่มือการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (สำหรับพยาบาล) โดยใช้แนวคิด MI, CBT, การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนเป็นแนวทางจัดท้าวัดอุปกรณ ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู และตรวจปัสสาวะให้พร้อมสำหรับการทำงาน

### ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงาน (Do)

1. นำโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ในคลินิกยาเสพติด กับผู้บำบัดฟื้นฟูที่ผ่านการบำบัดครบตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การสุ่มแบบง่าย คือ นำรายชื่อผู้ที่บำบัดครบทั้งหมดมาจับสลาก ทั้งหมด 20 คน 10 คนแรกได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 10 คนหลังใช้โปรแกรมปกติ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผล/ประเมินผล (Check) เมื่อบำบัดฟื้นฟูสภาพครบ 1 เดือน ประเมินผลรูปแบบ ดังนี้

1. ตรวจ urine amphetamine ในร่างกาย
2. ใช้แบบประเมินความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น
3. ใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น

### ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Action)

1. วิเคราะห์ผลรูปแบบ ผลการจัดทำรูปแบบ มีการรายงานให้ผู้บริหารและผู้ร่วมบำบัดทราบ
2. มีบุคคลต้นแบบในการเลิกยาเสพติด

## 6. คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง

### 6.1 ข้อมูลทั่วไป

#### ลักษณะที่ตั้ง

อำเภอโพนทอง เป็นหนึ่งในจำนวน 20 อำเภอ ของจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดร้อยเอ็ด ระยะทางจากจังหวัดร้อยเอ็ด ประมาณ 46 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 719 ตารางกิโลเมตรซึ่งมีอาณาเขต ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอหนองพอก และอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

### ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะเป็นพื้นที่ราบจากทิศเหนือไปทางทิศใต้ของอำเภอ มีสภาพเป็นที่ดอนสลับกัน พื้นที่นา ที่มีแหล่งน้ำสำคัญที่ใช้ประโยชน์ทางด้านเกษตรกรรม คือ บึงสมสนุกอยู่ในเขตตำบลหนองใหญ่ บึงก้านตงอยู่ในเขตตำบลสว่าง บึงโพหนองอยู่ในเขตตำบลแวงและตำบลสระนกแก้ว ลำน้ำยังซึ่งไหลผ่านกลางตัวอำเภอ ลำห้วยสมสนุกอยู่ในเขตตำบลหนองใหญ่ ลำห้วยตาแหลวอยู่ในเขตตำบลนาอุดมและตำบลอู่เม่า ลำห้วยยางอยู่ในเขตตำบลพรมสวรรค์ และตำบลโคกกมม่วง

### ลักษณะภูมิอากาศ

อำเภอโพหนอง มีลักษณะภูมิอากาศ 3 ฤดู คือ ฤดูร้อน อากาศจะเริ่มร้อนตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายนของทุกปี ซึ่งเดือนที่ร้อนที่สุดได้แก่ เดือนเมษายน ฤดูฝน ฝนจะเริ่มตกตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคมของทุกปี ซึ่งเดือนที่ฝนตกชุกที่สุด ได้แก่ เดือนสิงหาคม ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนมกราคมของทุกปี ซึ่งเดือนที่หนาวที่สุดคือเดือนมกราคม

### ลักษณะการปกครอง

การปกครองแบ่งเป็น จำนวน 14 แห่ง แยกเป็นเทศบาล 6 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล ๘ แห่ง สภาพทางสังคม มีสถานศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ดังนี้

1. โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 62 แห่ง
2. โรงเรียนในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 56 แห่ง
3. ศูนย์การเรียนนอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอโพหนอง 1 แห่ง
4. วิทยาลัยการอาชีพโพหนอง 1 แห่ง

### ด้านศาสนา

ประชาชนพื้นที่อำเภอโพหนอง นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่นับถือเป็น 99 % นับถือศาสนาอื่น ๆ ประมาณ 1 % มีการจัดงานประเพณีประจำปี เช่น พิธีบวงสรวงเจ้าปู่กุดเป่ง (วันพุทธแรกของเดือนหกของทุกปี) ประเพณีงานจิว (ห้วงวันที่ 6-10 ธันวาคม ของทุกปี) ประเพณีสงกรานต์และประเพณีลอยกระทงที่บริเวณแหลมพะยอม บึงโพหนองวัดมีทั้งหมด 45 แห่ง สำนักสงฆ์ 53 แห่ง ที่พักสงฆ์ 58 แห่ง รวม 156 แห่ง

### ด้านสาธารณสุข

ในเขตอำเภอโพหนอง มีบริการด้านการสาธารณสุข ดังนี้

1. โรงพยาบาลประจำอำเภอขนาด 150 เตียง จำนวน 1 แห่ง
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 21 แห่ง

4. คลินิกเอกซน

จำนวน 6 แห่ง

### การประกอบอาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ซึ่งมีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ข้าวนาปี มันสำปะหลัง ยางพารา และอ้อย

### 6.2 สรุปข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน

#### วิสัยทัศน์โรงพยาบาลโพนทอง

โรงพยาบาลโพนทอง เป็นศูนย์กลางการบริการระดับทุติยภูมิที่มีคุณภาพ

วิสัยทัศน์ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลโพนทอง มีมาตรฐานการให้บริการ มีวิชาการเข้มแข็ง ร่วมมือเครือข่ายครบวงจร เอื้ออาทรตั้งญาติมิตร ส่งเสริมนำความรู้ พัฒนาสู่ชุมชน

#### พันธกิจและเป้าหมาย

##### พันธกิจ

1. พัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมโดยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้าน กาย จิต สังคม ดูแลรักษาอย่างครอบคลุม ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ตามมาตรฐานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. สร้างเสริมความร่วมมือระบบบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่าย

3. พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความเชี่ยวชาญ

4. ส่งเสริมการทำงานประจำสู่การทำวิจัย

5. นำเสนอผลงานวิชาการ

##### เป้าหมาย

1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้เสพ ผู้ติดเข้ารับการบำบัด

2. หลังการบำบัดสามารถหยุดเสพยาและสารเสพติดได้ใน 3 เดือนหลังการบำบัด

3. ผู้รับการบำบัดเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องในระยะ เวลา 4 เดือน

4. สามารถติดตามการรักษาได้จนครบ 1 ปี

5. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

##### ขอบเขตของการจัดบริการ

สถานภาพของสถานพยาบาล เป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง ทีมที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้แก่

1. ทีมหลัก มีคณะกรรมการทำงานด้านยาเสพติดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัด ประกอบด้วย พยาบาลผู้ผ่านการอบรมด้านการบำบัด ยาเสพติด และผ่านการอบรมด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แพทย์

ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด และทีมเสริมจากนักจิตวิทยา เกษัชกร นักกายภาพบำบัด แผนกทันตกรรม และเทคนิคการแพทย์

2. เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธารอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบด้านการคัดกรอง การส่งต่อในการบำบัดรักษา รับผิดชอบค่ายบำบัดรักษาผู้เสพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและติดตามผลหลังการรักษาและการจบค่ายบำบัดรักษาอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี

3. ภาศึเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. อบต. เทศบาล ตำรวจ ศตส.อำเภอ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สารเสพติดในชุมชน ติดตาม รายงานผล นำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา และสนับสนุนงบประมาณร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันสร้างจิตสำนึก

### 6.3 รูปแบบการบำบัดรักษา และการติดตาม

การบำบัดผู้ติดยาบ้า ในโรงพยาบาลใช้รูปแบบการบำบัดรักษา กาย จิต สังคม บำบัดแบบผู้ป่วยนอก Modify Matrix Program 4 เดือน ส่วนค่ายบำบัดให้การบำบัดภายใต้ศูนย์ขวัญแผ่นดินตามมาตรฐานใหม่ โดยมีระบบการติดตามร่วมกันกับผู้นำชุมชน อสม.เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด จิตอาสา ครู โดยเข้ารับการอบรมแบบบูรณาการ เพื่อคืนคนดีสู่สังคมอย่างปกติสุข หลังการบำบัดรักษาใช้เวลาในการติดตาม 4-7 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี โดยการโทรศัพท์ นัดมาพบที่หน่วยงานหรือผ่านทาง อสม.

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สิอรุณ แผลมภู (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด ในสถานบำบัดสารเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 ราย ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในสูงขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจภายในในช่วงก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t$  เท่ากับ 2.14,  $p$  น้อยกว่า .05)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีแรงจูงใจภายในและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น

วารารณ มั่งคั่ง (2558) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยครอบครัวต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง



ประกอบด้วย วัยรุ่นเพศชาย 15-19 ปี ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดที่อยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเยาวชน บ้านบึง จำนวน 124 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มใช้สารเสพติด เมื่ออายุ 15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.30 รองลงมาคือ สารไอซ์ ร้อยละ 63.7 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 73.39 สาเหตุของการใช้สารเสพติด คือ อายากลอง ร้อยละ 77.40 เพื่อนชักชวน ร้อยละ 54.80 ปัจจัยความขัดแย้งในครอบครัวมีอิทธิพลและสามารถทำนายการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกและอบรมเยาวชนบ้านบึง ได้ร้อยละ 13.30 ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ควรตระหนักและพัฒนารูปแบบ/กิจกรรม วิธีการเพื่อลดความขัดแย้งนี้ เพื่อป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นชาย

สมบัติ เสียมทอง (2553) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด อยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสารเสพติดการฝึกอบรมด้านสารเสพติด นโยบายปราบปรามสารเสพติด ความคิดเห็นเกี่ยวกับสารเสพติด ความตระหนักต่อปัญหาสารเสพติด ความศรัทธาต่อผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์และกฤษมา แสงเดือนฉาย (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดยาเมทแอมเฟตามีนเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 80 คน ผลการศึกษาภายหลังการบำบัดความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการติดยาลดลงทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แนวโน้มของพฤติกรรมป้องกันการติดยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบผลปัสสาวะของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าใน 2 สัปดาห์แรก ร้อยละการเสพยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ร้อยละของการเสพยาเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีอัตราการเสพยา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กัณณิกา สิทธิพงษ์ (2560) ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล รัษฎารักษ์ขอนแก่น ระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2559 จำนวน 134 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 30.28 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้าง พบว่าเมื่อได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการเลิกยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P น้อยกว่า0.05)

น้ำฝน วุฒิสินธุ์ (2554) ศึกษาผลการบำบัดผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบ กาย-จิต-สังคมบำบัดต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้าและทัศนคติของ

ครอบครัวต่อกระบวนการเลิกยาบ้า เป็นวิจัยเชิงทดลอง 1 องค์ประกอบ แบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างมี 16 คน ได้แก่ ผู้ติดยาบ้าที่เข้าบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลบางป่อ และโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 8 คน ครอบครัวผู้ติดยาบ้าจำนวน 8 คน มีระยะเวลาทดลอง 16 สัปดาห์ ระยะเวลาติดตาม 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้เสพยาบ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ไม่เสพยาบ้าสูงขึ้นก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมไม่เสพยาบ้าหลังทดลองสัมพันธ์ทางบวก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ระยะติดตามผล มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มครอบครัวของผู้ติดยาบ้ามีทัศนคติต่อกระบวนการเลิกยาบ้าหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ชนาธิป หอมหวานและคณะ (2557) ศึกษาการเสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นแอมเฟตามีน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ประกอบด้วยเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 13-19 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับให้การพยาบาลแบบปกติ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองน้อย เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับ ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า การเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Melemis (2010) ศึกษาโดยการทบทวนเรื่อง ความอยากเสพยาในผู้ป่วยติดสารเสพติด หลังการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านความคิดโดยเฉพาะความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือน ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามมา เช่น คิดว่าเสพยาแล้วได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนเสพยาแล้วทำให้การเรียนดี เป็นต้น



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้แนวคิดวงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) เป็นแนวทาง ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) มีการวางแผนดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งคณะทำงานยาเสพติดของโรงพยาบาล มีคำสั่งการดำเนินงานอย่างชัดเจน
2. คณะทำงานวางแผนดำเนินการ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
3. จัดทำคู่มือการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (สำหรับพยาบาล) โดยใช้แนวคิด MI, CBT, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นแนวทาง จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาฟื้นฟู และตรวจปัสสาวะให้พร้อมสำหรับการทำงาน

#### ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงาน โดยมีการนำโปรแกรมไปใช้ ดังนี้

1. นำโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ในคลินิกยาเสพติด กับผู้บำบัดฟื้นฟูที่ผ่านการบำบัดครบตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การสุ่มแบบง่าย คือ นำรายชื่อผู้ที่บำบัดครบทั้งหมดมาจับสลาก ทั้งหมด 20 คน โดย 10 คนแรกได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 10 คนหลังใช้โปรแกรมปกติ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผล/ประเมินผล (Check) มีการตรวจสอบผลการดำเนินการ ดังนี้

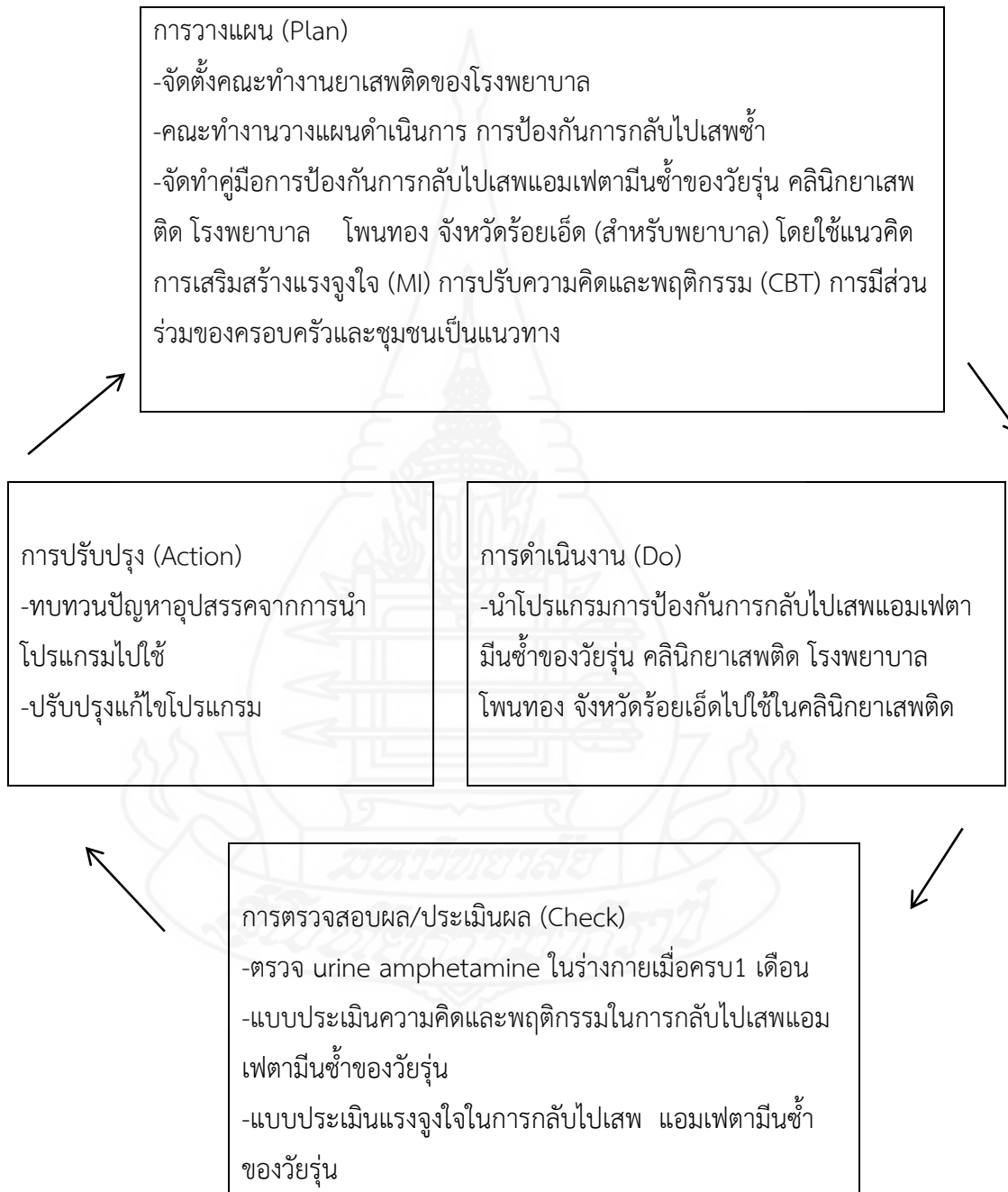
โดยเมื่อบำบัดฟื้นฟูสุขภาพครบ 1 เดือน มีการประเมินผลรูปแบบ ดังนี้

1. ตรวจ urine amphetamine ในร่างกาย
2. ใช้แบบประเมินความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น
3. ใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Action) ได้มีการทบทวนและปรับปรุงรูปแบบที่ใช้ ดังนี้

1. วิเคราะห์ผลรูปแบบ ผลการจัดทำรูปแบบ
2. มีการรายงานให้ผู้บริหารและผู้ร่วมบำบัดทราบ

รูปแบบการจัดการ การป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด



ภาพที่ 3.1 รูปแบบการจัดการ การป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

### รูปแบบการทดลอง

Pretest		Posttest	
R	O1	X	O2
R	O3	Y	O4

โดยกำหนดให้

R คือ การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

O1 คือ การประเมินแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นก่อนเข้ารับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มทดลอง

O2 คือ การประเมินแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นก่อนเข้ารับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มควบคุม

O3 คือ การประเมินแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มทดลอง

O4 คือ การประเมินแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มควบคุม

X คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

Y คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

## 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**1.1 ประชากร** คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

**1.2 กลุ่มตัวอย่าง** คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง และบำบัดครบแมทริกซ์โปรแกรมครบ 4 เดือน จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

### 1.2.1 คุณสมบัติการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ดังนี้

- 1) วัยรุ่นที่เสพยาบ้าอายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
- 2) เป็นผู้รับการบำบัดในระบบสมัครใจบำบัด
- 3) ได้รับการบำบัดตามรูปแบบครบแมทริกซ์โปรแกรมครบ 4 เดือน
- 4) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการพูด
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### 1.2.2 เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจที่รุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวิจัย

### 1.2.3 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยใช้โปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง สำหรับงานวิจัยด้วย โปรแกรม จี พาวเวอร์ (G Power) (Erdfelder ed al,2007) โดยใช้ค่าสถิติหลังการทดลอง กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8, ค่าอำนาจในการทดสอบ ( $1-\beta$  err prob) เท่ากับ 0.5, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$  err prob) เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ผลลัพธ์จากโปรแกรม จี พาวเวอร์ (G Power) กลุ่มตัวอย่างที่ได้ 20 คน (กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 10 คน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 10 คน)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้ PDCA เป็นแนวทาง ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การดำเนินงานโครงการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำที่ใช้แนวคิดการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจ 3) การประเมินผล และ 4) การปรับปรุง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

### 2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าตามมี ผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สถานภาพสมรสบิดา – มารดา อาชีพและรายได้

**2.2.2 แบบประเมินความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้แบบลิเคิร์ต (Likert) กำหนดความรู้สึกเป็น 5 ระดับ ตามระดับความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน จริงน้อยที่สุด
- 2 คะแนน จริงน้อย
- 3 คะแนน ไม่แน่ใจ
- 4 คะแนน จริงมาก
- 5 คะแนน จริงมากที่สุด

คะแนนของแบบสอบถาม มีค่าอยู่ระหว่าง 22 - 110 คะแนน การแบ่งค่าคะแนน ใช้ค่าพิสัยและอันตรภาคชั้น แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

22.00-51.33 คะแนน หมายถึง มีความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระดับเล็กน้อย

51.34-80.67 คะแนน หมายถึง มีความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระดับปานกลาง

80.68-110 คะแนน หมายถึง มีความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability)

**1.2 แบบประเมินแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น** ของที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เกี่ยวกับแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โดยใช้แบบลิเคิร์ต (Likert) กำหนดความรู้สึกเป็น 5 ระดับ ตามระดับแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โดยให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน จริงน้อยที่สุด
- 2 คะแนน จริงน้อย
- 3 คะแนน ไม่แน่ใจ
- 4 คะแนน จริงมาก
- 5 คะแนน จริงมากที่สุด

คะแนนของแบบสอบถาม มีค่าอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน การแบ่งค่าคะแนน ใช้ค่าพิสัยและอันตรภาคชั้น แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

22.00-51.33 คะแนนหมายถึง มีแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระดับเล็กน้อย

51.34-80.67 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระดับปานกลาง

80.68-110 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability)

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ แบบประเมินความคิดและพฤติกรรม แบบประเมินแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ปรึกษาอาจารย์วิทยานิพนธ์ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาวัยรุ่น ที่มีปัญหาการเสพยาบ้า จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 คน อาจารย์ประจำคลินิกยาเสพติด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2 คน และ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาลมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จำนวน 1 คน โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งในการวิจัยนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) เท่ากับ .97 และ .95 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปใช้กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach s Alpha Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 และ .88

## 3. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการทดลอง 2. ระยะดำเนินการทดลอง และ 3. ระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมการดังต่อไปนี้



### 3.1 ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

**3.1.1 ผู้วิจัยเตรียมตัวศึกษา** ค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องรูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีการศึกษาในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

#### 3.1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**3.1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ** โดยใช้สถานที่เป็นคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่

**3.1.4 ผู้วิจัยจะนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์** เครื่องมือโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนนำไปทดลอง

**3.1.5 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง** จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทดลองกลุ่มบำบัด

**3.1.6 ผู้วิจัยสำรวจคุณสมบัติของวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับบริการในคลินิกยาเสพติด** โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด หากพบว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีจับสลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ด้วยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัย แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย รวมทั้งมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม

### 3.2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

**3.2.1 กลุ่มทดลอง** ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการรับทราบตามการดำเนินการในการทำกิจกรรมโปรแกรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการติดต่อกันทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ แบ่งเป็นเดือนที่ 1 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1-4 และเดือนที่ 2 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน คือ 1) ทำความ

รู้จักและจัดการกับตัวกระตุ้น 2) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 3) สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่าของบุคคลที่ประสบความสำเร็จ และ 4) ครอบครัวยุคใหม่และชุมชนในฝัน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมทำความรู้จักและจัดการกับตัวกระตุ้น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
2. ผู้นำกลุ่มอธิบายความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นให้สมาชิกรับฟัง
3. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่าอะไรคือตัวกระตุ้นของแต่ละคน นำมาจัดลำดับ

ความสำคัญ 3 ตัวกระตุ้น

4. ฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น โดยจำแนกตามตัวกระตุ้น
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. กลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
2. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่า “ที่ผ่านมามีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้

เกิดคิดอยากกลับไปเสพยาบ้า

3. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่า “ที่ผ่านมามีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้

เกิดคิดต้านลบต่อตนเอง

4. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างความคิดต่อการใช้ยาบ้าตามใบความรู้
5. ให้สมาชิกทำใบงานการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
6. ให้สมาชิกรับเสนอใบงาน
7. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันอภิปราย
8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่าและบุคคลที่ประสบความสำเร็จ

วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมบุคคลต้นแบบ
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
3. ให้สมาชิกฟังประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
4. ให้สมาชิกทำใบงานการรับฟังการเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
5. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
6. ให้สมาชิกทำกิจกรรมแรงจูงใจของฉันทัน
7. ให้สมาชิกรับเสนอใบงาน

8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกิจกรรม  
สัปดาห์ที่ 4 ครอบคลุมและชุมชนในฝัน

#### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
2. ให้สมาชิกที่เป็นวัยรุ่นเล่าความต้องการของตนเอง ให้ผู้นำชุมชน ครู ครอบครัวยุโรปของผู้เข้ารับการบำบัดรับฟัง พร้อมจดบันทึก
3. ให้ครอบครัวยุโรป ผู้นำชุมชน ครู เล่าความต้องการของตนเอง ให้สมาชิกรับฟัง พร้อมจดบันทึก
4. แบ่งกลุ่มสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้เข้ารับการบำบัด ผู้นำชุมชน ครู ครอบครัวยุโรปผู้เข้ารับการบำบัด
5. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันวาดภาพครอบครัวในฝัน
6. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มนำเสนอ
7. ร่วมกันอภิปรายกลุ่ม
8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกิจกรรม  
สัปดาห์ที่ 8 ตรวจปีศาจ

**3.2.2 กลุ่มควบคุม** เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานที่คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด และหลังจากสิ้นสุดการทดลองครั้งนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม ทำการนัดหมายสมาชิกในกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำอีกครั้ง (ทั้งนี้เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน)

#### 3.3 ระยะเวลาหลังทดลอง

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### 4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

**4.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์** พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

**4.2 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา

**4.3 คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ** การรายงานผลการศึกษานำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่เป็นข้อมูลภาพรวมและนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น

**4.4 ในระหว่างการเก็บข้อมูลหรือเข้าร่วมโปรแกรม** ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่อยากตอบคำถาม สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การบำบัดรักษาใดๆ

**4.5 อธิบายขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง** สามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีร่วมวิจัย ให้ consent ไปยินยอมร่วมวิจัย

**4.6 ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบ** หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมเหมือนกัน

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ (วัดครั้งที่ 1) หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำทั้งหมดทันที (วัดครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สไมนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จึงใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่น ที่ผ่านการบำบัดครบตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลโพหนองจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การสุ่มแบบง่ายคือนำรายชื่อผู้ที่บำบัดครบทั้งหมดมาจับสลากทั้งหมด 20 คน โดย 10 คนแรกได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 10 คนหลังใช้โปรแกรมปกติ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 เดือน

ผู้วิจัยขอเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพและรายได้ของผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=10)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	10	100	10	100
หญิง	-	-	-	-
<b>อายุ</b>				
Min	15		16	
Max	18		19	
Mean	16		16	
S.D.	1.10		1.34	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	70	8	80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	30	2	20
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	10	100	10	100
<b>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</b>				
อยู่ด้วยกัน	5	50	8	80
แยกกันอยู่	2	20	1	10
หย่าร้าง	3	30	1	10
<b>อาชีพ</b>				
นักเรียน/นักศึกษา	7	70	8	80
รับจ้าง	3	30	2	20
<b>รายได้</b>				
Min	1500		1500	
Max	5000		6000	
Mean	2360		2880	
S.D.	1144.26		1725.49	



จากตารางที่ 4.1 พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 16 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาตอน กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 80 สำหรับสถานภาพสมรสพบว่าทั้งสองกลุ่มสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพสมรสของบิดามารดาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบบิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 80 ตามลำดับ อาชีพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 2,360 บาท ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 2,880 บาท

## ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4. 2 การเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการตรวจ Urine Amphetamine		เสพ (ร้อยละ)		ไม่เสพ(ร้อยละ)	
ในปีสภาวะ					
กลุ่มทดลอง (N=10)		-		10 (100)	
กลุ่มเปรียบเทียบ (N=10)		1 (10)		9 (90)	
ผลการตรวจ Urine Amphetamine	N	95/CI	Mean difft	z	P-value
กลุ่มทดลอง	10	-1.094	0.1	0.01	0.035
กลุ่มเปรียบเทียบ	10	-0.683	1		
<b>Total</b>	<b>20</b>				

จากตารางที่ 4.2 พบว่า หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองไม่กลับไปเสพยาเสพติด ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่กลับไปเสพยาเสพติดร้อยละ 90

หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับไปใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน P-value 0.035

### ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

แรงจูงใจในการไม่กลับไป เสพแอมเฟตามีนซ้ำ	n	X	SD	Mean	Independent dift	t-test	P- value
กลุ่มทดลอง	10	4.21	0.18	0.708	Lower	0.39	มากกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบ	10	3.50	12.59		Upper	1.02	0.001

จากตารางที่ 4.3 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 0.708 คะแนน

### ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ความคิดและพฤติกรรมในการ ไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ	n	X	SD	Mean	Independent dift	t-test	P-value
กลุ่มทดลอง	10	4.19	0.175	0.67	Lower	0.348	มากกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบ	10	3.51	0.463		Upper	1.006	0.001

จากตารางที่ 4.4 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.67 คะแนน

## ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติด	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P-value
Negative Rank	0	0.00	.00	-2.814	0.005
Positive Rank	10	5.50	55.00		
Ties	0				
<b>Total</b>	<b>10</b>				

จากตารางที่ 4.5 หลังใช้โปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด มีมีฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.005)

## ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติด	n	X	SD	Mean	Pairedt-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10	3.79	0.33	0.40	Lower-0.75	0.015
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10	4.19	0.17	-	Upper-0.04	

จากตารางที่ 4.6 พบว่าหลังการใช้โปรแกรม วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.015) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติด มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 0.40 คะแนน

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่น ที่ผ่านการบำบัดครบตามเมทริกซ์โปรแกรม ของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การสุ่มแบบง่ายคือ นำรายชื่อผู้ที่บำบัดครบทั้งหมดมาจับสลากทั้งหมด 20 คน โดย 10 คนแรกได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 10 คนหลังใช้โปรแกรมปกติ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 เดือน มีรายละเอียดของการสรุปการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

1.1.3 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 *กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย* ครั้งนี้ คือ วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีน อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง และบำบัดครบเมทริกซ์โปรแกรมครบ 4 เดือน จำนวน 20 คนโดยใช้การสุ่มแบบง่าย คือ นำรายชื่อผู้ที่บำบัดครบทั้งหมดมา

จับสลากทั้งหมด 20 คน โดย 10 คนแรกได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 10 คนหลังใช้โปรแกรมปกติของคลินิกยาเสพติด ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 เดือน

### 1.2.2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครอบครัวและชุมชน โดยใช้ PDCA เป็นแนวทาง ประกอบด้วย 1) การวางแผนเพื่อดำเนินกิจกรรม 2) การดำเนินงานกิจกรรมป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่ใช้แนวคิดการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจ 3) การประเมินผลของกิจกรรม โดยการ ตรวจ urine amphetamine ในร่างกาย การใช้แบบประเมินความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น และการใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นและ 4) การปรับปรุงการดำเนินการ โดยวิเคราะห์ผลรูปแบบที่ใช้ในการทำกิจกรรม และวิเคราะห์ผลของกิจกรรมที่นำลงไปทำ ทั้งนี้ได้มีการรายงานให้ผู้บริหารและผู้ร่วมบำบัดทราบ โดยเครื่องมือที่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดและพฤติกรรมของวัยรุ่นในการกลับไปไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ แบบประเมินแรงจูงใจของวัยรุ่นในการกลับไปไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด เป็นระยะเวลา 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

## 1.3 ผลการวิจัย

### 1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่อายุ 16 จบมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรสโสด บิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80 ในกลุ่มเปรียบเทียบ อาชีพทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 ในกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80 รายได้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 2,360 บาท กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 2,880 บาท

### 1.3.2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) เปรียบเทียบอัตราการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำร้อยละ 90 ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมติฐาน

2) เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง หลังใช้โปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด มีมีพื้นฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.005) เป็นไปตามสมมติฐาน

3) เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.015) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติด มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.40 คะแนน เป็นไปตามสมมติฐาน

4) เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.708 คะแนน เป็นไปตามสมมติฐาน

5) เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพยาเสพติด มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.67 คะแนน เป็นไปตามสมมติฐาน

## 2. อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดของวัยรุ่นโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายละเอียดการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

**2.1 เปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ** พบว่าหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับไปใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน  $P$ -value 0.035

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับฉวีวรรณ ปัญญาบุษย์และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดยาเมทแอมเฟตามีนเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบำบัดรักษา



แบบผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 80 คน ผลการศึกษาภายหลังการบำบัดความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อลดลงทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แนวโน้มของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบผลปัสสาวะของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าใน 2 สัปดาห์แรก ร้อยละการเสพยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ร้อยละของการเสพยามากขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีอัตราการเสพยา น้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสอดคล้องกับ ธนิตา หิรัญเทพและคณะ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ในผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระบบ บังคับบำบัด ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ของสำนักงานคุมประพฤติ ที่มีการบันทึกข้อมูลผลการติดตามหลังสิ้นสุดการฟื้นฟู เมื่อครบ 1 ปี จำนวน 5,075 ราย โดยผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ การมีคนในครอบครัว คอยให้ความช่วยเหลือ ( $p=0.014$ ) และสัมพันธภาพในชุมชนที่มีการยอมรับ และช่วยเหลือกัน ( $p=0.034$ ) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัดรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมจัดการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดตามินซ้ำของวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 เดือน ในเดือนแรกคือการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดและเดือนที่ 2 คือการตรวจปัสสาวะ หลังจากการจัดกิจกรรมครบตามโปรแกรมที่กำหนดแล้ว เมื่อบำบัดครบโปรแกรมจะเห็นว่ากลุ่มทดลอง ไม่กลับไปเสพยาเสพติดตามินซ้ำส่วนกลุ่มเปรียบเทียบกลับไปเสพยาเสพติดตามินซ้ำ ซึ่งกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากการดำเนินโปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่เสพยาเสพติดตามินมีแนวทางในการปฏิบัติตัว เพื่อจัดการกับอุปสรรคเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงอย่างชัดเจน มีความมั่นใจในการดำเนิน ชีวิตประจำวันมากขึ้น กล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ทั้งนี้ครอบครัวของผู้ที่บำบัดก็ให้ความสำคัญ ในการร่วมกิจกรรม โดยแต่ละครั้งของการร่วมกิจกรรมจะมีการนำเสนอและให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็น ซึ่งสมาชิกแต่ละคนมีการแสดงออกและแสดงความคิดเห็นที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “ถ้าผมคิดถึงยา ผมจะโทรหาแม่ทันที” (N1) และ “ผมต้องเอาชนะมันให้ได้ เพราะมันมีแต่ผลเสียกับชีวิต” (N5)

**2.2 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ** หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.708 คะแนน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ สีอรุณ แผลมภู (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด ในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 ราย ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในสูงขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจภายในในช่วงก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t เท่ากับ 2.14, p น้อยกว่า .05)

และสอดคล้องกับ จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส (2559) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียน ที่เข้าร่วมบำบัดฟื้นฟูจากยาเสพติดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง กองทัพเรือ 2 อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 48 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยสุ่มนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างการมองโลกทางบวก และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดและโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดตามปกติ กลุ่มบำบัดใช้เวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการมองโลกทางบวก และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ซึ่งได้ค่า ความเชื่อมั่น .77 และ .85 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระยะก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม ผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ย ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดและการมองโลกทางบวกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างแรงจูงใจภายในทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีแรงจูงใจภายในและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “เมื่อผมได้เข้ากลุ่ม ได้พบเพื่อนๆ และครู ทำให้ผมอยากจะทำเลิกใช้แอมเฟตามีนไปตลอดชีวิต” (N2) และ “การฟังที่เขาพูดถึงวิธีเลิกยาเสพติด มันทำให้ผมรู้ว่ามันเลิกได้ แต่ผมต้องพยายามมากกว่านี้” (N7)

**2.3 เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ** หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.67 คะแนน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ธนาธิป หอมหวานและคณะ (2557) ที่ศึกษาการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นแอมเฟตามีน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ประกอบด้วยเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 13-19 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับการให้การพยาบาลแบบปกติ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า การเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สอดคล้องกับ ธมลชนก สองแสง (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบเผชิญหน้า ร่วมกับการส่งข้อความผ่านระบบไลน์ต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า หลังการใช้โปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด เผชิญหน้าร่วมกับการส่งข้อความผ่านระบบไลน์มีคะแนนการเสพยาบ้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิด เผชิญหน้าร่วมกับการส่งข้อความผ่านระบบไลน์มีคะแนนการเสพยาบ้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

และสอดคล้องกับ Melemis (2010) ศึกษาโดยการทบทวนเรื่อง ความอยากเสพในผู้ป่วยติดยาเสพติด หลังการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านความคิดโดยเฉพาะความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือน ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามมา เช่น คิดว่าเสพแล้วได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนเสพแล้วทำให้การเรียนดี เป็นต้น

จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนอาจจะเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงโดยไม่ตั้งใจและบางครั้งไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้ผลจากการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่ผิดพลาด จากการไม่ได้ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ จึงจำเป็นต้องมีทักษะ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าเมื่อวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนเจอกับเหตุการณ์สถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมจะมีการคิดให้สมเหตุสมผลและคิดในความเป็นจริงมากขึ้น โดยเฉพาะความคิดที่เป็นด้านลบจะมีการจัดการ

แก้ไขให้ถูกต้องมากขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “เมื่อก่อนถ้ามีใครมาสั่งสอนหรือแนะนำผม ผมจะโกรธและด่าไปทันที เพราะผมจะคิดว่าเขากลัวว่าผมจะได้ดีกว่าหรือเขามาตำหนิผม แต่ตอนนี้ผมคิดว่าเขาหวังดีและอยากให้ผมเลิกยาได้ ผมจึงไม่โกรธ” (N10)

**2.4 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง** หลังใช้โปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มีมีฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.005)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับกัญณิกา สิทธิพงษ์ (2560) ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐรักษารักษาขอนแก่น ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2559 จำนวน 134 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 30.28 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้าง พบว่าเมื่อได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการเลิกยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P น้อยกว่า 0.05)

และสอดคล้องกับ ปิยวรรณ ทศนาญชลี (2552) ที่ศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด และศึกษาถึงกระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำภายหลังจากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระบบบังคับบำบัด ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด จำนวน 6 คน ไม่เสพยาบ้าซ้ำคือตัวของผู้เข้ารับการบำบัดเองที่มีความต้องการยุติการเสพยาบ้ามีสภาพจิตใจเข้มแข็ง และมุ่งมั่นต่อการเลิกเสพยาบ้า รวมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด ประกอบกับมีบุคลิกที่เอื้อต่อการไม่เสพยาบ้าซ้ำ รวมถึงมีการตีตัวออกห่างจากสังคมยาเสพติด และขัดขวางกระบวนการเสพยาบ้าซ้ำด้วยตนเอง ส่วนสาเหตุภายนอกที่ สนับสนุนให้มีพฤติกรรมไม่เสพยาบ้าซ้ำ เช่น การแสดงความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว การให้โอกาสการทำงาน เป็นต้น

กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดจะมีการยุติการเสพยาบ้าหรือพักการเสพยาบ้าโดยในระยะนี้ตัวผู้กระทำมีความสำคัญอย่างมาก แต่เมื่อหลังจากการพักการเสพยาบ้าได้ระยะหนึ่งแล้วจึงเข้าสู่การมีพฤติกรรมไม่เสพยาบ้าซ้ำ คือมีแนวโน้มจะไม่เสพยาบ้าซ้ำทั้งปัจจุบันและอนาคต ในระยะนี้สาเหตุจากสภาพแวดล้อมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการสนับสนุนให้คงพฤติกรรมไม่เสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ก่อนจะมีการเริ่มทุกกิจกรรมผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพราะการสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลระหว่างผู้วิจัยกับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าโดยเริ่มจากการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย



เป็นการสร้างความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ วิทยุร่วมที่ร่วมกิจกรรมจึงมีความกล้าที่จะเล่าปัญหาที่เกิดขึ้น และเกิดความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมมากขึ้น (สมบัติ ธิยาพันธ์, 2552)

โปรแกรมแรงจูงใจที่ใช้ในการจัดกิจกรรมคือ สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่าและบุคคลที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งแรงจูงใจ คือแรงผลักดันในการเริ่มต้น นำทางและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลมุ่งสู่เป้าหมาย แรงจูงใจเป็นกลไกของมนุษย์ที่พยายามใช้เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดและเพิ่มความปีติยินดี เป็นตัวแปรสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ แรงจูงใจอาจไม่สมเหตุสมผลเสมอไป จึง เป็นเหตุผลที่อธิบายว่าทำไมผู้คนจึงติดในกับดักของการเสพติด แรงจูงใจที่ผิด ทิศทางบังคับให้ต้อง ใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและทำให้ยิ่งเจ็บปวด เพื่อที่จะสร้างชีวิตที่ดีและห่างไกลจากการเสพติด บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาแรงจูงใจขึ้นมาเพื่อทำให้ความปรารถนานี้กลายเป็นความจริง โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้ 2) สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจของตนเองที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้ซึ่งผู้วิจัยได้นำบุคคลต้นแบบมาเล่าประสบการณ์ให้สมาชิกฟัง จากนั้นมีการทำใบงานเรื่องแรงจูงใจของฉันทน์ และตัวตนของฉันทน์ ซึ่งพบว่าสมาชิกมีการร่วมกิจกรรมที่ดีและเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรมมีมีมาตรฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.005$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม ดังนี้ “เมื่อผมกลับไปที่บ้าน ผมจะทำงานบ้านช่วยแม่ จะไม่ทะเลาะกับแม่ และจะเลิกใช้ยาบ้าให้ได้ต่อไป” (N4)

**2.5 เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง** หลังการใช้โปรแกรม วิทยุร่วมมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.015$ ) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 0.40 คะแนน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ น้ำฝน วุฒิสินธุ์ (2554) ศึกษาผลการบำบัดผู้ติดแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบ กาย-จิต-สังคมบำบัดต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพแอมเฟตามีนและทัศนคติของครอบครัวต่อกระบวนการเลิกแอมเฟตามีน เป็นวิจัยเชิงทดลอง 1 องค์ประกอบ แบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างมี 16 คน ได้แก่ ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เข้าบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลบางป่อ และโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 8 คน ครอบครัวผู้ติดแอมเฟตามีนจำนวน 8 คน มีระยะเวลาทดลอง 16 สัปดาห์ ระยะเวลาติดตาม 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้เสพแอมเฟตามีนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ไม่เสพแอมเฟตามีนสูงขึ้นก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมไม่เสพแอมเฟตามีนหลังทดลองสัมพันธ์ทางบวก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ระยะติดตามผล มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มครอบครัวของผู้ติดแอมเฟตามีนมี

ทัศนคติต่อกระบวนการเลิกแอมเฟตามีนหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

และสอดคล้องกับ พัชชา วงศ์สุวรรณ (2552) ที่ศึกษา พฤติกรรมการเสพยาบ้าของวัยรุ่น การศึกษารายกรณี การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาปัญหาและสาเหตุของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า และหาแนวทางในการช่วยเหลือ โดยศึกษาเป็นรายกรณี กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชาย อายุ 15-18 ปี ที่เสพยาบ้าและเข้าร่วมบำบัด ณ วัดอินทาราม จ.สมุทรสงคราม จำนวน 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบบุคลิกภาพ และแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า คือ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว และสิ่งแวดล้อม สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสพยาบ้า ได้แก่ สาเหตุจากวัยรุ่นเอง ได้แก่ เป็นคนอ่อนไหวง่าย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ใจร้อน วิตกกังวลสูง อยากรู้อยากลอง และสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น การเลี้ยงดูของครอบครัว การเลียนแบบเพื่อน ภายหลังการศึกษาพบว่า การเสพยาบ้าของวัยรุ่นลดลง วัยรุ่นที่ได้รับการศึกษาทั้ง 4 คน เข้าใจตนเองมากขึ้น สามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้นและมีวิธีหลีกเลี่ยงการเกี่ยวข้องกับยาบ้าได้ และสามารถปรับความคิดในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าในโปรแกรมความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ประกอบด้วย วงจรการใช้สารเสพติด ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นจะต้องทราบถึง ตัวกระตุ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวกระตุ้นภายนอก อาทิ สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ เวลา เช่น ถ้าทุกวันศุกร์ หลังเลิกงาน สมาชิกได้รับเงินก็อยากไปเสพแอมเฟตามีน เป็นต้น และ 2) ตัวกระตุ้นภายใน อาทิ ความกลัว ความโกรธ กระวน กระวายใจ หงุดหงิด กัดฟัน เบื่อหน่าย เหนื่อยล้า ซึมเศร้า เช่น อยู่บ้านรู้สึกเหงา เบื่อ จึงออกไปหาเพื่อนนอกบ้านเพื่อเสพแอมเฟตามีน เป็นต้น

การรู้เท่าทันตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสามารถใช้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอก และภายในนั้นได้อย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความคิดที่ไม่เหมาะสม หมายถึง ความคิดที่ไม่ถูกต้องต่อการใช้แอมเฟตามีนและความคิดด้านลบต่อตนเอง ซึ่งมีผลกระทบทางลบต่ออารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรืออาการทางกาย เช่น เมื่อโดนตำหนิก็คิดว่าตนเป็นคนเลว เป็นคนไม่ดี ไม่มีใครรัก เป็นต้น รวมทั้งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่ถูกต้องตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการเน้นให้ปรับเปลี่ยนที่ความคิดที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำในหัวข้อนี้ จะมีการให้ข้อมูลย้อนกลับในแต่ละประเด็น เราจะพบว่าวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนบาง



รายไม่สามารถมองถึงปัญหาและผลกระทบจากการเสพแอมเฟตามีนได้ แต่เมื่อมีการร่วมมือปรึกษาภายในกลุ่มจะส่งผลให้วัยรุ่นสามารถมองเห็นปัญหาและผลกระทบของการเสพแอมเฟตามีนได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้เรื่องการรู้เท่าทันตัวกระตุ้น ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ “เมื่อผมต้องทำงานหนักทุกครั้งผมจะคิดถึงยาบ้า แต่เมื่อผมเข้ากลุ่มแล้ว ถ้าหากผมต้องทำงานหนักอีก ผมจะนอนให้พอ และจะหาคนไปช่วย ไม่กลับไปใช้ยาบ้าอีก” (N2)

### 3. ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัย ดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

**3.1.1 พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นไปประยุกต์ใช้** ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลที่ดูแลวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน เพื่อใช้เป็นแนวทางการย้าเตือนทักษะที่เคยได้รับ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดครบตามกำหนดโปรแกรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพแอมเฟตามีนอีกได้

**3.1.2 ผู้ที่นำโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นไปใช้** มีความเข้าใจในความต้องการของวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีน สามารถปรับเปลี่ยนหรือยืดหยุ่นระยะเวลาในการทำกิจกรรมได้ เพื่อให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของผู้ติดแอมเฟตามีนหรือปัญหาของวัยรุ่น เช่น การฝึกทักษะการปฏิเสธการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

**3.2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น** ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน เพื่อเป็นการประเมินวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนต่อเนื่อง

**3.2.2 ในการใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น** มีการจัดกลุ่มจำนวน 10 คน พบว่าในบางครั้งมีผู้ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ควรมีการจัดกลุ่มให้ลดลงเพื่อจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างทั่วถึงและมีการใกล้ชิดกันมากขึ้น

บรรณานุกรม





- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยวรรณ ทศนภุชสี. (2552). กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร
- พรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 5,(2): 20-25
- มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร
- ลลิตา เดชาวุธ. (2547). ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์.ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วรภรณ์ มั่งคั่ง. (2558). *อิทธิพลของปัจจัยครอบครัวต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี.....*
- วิโรจน์ วีระชัยและคณะ. (2545). *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: โรงพยาบาลอัญญารักษ์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สมบัติ เสียมทอง. (2553). *ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด*.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2558). *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริลักษณ์ แสงส่อง. (2558). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่ได้ตีพิมพ์).จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2559). *แผนปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดปี 2559*. กรุงเทพฯ.
- \_\_\_\_\_. (2559). *สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2559*. กรุงเทพฯ.
- สุชา จันท์เอม. (2541). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ. ไทยวัฒนาพานิช
- สุชาติ เลหาบริพัตร. (2545). *แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. ปทุมธานี: วัชรอินเตอร์ปรีนติ้ง
- สีอรุณ แผลมภู. (2554). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด*. ปทุมธานี

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ.  
ชั้นตำการพิมพ์.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C. F. , Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance  
abuse. New York: Guilford Press.

Beck, J.S. (1995). Cognitive Therapy; Basics and Beyond. New York: The Guilford Press.

Melemis, M.S. (2010). How to Overcome Anxiety, Depression and Addiction. United  
States: Jennifer Stimon Design.



ภาคผนวก





ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |  |   |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย | อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. อาจารย์สุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์              | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันธัญญารักษ์ขอนแก่น                  |
| 3. อาจารย์สุพรรณษา พูลพิพัฒน์                  | นักจิตวิทยาคลินิก<br>สถาบันธัญญารักษ์ขอนแก่น                      |
| 4. อาจารย์สุชีรา อมรณพวรรณ                     | จิตแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด  |
| 5. อาจารย์สุณี อวารณ์                          | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลร้อยเอ็ด                        |



## ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ ทดลองเครื่องมือ และเก็บข้อมูล



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๖๕๗



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์สุพรรณษา พูลพิพัฒน์

ด้วย นางสาวกชพร นระธรร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัด  
ร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการ  
ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ  
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระธรร)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๖๖



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ด้วย นางสาวกชพร นระธาธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพยาฝิ่นซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการ ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์สุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์ และ อาจารย์สุพรรณษา พูลพิพัฒน์ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ใน เรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของ นักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระธาธร)

สำเนาเรียน ๑.อาจารย์สุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์ ๒.อาจารย์สุพรรณษา พูลพิพัฒน์





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๕๕๖

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์สุพรรณษา พูลพิพัฒน์

ด้วย นางสาวกชพร นระธาธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัด ร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการ ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*Andee Kongsak*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระธาธร)





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๕/๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ด้วย นางสาวกชพร นระราธ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างกรดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า แพทย์หญิงสุชีรา อมรมหพรณ และอาจารย์สุณี อวารณ์ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*สุทธีพร มูลศาสตร์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระราธ)

สำเนาเรียน ๑. แพทย์หญิงสุชีรา อมรมหพรณ ๒. อาจารย์สุณี อวารณ์



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๙๗๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงสุชีรา อมรมหพรณ

ด้วย นางสาวกชพร นระธาธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระธาธร)

สำเนาเรียน ๑. แพทย์หญิงสุชีรา อมรมหพรณ ๒. อาจารย์สุณี อวารณ



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๒๕๖๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์สุณี อวารณ์

ด้วย นางสาวกชพร นระธาธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัด ร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการ ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

สุทธิพร มูลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระธาธร)





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๖๐๒

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์สุนันทา สุขสาครธนาวัฒน์

ด้วย นางสาวกชพร นระธาธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัด  
ร้อยเอ็ด” โดยมีอาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการ  
ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ  
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทร ๐๙๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระธาธร)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๖๐๗



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
 จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทอง

ด้วย นางสาวกชพร นระราธ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
 การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผล  
 ของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด”  
 โดยมี อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยใช้  
 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมมารดูแลตนเองและแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงาน  
 ในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการขอเก็บข้อมูล ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๔๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นระราธ)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๖๐๗



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพหนอง

ด้วย นางสาวกชพร นະรารຸຸ ນັກສຶກສາທັກສູຕຣພາບາລສາສຕຣມຫາບັມຈິຕ ແຂນງວິຊາກບຣິຫາຣ  
ກຣພາບາລ ສາຂາວິຊາພາບາລສາສຕຣ ມຫາວິຫາລຸຍສຸໂຫຍັຣຣມາຣິຣາຊ ໄດ້ດຳເນີນກຳເນີນທຳວິທຳຍານິພົນຮື ເຣືອງ “ຜລ  
ຂອງຮູບແບບກຳຈັດກຳປ້ອກັກກັບໄປເສຟແອມເຟຕາມິນຊ້ຳຂອງວິຳຮຸ່ນ ຮອງພາບາລໂພນທອງ ຈັງຫວັດຣືອຍເອັດ”  
ໂດຍມີ ອາຈາຣຍ໌ ດຣ.ເຣຣນຸກຳ ທອງຄຳຣອດ ເປັນອາຈາຣຍ໌ທີ່ປຣິກຳວິທຳຍານິພົນຮື

ໃນກຳເນີນ ສາຂາວິຊາພາບາລສາສຕຣ ຂອບຄວາມອນຸເຣາຣະຫືໃຫ້ນັກສຶກສາທດລອງເຣືອງມືອກວິຈິຍໂດຍໃຊ້  
ແບບສັມພາຊນ໌ປຣະເມີນພຸດຕິກຣມກຳດູແລຕນເອນແລະແບບວັດຄວາມຟັງພອໃຈຂອງຜູ້ປຸຍທັງນັ້ນັກສຶກສາຈະໄດ້  
ປຣະສານງານໃນຣາຍລະເອີຍດເື່ອຍກັບ ວັນ ເວລາ ແລະສຳຄານທີ່ ໃນກຳເນີນຂອບທດລອງເຣືອງມືອກວິຈິຍດັງຄຳລ່າວ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทร ๐๔๐-๒๗๐-๓๑๒๘ (นางสาวกชพร นະรารຸຸ)



ภาคผนวก ค  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



### ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1. ชื่อโครงการ (ไทย)

ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น  
โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อโครงการ (อังกฤษ)

Effects of Relapse Prevention of Amphetamine use Model in Adolescents in  
Phothong Distric, Roi-Et Province

2. ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกชพร นระราธร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด โรงพยาบาลโพนทอง

โทรศัพท์ 043-571321 มือถือ 090-2703128 E-mail Address : Porn.nt.tai @ gmail.com

3. ชนิดของโครงการวิจัย

[ / ] การวิจัยเชิงทดลอง [ ] การวิจัยเชิงคุณภาพ [ ] การ  
วิจัยเชิงปริมาณ

[ ] การวิจัยเชิงบูรณาการ [ ] อื่นๆ โปรดระบุ .....

4. กลุ่มประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา

( ) 4.1 กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเปราะบาง

( ) ผู้ป่วยโรคจิต

( ) ผู้ต้องขัง

( / ) เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

( ) สตรีมีครรภ์

( ) ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง

( ) ผู้ป่วยสมองเสื่อม

( ) คนพิการ

( ) ชนกลุ่มน้อย/ต่างศาสนา/เชื้อชาติ

( ) ปัญญาอ่อน

( ) ผู้อพยพ

( / ) ผู้ป่วยโรคสมองตติดยา

( ) ทหารเกณฑ์

( ) อื่นๆ .....

( ) 4.2 กลุ่มไม่เปราะบาง ระบุ

สถานที่เก็บข้อมูล จำนวน 1 แห่ง ระบุ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดร้อยเอ็ด.....

ระบุสถานที่เก็บข้อมูลที่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของหน่วยงานภายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดร้อยเอ็ด

5. แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี) ระบุชื่อ .....

อยู่ในระหว่างการพิจารณา

ได้รับอนุมัติแล้ว

จำนวน/ ทุนที่ได้รับ ..... บาท

6. โครงร่างวิทยานิพนธ์/โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ เมื่อวันที่ .....
7. หน่วยงาน/สถาบันอื่นในการทำวิจัย (กรณีทำวิจัยร่วมกันหลายแห่ง) .....-.....
8. สิ่งที่ส่งมาด้วย

	มี	ไม่มี	เจ้าหน้าที่ บันทึก
8.1 บันทึกข้อความแจ้งความประสงค์ยื่นเสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information sheet)/หากเป็นวิทยานิพนธ์มีอาจารย์ที่ปรึกษาลงนามกำกับ เพื่อพิจารณาด้วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 ข้อมูลคำอธิบายและหนังสือแสดงความยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) หากเป็นวิทยานิพนธ์มีอาจารย์ที่ปรึกษาลงนามกำกับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 แผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย (ตารางกำหนดช่วงระยะเวลากิจกรรมการวิจัยทุกขั้นตอน รวมทั้งการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 ประวัติและคุณสมบัติ ซึ่งแสดงว่ามีความสามารถดำเนินการวิจัยนี้ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Research Proposal) ให้มีเนื้อหาครอบคลุม ดังนี้			
8.7.1 ชื่อโครงการวิจัยเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.2 ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.3 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขอบเขตของโครงการวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.4 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.5 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.6 กรอบแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.7 กลุ่มประชากรที่จะศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระบุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- เพศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ลักษณะ/ โรค หรืออาการเฉพาะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.8 รายละเอียดวิธีการติดต่อ/ วิธีการเข้าถึงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือเวชระเบียน ฯลฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เกณฑ์ในการคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เกณฑ์ในการให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.9 วิธีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ให้มีเนื้อหาและเอกสาร ดังนี้</b>			
- ระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข			
- ระบุการตอบแทน ชดเชย การดูแลรักษา และแก้ปัญหาอื่น ๆ กรณีเกิดผลแทรกซ้อนแก่ผู้ถูกวิจัย			
- ระบุประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้านจริยธรรม			
- เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้ถูกวิจัย หรือ อนุญาต (Patient or subject information sheet) เป็นภาษาไทย ทั้งนี้ ต้องระบุชื่อ สถานที่ติดต่อ หมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ หรือ โรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลรักษา กรณีเกิดผลแทรกซ้อน			
- ใบนินยอมให้ทำการวิจัยของอาสาสมัคร (inform consent)			
- กรณีที่ผู้วิจัยเห็นว่าไม่ควรหรือไม่จำเป็นต้องมีแบบคำแนะนำ หรือใบนินยอมของอาสาสมัครให้แสดงเหตุผล ความจำเป็น เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ			
8.7.10 เอกสารอ้างอิง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7.11 งบประมาณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>8.7.12 เครื่องมือวิจัย/โปรแกรมดำเนินการทดลอง/ คู่มือ (Questionnaire/scale/interview form/CRF) ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว</p> <p>ระบุ 1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8.7.13 เอกสารอื่น ๆ เป็นต้นว่า ใบประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ</p> <p>ระบุ 1. ....</p> <p>2. ....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9 ดิสเก็ต/ซีดี / ไฟล์ ฉบับสมบูรณ์ที่ประกอบด้วยข้อมูลตั้งแต่ ข้อ (8.1)-(8.7)

10. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขของคณะกรรมการฯ ดังนี้

10.1 ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

10.2 หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย

10.3 ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด

10.4 ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น

11.5 หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ

11.6 หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ





ภาคผนวก ง  
เครื่องมือการวิจัย



**แบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Consent Form)**

ที่.....  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ 2563

ข้าพเจ้า (ระบุค่านำหน้า).....

นามสกุล.....

อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวกชพร นระราทรเกี่ยวกับการเป็นผู้ร่วม โครงการวิจัยใน  
โครงการวิจัย ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น  
โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดได้อ่านเอกสารชี้แจงและได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์โครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ  
แก้ไข และอื่นๆ (ถ้ามี) จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ร่วม โครงการวิจัยของ  
โครงการวิจัยครั้งนี้ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ  
ล่วงหน้า และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุในเอกสาร  
ชี้แจง หากไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาวกชพร นระราทร)

ผู้ยินยอม

หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....เดือน..... ปี 2563

วันที่.....เดือน.....ปี 2563

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาล โพนทอง  
จังหวัดร้อยเอ็ด

## คำชี้แจง

แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นโรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด และเพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นโรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามมี 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น

ตอนที่ 3 ข้อมูลแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

ในการตอบแบบสอบถามขอให้ท่านตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย / ลงใน ( ) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับและจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ระดับการศึกษา  
( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น  
( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช ( ) 5. อนุปริญญา / ปวส.
4. สถานภาพสมรส  
( ) 1. โสด ( ) 2. อยู่ด้วยกัน ( ) 3. สมรส ( ) 4. หย่าร้าง / หม้าย / แยกกันอยู่
5. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย  
( ) 1. บิดา ( ) 2. มารดา ( ) 3. บิดา - มารดา  
( ) 4. ญาติ ( เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ) ( ) 5. คู่สมรส  
( ) 6. แฟน ( ) 7. เพื่อน ( ) 8. บุตร  
( ) 7. อื่นๆ.....

## 6. สถานภาพสมรสบิดา - มารดาของท่าน

- ( ) 1. อยู่ด้วยกัน ( ) 2. แยกกันอยู่ ( ) 3. หย่าร้าง  
( ) 4. บิดาถึงแก่กรรม ( ) 5. มารดาถึงแก่กรรม ( ) 6. บิดา -  
มารดา ถึงแก่กรรม

## 7. อาชีพ

- ( ) 1. นักเรียน / นักศึกษา ( ) 2. รับจ้าง ( ) 3. เกษตรกรรม  
( ) 4. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ( ) 5. ข้าราชการ ( ) 6. ว่างาน  
( ) 7. อื่นๆ.....

## 8. ท่านมีรายได้ ..... บาท

## ส่วนที่ 2 ความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่ แน่ใจ	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
1.การเสพยาบ้าทำให้ท่านผ่อนคลายหายเครียด หายกลัว					
2.การเสพยาบ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพและ ครอบครัว					
3.ถ้าอยากให้ผลการเรียนดี ต้องเสพยาบ้าใน การเรียนจะกระตุ้นให้ขยัน					
4.การเสพยาบ้าเป็นการเข้าสังคมอย่างหนึ่ง					
5.การเสพยาบ้าทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง					
6.การเสพยาบ้าทำให้ผู้เสพขาดสติ					
7.การเสพยาบ้าช่วยแก้ปัญหาชีวิตได้					
8.การเสพยาบ้าทำให้ชื่อเสียงวงศ์ตระกูลเสื่อม เสีย					
9.การหลีกเลี่ยงการเสพยาบ้าเป็นสิ่งที่ท่านต้อง ปฏิบัติโดยเคร่งครัด					
10.การหลีกเลี่ยงไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาบ้าเป็นหนทาง ที่จะนำไปสู่อนาคตที่ดี					

11.เมื่อมีปัญหาท่านมักจะปรึกษาผู้ใหญ่ที่ท่านไว้วางใจแทนการเสพยาบ้า					
12.เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจท่านจะหาสาเหตุและแก้ปัญหานั้น					
13.ท่านหลีกเลี่ยงการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ในเวลากลางคืนหรือมั่วสุมในแหล่งที่อาจนำไปสู่การเสพยาบ้า					
14.ท่านหลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ซุกจุกไปในทางเสื่อมเสียหรือเพื่อนที่มีประวัติติดยาบ้า					
15.ท่านมักจะคล้อยตามเพื่อน เมื่อเพื่อนชักชวนให้เสพยาบ้า					
16.หากเพื่อนคะยั้นคะยอให้เสพยาบ้าอีก ท่านจะเดินหนีจากไป					
17. เมื่อถูกเพื่อนเข้าซื้อบ่อยๆ ท่านไม่ทราบว่าจะปฏิเสธอย่างไร					
18.ถ้าเพื่อนเข้าซื้อซ้ำอีก ท่านจะขบใจเพื่อนแล้ว พูดว่า “เราไม่คิดจะลองเสพ”					
19.ท่านมักจะอยู่กับเพื่อนที่ติดยาบ้า					
20.ท่านกลัวเพื่อนจะเลิกคบจึงมักจะตามใจเพื่อนเสมอ					
21.หากท่านไม่ได้เสพยาบ้า ท่านจะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์					
22.ท่านและกลุ่มเพื่อนมักจะใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เสมอ เช่น การเล่นเกม อ่านหนังสือ					

## ตอนที่ 3 แรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1. ท่านสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยการไม่เสพยาบ้าถึงแม้สถานที่พักอาศัยจะมีการระบาดของยาบ้าก็ตาม					
2. ท่านมีแรงจูงใจที่จะเลิกยาเสพติดต่อเนื่องเมื่อบำบัดครบโปรแกรมที่กำหนด					
3. ท่านตัดสินใจด้วยตนเองที่จะเลิกเสพยาต่อเนื่อง					
4. ท่านได้รับทราบว่สังคมมีปัญหามากมายจากยาบ้า ท่านจึงไม่ต้องการเป็นปัญหาต่อสังคมเพิ่มอีกด้วยการไม่เสพยาบ้า					
5. ท่านมีความตั้งใจที่จะชวนเพื่อนสนิทเลิกเสพยาบ้าต่อเนื่อง					
6. ท่านพบว่าเพื่อนที่ติดยาบ้า มักจะหมดอนาคต					
7. ท่านสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆในทางลบได้ เช่น นอนตื่นสาย ขาดความรับผิดชอบในการทำงาน					
8. ท่านยังไม่สามารถเลิกยาบ้าได้อย่างเด็ดขาด ถึงแม้ว่าท่านจะอยากเลิกก็ตาม					
9. ท่านรู้สึกมีความสุขในการดำรงชีวิตโดยไม่ต้องใช้ยาบ้า					
10. ท่านรู้สึกแย่ถ้าต้องใช้ชีวิตโดยไม่ต้องใช้ยาบ้า					
11. ท่านจะแนะนำหรือชักชวนเพื่อนหรือญาติที่ใช้ยาบ้าให้หยุดเสพต่อเนื่องเหมือนท่าน					
12. ท่านจะรู้สึกดีทุกครั้งที่ไม่ได้ไปยุ่งเกี่ยวกับยาบ้า					



โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น  
คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลโพนทองจังหวัดร้อยเอ็ด

นางสาวกชพร นระธาธร  
ผู้จัดทำ



โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิชาวิทยานิพนธ์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

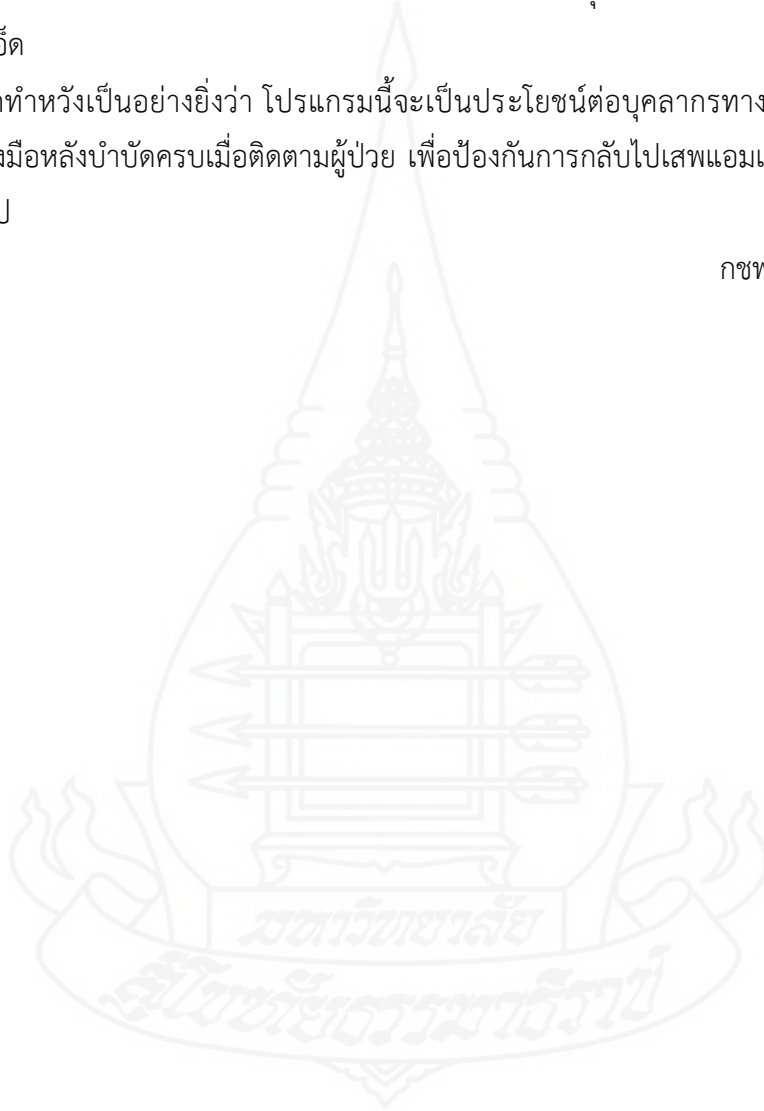
### คำนำ

โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติด โรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งผู้จัดทำได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง นำมาบูรณาการร่วมกับแนวคิด PDCA, MI, CBM, ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน นำมาออกแบบกิจกรรมและรูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โปรแกรมนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือหลังบำบัดครบเมื่อติดตามผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องต่อไป

กชพร นระราธ ผู้จัดทำ

สิงหาคม 2562



**กิจกรรม**

## สัปดาห์ที่ 1

ทำความรู้จักและจัดการกับตัวกระตุ้น

## สัปดาห์ที่ 2

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

## สัปดาห์ที่ 3

สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่าของบุคคลที่ประสบความสำเร็จ

## สัปดาห์ที่ 4

ครอบครัวและชุมชนในฝัน



## สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมทำความรู้จักและจัดการกับตัวกระตุ้น

ตัวกระตุ้น หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นๆ อาทิ คนสถานที่สิ่งของ อารมณ์ความรู้สึก และช่วงเวลา ที่อาจทำให้เกิดอาการอยากยาจนเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ เช่น

ตัวกระตุ้นแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวกระตุ้นภายนอก อาทิ สถานการณ์กิจกรรม บุคคล สถานที่ เวลาเช่น ถ้าทุกวันศุกร์หลังเลิกงาน สมาชิกได้รับเงินก็อยากไปเสพยาบ้า เป็นต้น และ 2) ตัวกระตุ้นภายใน อาทิ ความกลัว ความโกรธ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด กัดฟัน เบื่อหน่าย เหนื่อยล้า ซึมเศร้าเช่น อยู่บ้านรู้สึกเหงา เบื่อ จึงออกไปหาเพื่อนนอกบ้านเพื่อเสพยาบ้า เป็นต้น

การรู้เท่าทันตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสามารถใช้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอก และภายในนั้นได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์

1. สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวกระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ
2. สมาชิกสามารถบอกวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในอย่างเหมาะสมกับ

สถานการณ์

### ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

- 1 ชั่วโมง

### สื่อการสอน

1. ใบความรู้วงจรที่ทำให้ต้องกลับไปใช้ยาบ้า
2. ใบความรู้วิธีการจัดการตัวกระตุ้น
3. กระดาษขาว-เทา
4. ปากกาเมจิก
5. หนังกยาง
6. ดนตรี/เพลง

### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
2. ผู้นำกลุ่มอธิบายความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นให้สมาชิกรับฟัง
3. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่าอะไรคือตัวกระตุ้นของแต่ละคน นำมาจัดลำดับความสำคัญ 3

ตัวกระตุ้น

4. ฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น โดยจำแนกตามตัวกระตุ้น
5. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้น

### ประเมินผล

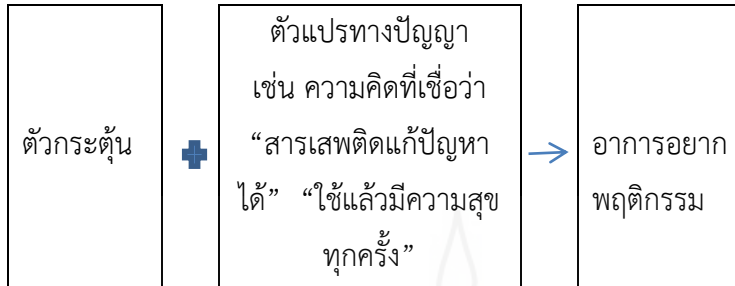
1. สมาชิกสามารถบอกถึงตัวกระตุ้นได้
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการจัดการตัวกระตุ้นได้

### ใบความรู้ที่ 1

## วงจรการใช้สารเสพติด

### สาระสำคัญ

1. วงจรที่ทำให้ต้องไปเสพยา



2. ตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยา ได้แก่ คน สถานที่ สิ่งของ อารมณ์ความรู้สึก ที่ทำให้เกิดความอยากยา
3. ตัวแปรทางปัญญา เป็นความเชื่อหรือความคิดว่า “การใช้ยาเสพติดจะทำให้สนุกขึ้น” และเกิดความคิดอัตโนมัติว่า “นิดเดียวไม่เป็นไร”

### ใบความรู้ที่ 2

#### ตัวกระตุ้นที่สำคัญและการจัดการกับตัวกระตุ้น

1. การคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติด ผู้ค้า และพบเห็นสถานที่ที่เคยเสพยา
  - 1.1 การหลบหรือหลีกเลี่ยงจากตัวกระตุ้น เมื่อพบตัวกระตุ้น เช่น ผู้ค้า หรือสถานที่ที่เคยใช้สารเสพติด ควรเดินหนีไป



- 1.2 การคบหาผู้ที่ไม่ใช่สารเสพติด ควรเปลี่ยนกลุ่มเพื่อนใหม่เพื่อลดการถูกชักชวนหรือพบเห็นตัวกระตุ้น



1.3 การหากิจกรรมที่มีประโยชน์ทำให้นึกถึงกิจกรรมที่ชอบและทำแล้วเกิดประโยชน์

1.4



## 2. ความคิด ความเครียด การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม

2.1 การฝึกสติและสมาธิ อาจทำได้โดยวิธีการหลับตาแล้วฟังความสนใจอยู่กับลมหายใจที่ผ่านเข้าออกบริเวณปลายจมูกเมื่อคิดถึงเรื่องสารเสพติด หากจับความรู้สึกของลมหายใจไม่ได้ ให้หายใจเข้าออกยาวๆ 2-3 ครั้ง แล้วผ่อนลมหายใจออก ทำต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 นาที ควรฝึกทำทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น เพื่อให้เกิดความชำนาญและสามารถนำมาหยุดความคิดอย่างได้ผล

2.2 การเตือนตนเองให้รู้สึกตัว เช่น ตีตหนังยางเมื่อคิดในสิ่งที่ไม่ถูกต้องให้อาหนางยงใส่ข้อมือเมื่อใดก็ตามเมื่อคิดถึงสารเสพติด ก็ให้ตีตหนังยางแล้วพูดกับตัวเองว่า ไม่ แล้วเปลี่ยนไปคิดเรื่องอื่นแทน

2.3 การปรึกษาผู้อื่น เมื่อเกิดความคิดอยากสารเสพติด การพูดคุยจะเป็นการช่วยระบายความรู้สึก การได้รับกำลังใจ จะช่วยให้ตระหนักในสิ่งที่กำลังคิดอยู่

2.4 การจินตนาการ ทำได้โดยการสร้างภาพอื่นให้เกิดขึ้นแทนที่ความคิดที่อยากใช้สารเสพติด





2.5 การฝึกผ่อนคลาย ให้หายใจเข้าลึกๆ หายใจออกช้าๆ แล้วฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



## สัปดาห์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ความคิดที่ไม่เหมาะสม หมายถึง ความคิดที่ไม่ถูกต้องต่อการใช้ยาบ้าและความคิดด้านลบต่อตนเอง ซึ่งมีผลกระทบทางลบต่ออารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรืออาการทางกายเช่น เมื่อโดนตำหนิก็คิดว่าตนเป็นคนเลว เป็นคนไม่ดีไม่มีใครรัก เป็นต้น รวมทั้งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่ถูกต้องตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการเน้นให้ปรับเปลี่ยนที่ความคิดที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับความคิดต่อการใช้ยาบ้าให้ถูกต้อง
2. เพื่อปรับความคิดด้านลบต่อตนเองให้ดีขึ้น

### ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

1 ชั่วโมง

### สื่อการสอน

1. ใบความรู้ความคิดที่ไม่ถูกต้อง
2. ใบงานการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
3. กระดาษขาว-เทา
4. ปากกาเมจิก

### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
2. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่า “ที่ผ่านมามีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้เกิดคิดอยากกลับไปเสพยาบ้า
3. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่า “ที่ผ่านมามีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้เกิดคิดด้านลบต่อตนเอง
4. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างความคิดต่อการใช้ยาบ้าตามใบความรู้
5. ให้สมาชิกทำใบงานการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
6. ให้สมาชิกรับเสนอใบงาน
7. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันอภิปราย
8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกิจกรรม

**ประเมินผล**

1. สมาชิกมีความคิดต่อการใช้จ่ายที่ถูกต้อง
2. สมาชิกมีความคิดต่อตนเองดีขึ้น



**ใบความรู้**

**รูปแบบของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม**

**วงจรตามความเชื่อเดิม**

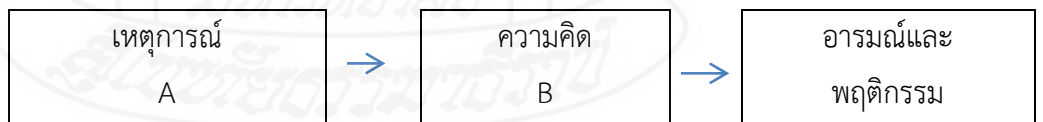


ถูกตำหนิ	โกรธ	พูดโต้เสียงดัง
ถูกลี้อตเตอร์ เลขท้ายสองตัว	ดีใจ	ยิ้มแย้มสดชื่น

แต่ - มีบางคนที่ถูกตำหนิ ไม่โกรธและยังยิ้มได้  
 - มีบางคนที่ถูกลี้อตเตอร์ เลขท้ายสองตัว รู้สึกเฉยๆ ไม่ยิ้ม

ดังนั้นจึงเกิดวงจรความสัมพันธ์ใหม่ ที่เชื่อว่า ระหว่างเหตุการณ์ A อารมณ์และพฤติกรรม C จะต้องมีความคิด B เกิดขึ้น จึงทำให้แต่ละคนมีอารมณ์และพฤติกรรมที่ต่างกัน

**วงจรความเชื่อใหม่ (วงจร ABC)**

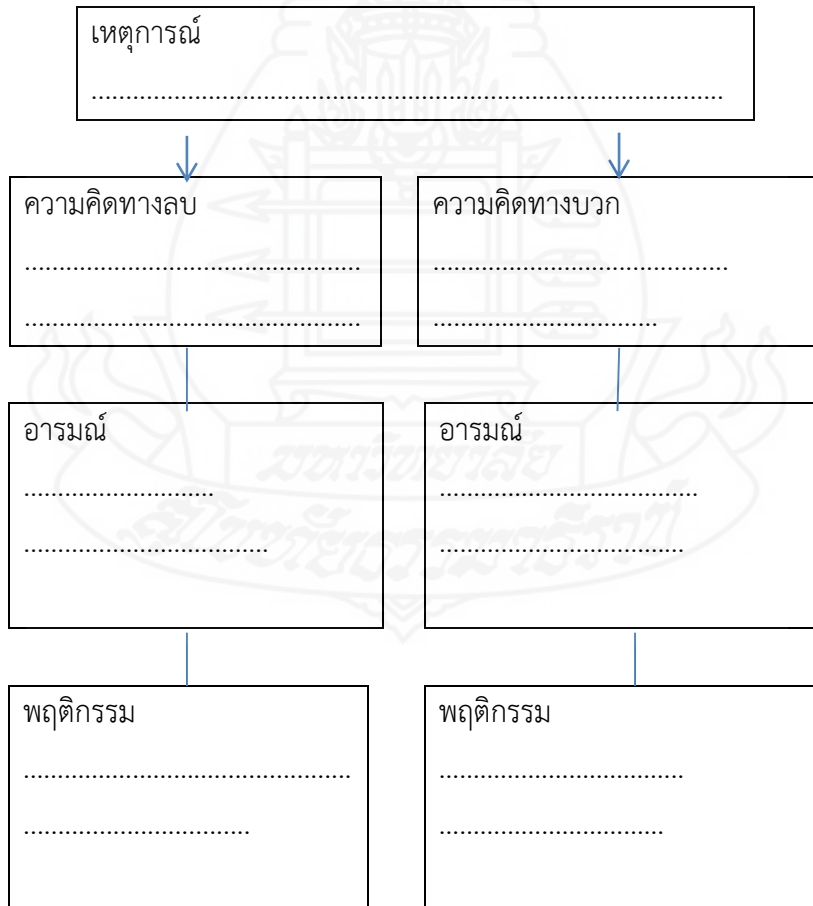


ถูกตำหนิ	→	ทำดียังจะดำอีก	→	โกรธ หงุดหงิด นินทา
		อยากให้เราพัฒนาตัวเอง	→	ไม่โกรธ สีหน้า
				แสดงความเข้าใจ
ถูกลี้อตเตอร์	→	มีเงินใช้แล้ว	→	ดีใจ กระโดดโลดเต้น
เลขท้ายสองตัว	→	ถูกนิตเดียวเอง	→	เบื่อ หน้ามู๋ ไม่คุยกับใคร

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง ถูกแพนทั้ง	-จะเลิกยาเพื่อ ใคร  -จะเลิกยาทำไม	-อารมณ์เครียด หงุดหงิด	-พฤติกรรม เสพ ยาเสพติด ต่อเนื่อง
	-เลิกยาเพื่อ ตัวเอง  -เลิกยาเพื่อพ่อ แม่	-อารมณ์ไม่ เครียด ไม่ หงุดหงิด  -มีความสุข	-พฤติกรรม ไม่กลับไปเสพ ยาเสพติด

ใบงานที่ 1  
การปรับเปลี่ยนความคิด



### สัปดาห์ที่ 3 สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่าและบุคคลที่ประสบความสำเร็จ

แรงจูงใจคือแรงผลักดันในการเริ่มต้น นำทางและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลมุ่งสู่เป้าหมาย แรงจูงใจเป็นกลไกของมนุษย์ที่พยายามใช้เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดและเพิ่มความปิติยินดีเป็นตัวแทนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

แรงจูงใจอาจไม่สมเหตุสมผลเสมอไป จึงเป็นเหตุผลที่อธิบายว่าทำไมผู้คนจึงติดในกับดักของการเสพติด แรงจูงใจที่ผิดทิศทางบังคับให้ต้องใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและทำให้ยิ่งเจ็บปวดเพื่อที่จะสร้างชีวิตที่ดีและห่างไกลจากการเสพติด

บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาแรงจูงใจขึ้นมาเพื่อให้ความปรารถนานี้กลายเป็นความจริง

#### วัตถุประสงค์

1. สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้
2. สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจของตนเองที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้

#### ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

1 ชั่วโมง

#### สื่อการสอน

1. บุคคลต้นแบบ
2. ใบงานการรับฟังการเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
3. ใบงานคำมั่นสัญญา
4. กระดาษขาว-เทา
5. ปากกาเมจิก

#### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมบุคคลต้นแบบ
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
3. ให้สมาชิกฟังประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
4. ให้สมาชิกทำใบงานการรับฟังการเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
5. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ
6. ให้สมาชิกทำกิจกรรมแรงจูงใจของฉันทัน
7. ให้สมาชิกรับเสนอใบงาน
8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกิจกรรม

#### ประเมินผล

1. สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้
2. สมาชิกสามารถบอกแรงจูงใจของตนเองที่จะไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

ใบงานที่ 1

ให้ท่านรับฟังการเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบและตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับเรื่องราวที่ได้รับฟัง

.....  
.....  
.....

2. ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้บุคคลในเรื่อง/บุคคลรับเชิญประสบความสำเร็จในชีวิต

.....  
.....  
.....

3. บุคคลตามเรื่องเล่า/บุคคลรับเชิญ มีความคิด/วิถีคิดอย่างไรหรืออะไรคือสิ่งที่ทำให้ไม่ยอมแพ้เมื่อเจอกับปัญหา และอุปสรรค

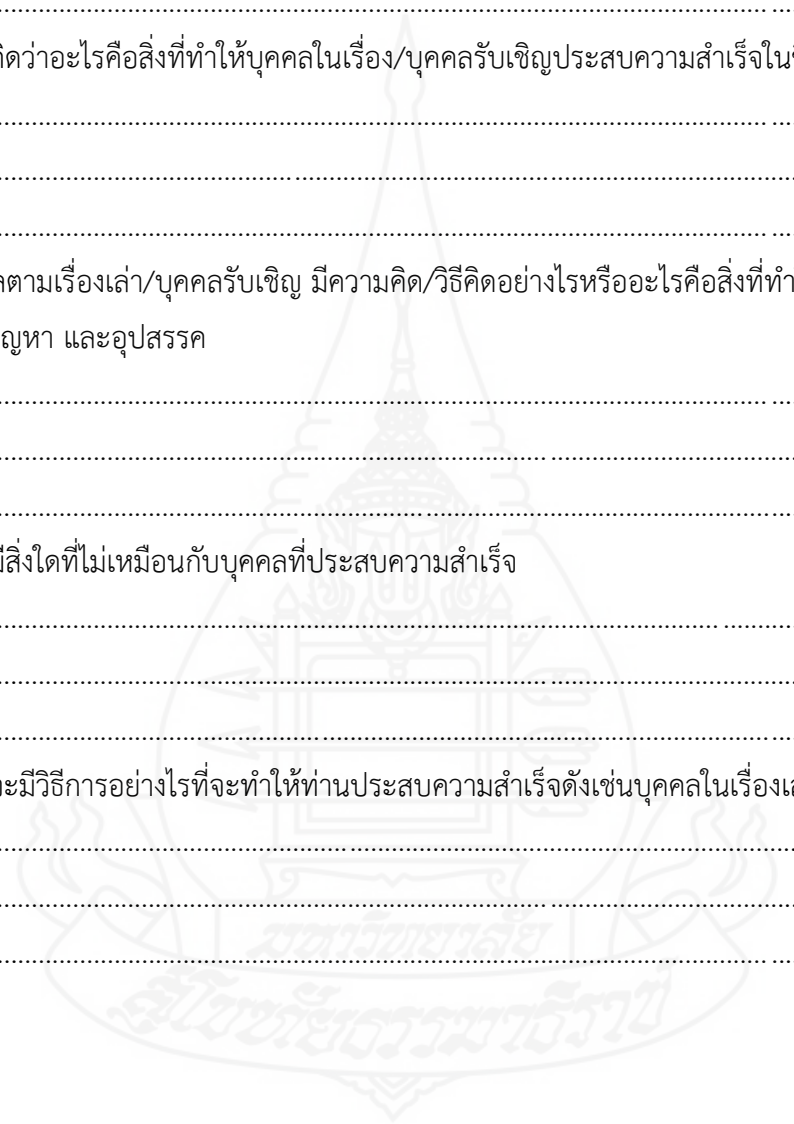
.....  
.....  
.....

4. ท่านมีสิ่งใดที่ไม่เหมือนกับบุคคลที่ประสบความสำเร็จ

.....  
.....  
.....

5. ท่านจะมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้ท่านประสบความสำเร็จดังเช่นบุคคลในเรื่องเล่า/บุคคลรับเชิญ

.....  
.....  
.....





**ใบงานที่ 2**  
**แรงจูงใจของฉัน**

ข้อที่ 1 สิ่งที่คุณต้องการเปลี่ยนแปลง

.....

ข้อที่ 2 เหตุผลสำคัญที่คุณต้องเปลี่ยนแปลง

.....

ข้อที่ 3 ขั้นตอนที่คุณต้องทำในการเปลี่ยนแปลง

.....

ข้อที่ 4 สิ่งที่มีผู้อื่นจะช่วยฉันได้

.....

ข้อที่ 5 ฉันจะรู้ว่าแผนการของฉันประสบความสำเร็จเมื่อ

.....

ข้อที่ 6 อุปสรรคที่อาจจะทำให้แผนการล้มเหลว

.....

แรงจูงใจนี้เขียนไว้ ณ วันที่ ..... และได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....

(.....)

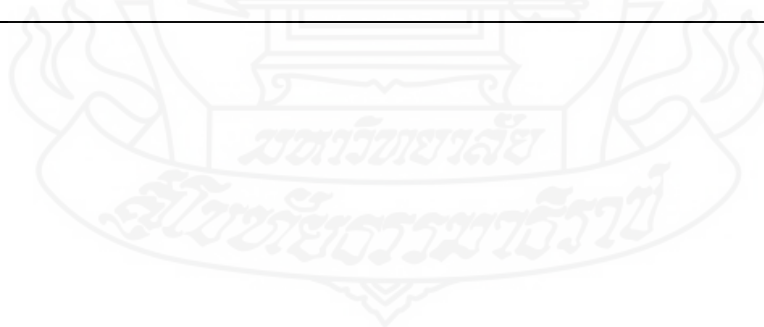
พยาน.....

(.....)



ใบงานที่ 3  
ตัวตนของฉัน

ความสามารถพิเศษ	สิ่งที่ควรปรับปรุง
<p>แรงจูงใจที่จะไม่กลับไปใช้ซ้ำอีก : ฉันทำได้</p> 	



#### สัปดาห์ที่ 4 ครอบครัวและชุมชนในฝัน

ครอบครัว คือ กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกัน มีความผูกพันกันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย มีปฏิสัมพันธ์ในการ อยู่ร่วมกัน ในด้านของความรัก ความปรารถนาดี ความห่วงใย ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ซึ่งกันและกัน

ชุมชน คือ การอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนจำนวนหนึ่งในพื้นที่แห่งหนึ่ง เพื่ออาศัยทรัพยากรธรรมชาติในบริเวณนั้นในการดำรงชีวิต โดยเหตุที่มีคนกลุ่มดังกล่าวอาศัยอยู่ร่วมกันใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิต จึงมีการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันขึ้น มีองค์กรหรือสถาบันของชุมชนกฎเกณฑ์ต่าง

ความรัก ความเข้าใจจากครอบครัว และการยอมรับจากชุมชนมีผลต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งนี้สามารถสร้างเสริมได้จากการให้ความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกันรับฟังความรู้สึก และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

#### ระยะเวลาดำเนินการ

1 ชั่วโมง

#### สื่อการสอน

1. ใบงานครอบครัวและชุมชนในฝัน
2. กระดาษวาดรูป
3. ดินสอสี
- 4.ปากกาเมจิก
5. กระดาษขาว – เทา
6. ปากกาเมจิก

#### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและนำเข้าสู่บทเรียน
2. ให้สมาชิกที่เป็นวัยรุ่นเล่าความต้องการของตนเอง ให้ผู้นำชุมชน ครู ครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัดรับฟัง พร้อมจดบันทึก
3. ให้ครอบครัว ผู้นำชุมชน ครู เล่าความต้องการของตนเอง ให้สมาชิกรับฟังพร้อมจดบันทึก
4. แบ่งกลุ่มสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มประกอบด้วย ผู้เข้ารับการบำบัด ผู้นำชุมชน ครู ครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัด
5. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันวาดภาพครอบครัวในฝัน
6. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มนำเสนอ
7. ร่วมกันอภิปรายกลุ่ม

8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปกิจกรรม

**ประเมินผล**

1. สมาชิกสามารถบอกแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในครอบครัวได้
1. สมาชิกสามารถบอกแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในชุมชนได้

**ใบงาน**

ให้สมาชิกในกลุ่มวาดรูปครอบครัวและชุมชนในพื้นที่อยากให้เป็น









## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นางสาวกชพร นระราธ
วัน เดือน ปีเกิด	14 มกราคม 2528
ที่อยู่ปัจจุบัน	123 ม.16 ต.ดินดำ อ.จันทาร จ.ร้อยเอ็ด 45000
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลโพนทอง อ.โพนทอง จ.ร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี พ.ศ. 2555 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตร 4 เดือน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2556 ปริญญาตรี คณะมนุษยนิเวศศาสตร์ สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ เด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

