

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน



นางสาวสินุช นันทสูงเนิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA OF PATIENTS
WITH AMPHETAMINE DEPENDENCE

Miss Sineenut Nunsoongnern



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของ
	ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
โดย	นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

สินีนุช นันท์สูงเนิน : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (SELECTED FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA OF PATIENTS WITH AMPHETAMINE DEPENDENCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ประνομม รอดคำดี, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกุล, 131 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย ที่เสพติดสารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จำนวน 242 คน จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า, แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และ แบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2,3,4 และ 5 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84, .78, .92 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คองดิงเจนซี และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันมีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 50.4 มีการรับรู้ตราบาปในระดับมาก
2. เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระบบการบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.228$) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .220$) และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .140$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777198436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PERCEIVED STIGMA / PATIENTS WITH AMPHETAMINE DEPENDENCE

SINEENUT NUNSOONGNERN: SELECTED FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA OF PATIENTS WITH AMPHETAMINE DEPENDENCE. ADVISOR: ASST. PROF. BRANOM RODCUMDEE, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 131 pp.

The purposes of this descriptive correlation research were 1) To study the perceived stigma of patients with amphetamine dependence and 2) To study the correlation between perceived stigma and internal factors including gender, age, education, marital status, self-efficacy, depression and social support need. External factors included treatment systems in patients with amphetamine dependence. The samples were 242 male and female who met the inclusion criteria at Thanyarak Hospital, Pathumthani Province. The instruments in the research were Personal questionnaire, General perceived self - efficacy scale, The beck depression inventory, Need of social support scale and The perceived stigma of substance abuse scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. Cronbach's alpha coefficient reliability were .84, .78, .92, and .72. The data were analyzed with descriptive statistics including Chi-square, Contingency coefficient and Pearson's product moment correlation. Major findings were as follows:

1. Most of the patients with amphetamine dependence as were 50.4% have high perceived stigma.
2. Sex, age, education level, marital status and treatment systems were not significantly correlated to perceived stigma in patients with amphetamine dependence at .05 levels.
3. Self-efficacy had a negative correlation with perceived stigma, significantly at .05 level ($r = -.228$). Social support need had a positive correlation with perceived stigma in patients with amphetamine dependence significantly at .05 level ($r = .220$) and depression had a positive correlation with perceived stigma in patients with amphetamine dependence significantly at .05 level ($r = .140$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม) ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา แนะนำ คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ส่งเสริมและให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีแรงบันดาลใจ มีความมุ่งมั่น รวมทั้งให้ความเอื้ออาทรและเอาใจใส่เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางและให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสพการณ์และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดมา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช ที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยอย่างเต็มที่ในการทำวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
ตัวแปรที่ศึกษา.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน	17
2. ทรานาบปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน.....	28
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ทรานาบปในผู้ป่วยเสพสารแอมเฟตามีน	36
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากร.....	54

กลุ่มตัวอย่าง	54
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย.....	79
อภิปรายผลการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะ	86
รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	103
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	105
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	107
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชาชนตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	115
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรม	118
ภาคผนวก ฉ จดหมายการขอใช้เครื่องมือและจดหมายตอบรับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	131

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยภายนอก คือ ระบบบำบัด ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242).....	68
ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242).....	69
ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242).....	70
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242).....	71
ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n=242)	72
ตารางที่ 7 ค่าความสัมพันธ์ของไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เพศ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการบำบัด กัับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน(n = 242).....	73
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient) (r) ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n = 242)	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาการติดสารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก โดยมีความเกี่ยวพันและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและความมั่นคงต่อประเทศชาติ อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม และนับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยนับว่าเป็น 1 ใน 20 ประเทศที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับผู้ติดสารเสพติดอย่างรุนแรง (ป.ป.ส., 2557) โดยเมื่อพิจารณาจากสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม ปี ค.ศ. 2012 แสดงให้เห็นแนวโน้มการแพร่ระบาดของสารเสพติดเปรียบเทียบกับข้อมูลของกลางที่จับกุมได้พบว่า สารในกลุ่ม Amphetamine-type stimulants (ATS) มีแนวโน้มการแพร่ระบาดสูงขึ้นมากกว่าสารเสพติดในกลุ่มอื่นๆ เมื่อวิเคราะห์แยกรายภูมิภาคพบว่า ในแถบเอเชียใต้และตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ใช้สาร ATS สูงกว่าภูมิภาคอื่นของโลก (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549) สอดคล้องกับสถิติผู้เข้ารับการรักษาเสพติดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า สารเสพติดที่มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดมากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน มีจำนวน 96,393 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.37 จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และยังคงสอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ซึ่งเป็นสถาบันหลักในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสารเสพติดในประเทศไทย พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 1,193 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.95 เป็นผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สารแอมเฟตามีนยังคงมีความรุนแรงและยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยจึงสมควรได้รับการแก้ไขปัญหา

สารเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamines) เป็นสารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ร่างกายตื่นตัวมีพลังกำลังมากเป็นพิเศษ แต่ในทางตรงกันข้ามหากร่างกายได้รับสารเหล่านี้มากเกินไปก็จะทำให้ผู้เสพมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้มีอาการหวาดระแวง จิตหลอน นำมาซึ่งเหตุการณ์รุนแรง และการเกิดอาชญากรรมต่างๆ ดังนั้น ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนจึงเป็นผู้ป่วยที่น่าเป็นห่วงทั้งในภาวะปัจจุบันและอนาคตภายภาคหน้า (มานพ คณะโต, 2551) กลไกการออกฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนมีต่อสมองส่วนที่ควบคุมความพึงพอใจ โดยกระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนออกมาจากจุดประสานประสาทมากขึ้น นอกจากนี้ สารแอมเฟตามีนยังมีฤทธิ์ทำลายส่วนที่เก็บสะสมโดปามีนไว้ในจุดประสานประสาท ส่งผลให้โดปามีนหลั่งออกมาจนทำลายระบบประสาท ผู้เสพติดจึงเกิดอาการ

ทางจิตประสาท อารมณ์หงุดหงิด ระวัง หรือซีมีเศร้าได้ (Karl et al., 2004) โดยอาการทางจิตที่พบในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน เช่น มีลักษณะคล้ายกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) ซึ่งมีอาการแสดง คือ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย อาจมีเห็นภาพหลอน หูแว่ว อารมณ์แสดงออกไม่เหมาะสม และมีภาวะทำงานมากเกินปกติ อีกทั้งแอมเฟตามีนยังทำให้เกิดอาการของภาวะคลุ้มคลั่ง โดยแสดงออกในรูปของพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง จนถึงอาจมีการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น หรือ บางรายอาจมีอาการคลุ้มคลั่งสลับกับซีมีเศร้าได้ โดยอาการเหล่านี้เกิดในช่วงของการเมาสารเสพติด (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ จนกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม กล่าวคือ มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการเสพสารแอมเฟตามีน พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้สารแอมเฟตามีนมาเสพ และมักแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเสียไป ขาดความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่ดีของตนเอง และขาดวินัย (จำเนียร สุวรางกูร, 2552) เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาสังคม และเมื่อคนในสังคมเกิดความหวาดกลัว ไม่มั่นใจ คิดและเห็นแต่ปัญหาของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด จนทำให้คนในสังคมเกิดทัศนคติในเชิงลบ มีท่าทีการแสดงออกของสังคมในทางลบ หวาดกลัว และรังเกียจผู้ป่วย เกิดการปฏิเสธทั้งคนในครอบครัว ที่ทำงาน และสังคม จนผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ของการถูกปฏิเสธทางสังคม คือ ครอบครัวแตกแยก ขาดความรัก ไม่มีที่อยู่ ไม่มีงานทำ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติทั่วไป เกิดเป็นการสร้างตราบาปให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และลดทอนโอกาสที่ผู้ป่วยเหล่านั้นจะได้แก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งโอกาสที่จะขอความช่วยเหลือสังคมอีกด้วย (เบญจมาศ ดวงจำปา, 2557) โดยสอดคล้องกับ Link et al. (1997) ได้กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์ของการถูกปฏิเสธทางสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงานทำให้เกิดตราบาปกับผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด

Goffman (1963) กล่าวว่า ตราบาป เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อบุคคลที่มีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น ซึ่งนำไปสู่ความมีอคติ การลดคุณค่า การมองในทางลบ การไม่ให้ความสำคัญและการปฏิบัติที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไปกับบุคคลดังกล่าว โดย Luoma et al. (2010) ได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์และศึกษาต่อในกลุ่มของผู้ป่วยติดสารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกกล่าวโทษและตำหนิให้หมดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในทางลบ จากการศึกษาแนวคิดนี้ในกลุ่มผู้ป่วยใช้สารเสพติด Luoma et al. (2010) ได้กล่าวว่า ตราบาปเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในกระบวนการประทับตราบาปของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป กระบวนการประทับตราบาปขึ้นอยู่กับบรรทัดฐาน คุณค่าของบุคคลในสังคมนั้นๆ โดยสามารถแบ่งตราบาปได้ชัดเจน 3 แบบ คือ Enacted stigma คือ การมีประสบการณ์โดยตรงจากการถูกเลือกปฏิบัติทางสังคม รู้สึกว่าถูกกีดกัน

จากสังคม, Self-stigma คือ ความคิดเชิงลบของบุคคลมองตนเองไม่มีคุณค่า ความรู้สึกกลัว อับอาย และ Perceived stigma คือ องค์ประกอบหนึ่งของ Self-stigma ที่เกิดเป็นความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่าเป็นคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง ยอมรับและคิดแง่ลบกับตนเองว่า ตนเองไม่ดีเท่าเทียมกับคนอื่นและแตกต่างจากคนอื่นทั่วไปจริง (Luoma et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ตราบาปเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด โดยจากหลายงานวิจัยพบว่า การรับรู้ตราบาปคืออุปสรรคในการเข้ารับการรักษา (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, and Toneatto, 1993; Tuchfeld, 1981; Tucker, Vuchinich, and Gladsjo, 1994) และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ติดสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ตราบาปอย่างรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั่วไป (Rao et al., 2009; Schomerus et al., 2011) เนื่องจากสารเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดนั้นมีการรับรู้และมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองจากการใช้สารเสพติดได้ แต่กลุ่มผู้ติดสารเสพติดส่วนใหญ่ยังไม่ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง จนทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซ้ำๆ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้การคิด กลุ่มผู้ติดสารเสพติดจึงมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั่วไป (Corrigan et al., 2009; Livingston et al., 2012) และจากผลการศึกษาของ Ahern et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดแบบกระตุ้นประสาทมักมีการก่ออาชญากรรมเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากต้องการนำเงินที่ได้ไปซื้อสารเสพติด ทำให้คนในสังคมส่วนใหญ่มองว่าผู้ติดสารเสพติดเป็นคนที่ผิดศีลธรรม ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดรู้สึกตนเองถูกแบ่งแยกกีดกัน เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง ยอมรับและคิดแง่ลบกับตนเองว่า ตนเองไม่ดีเท่าเทียมกับคนอื่นและแตกต่างจากคนอื่นทั่วไปจึงเกิดการรับรู้ตราบาปในตนเองขึ้น (Luoma et al., 2010) จากข้อมูลดังกล่าวจึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน มีแนวโน้มมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในระดับสูง และเป็นเรื่องยากที่จะลดปัญหาและลดทัศนคติของสังคมเกี่ยวกับการประทับตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด (Livingstone et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ดวงจำปา (2557) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด กล่าวว่าบุคคลเหล่านี้ถูกตีตราบาปจากสังคมไปแล้วว่าเป็น “ชั้ย” เพราะมีการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ โดยผลการศึกษาพบว่า ตราบาปนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดสารเสพติดอยู่ในระดับรุนแรงสูงร้อยละ 56.1 ระดับปานกลางร้อยละ 20.8 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 23.1 ตราบาปทำให้ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดพบปัญหาและอุปสรรคหลายอย่าง ทำให้การรักษาและการบำบัดของผู้ป่วยนั้นยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น การกลัวต่อการถูกตีตราบาปทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดไม่ยอมเข้ารับการรักษา (Cunningham et al., 1993; Tucker et al., 1994) ดังเห็น

ได้จากงานวิจัยของ Scioli et al. (2015) ที่พบว่า การกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดนั้นทำให้เกิดการติตราของคนที่สังคม และเกิดทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยมากขึ้นว่าเป็นคนล้มเหลว เกิดการปฏิเสธผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดไม่สามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้ การฟื้นฟูบำบัดสารเสพติดยิ่งเป็นไปในทางที่ยากมากขึ้น ทั้งนี้ การเสพซ้ำ หรือการติดสารเสพติดที่ยาวนานยิ่งทำให้กระบวนการรับรู้ตราบาปยิ่งมากขึ้นดังที่กล่าวมา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน 2 กลุ่มคือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในประกอบด้วย 1) เพศ Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การติตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดวัยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และกัญชา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยเพศหญิงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ทำการศึกษาเรื่องตราบาปและผลกระทบที่ตามมา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดและจิตเวช พบว่า เพศหญิงที่ติดสารเสพติดจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าเพศชายที่ติดสารเสพติด และยังสอดคล้องกับ Simpson and McNulty (2008) ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีน กัญชา ที่ประเทศอังกฤษ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด จะมีคะแนนการรับรู้ตราบาปจะสูงกว่าเพศชายที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด โดยจากการศึกษาของศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ (2556) มองว่าเพศชายและหญิงมีมิติการเข้าสู่เส้นทางการติดสารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยการติดสารเสพติดในเพศชายถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนการติดสารเสพติดในเพศหญิงคนในสังคมมักมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นการสร้างตราบาปให้กับเพศหญิงที่ติดสารเสพติดมากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษามีบางการศึกษาที่ผลไม่สอดคล้องกับที่กล่าวมา เช่น Arsenault (2010) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป 2) อายุ Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การติตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดวัยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป ($r=-.06$) โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่มีสัมพันธภาพกับเพื่อน สังคม การศึกษา การทำงาน และการใช้อินเทอร์เน็ตติดต่อทางสังคมมากกว่าวัยสูงอายุที่มีมักจะอยู่กับครอบครัว แยกตัวอยู่กับบ้าน ทำให้ไม่ได้พบปะคนในสังคมเท่าวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Arsenault (2010) ศึกษาเรื่อง กระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ยาไอ้ จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ($r=.199$)

3) ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ Palamar (2010) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่มีการศึกษาสูง จะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่จบระดับปริญญาตรีจะมีหน้าที่การงาน การเข้าสังคม พบปะผู้คนมากกว่านักเรียนที่กำลังศึกษาระดับมัธยมจึงมีการถูกตีตรา น้อยและรับรู้การตีตราบาปน้อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Etesam et al. (2014) และ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป

4) สถานภาพสมรส Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่สมรสและอยู่ด้วยกันนั้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าผู้ป่วยที่โสด อาจเป็นเพราะคนในครอบครัวรู้สึกกดดันและรู้สึกอับอายจากคนในสังคม รู้สึกว่าคนในสังคมแบ่งแยก กีดกันมองครอบครัวตนเองไม่ดี เนื่องจากคนในครอบครัวมีผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ด้วย (Link et al., 1997) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ดี มองตนเองในแง่ลบและยังทำให้ครอบครัวตนเองถูกแบ่งแยกเกิดการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ศึกษาเรื่อง ยาเสพติดในประเทศอินเดีย พบว่า การรับรู้ตราบาปจะมีคะแนนอยู่ในระดับสูง หากผู้ป่วยมีสถานะโสด เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่โสดนั้นไม่มีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม กลัวการเข้าสังคม เกิดการรับรู้ตราบาปในตนเองมากขึ้นไปอีก และยังมีการศึกษาที่ ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันเช่น Mohammed (2016) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้เสพยาเสพติด

5) เชื้อชาติ Fortney et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ แอลกอฮอล์และสารเสพติด(แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา) ที่มีเชื้อชาติ แอฟริกัน-อเมริกัน จะมีการรับรู้ตราบาปที่น้อยกว่าเชื้อชาติอื่นๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Minior et al. (2003) ที่พบว่า การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เชื้อชาติลาตินจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติ แอฟริกัน-อเมริกัน

6) ประวัติการบำบัดรักษา Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า ประวัติการบำบัดรักษาไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาปในสังคม แต่ประวัติการบำบัดรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

7) ประวัติการใช้สารเสพติดทางเส้นเลือด Latkin et al. (2010) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติใช้แอมเฟตามีน เฮอร์อีน พบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ใช้วิธีการเสพยาด้วยการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือดนั้น มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาป โดยการใช้สารเสพติดทางเส้นเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป

8) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Louma et al. (2014) ศึกษาเรื่อง การคาดคะเนตราบาปในการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยติด

สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน,โคเคน,กัญชา,แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตรา
 บาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดหากมีการ
 รับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงจะทำให้มีการรับรู้ตราบาปในตนเองสูงขึ้น โดยผู้ป่วยจะเริ่มกลัวการรับรู้
 ตราบาป คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเกิดกลไกการป้องกันตนเอง โดยจะพยายามหลบหนีอยู่ใน
 สถานบำบัดไปเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดมากขึ้น **9) ภาวะซึมเศร้า**
 Michele,Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสาร
 เสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน,เฮโรอีน,แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตรา
 บาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงจะมีภาวะ
 ซึมเศร้าที่สูงขึ้นไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปจะมีความรู้สึกที่ตนเอง
 ถูกแบ่งแยก กีดกันออกจากสังคม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้มากขึ้นจึงทำให้รู้สึกหดหู่ แยกตัว เกิดภาวะ
 ซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับ Semple,Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการ
 บำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า การ
 รับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของLink et al.
 (1997) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดพบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
 ภาวะซึมเศร้า **10) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม** Lynn (2015) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติ
 และอุปสรรคในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน เฮโรอีน และกลุ่มที่
 มีความพิการทางร่างกาย พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ
 รับรู้ตราบาป ($r = .22$) โดยผู้ป่วยเสพสารเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ก็จะมีความต้องการ
 การสนับสนุนในสังคมสูงด้วยเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Michele,Lisa and Nancy
 (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
 คือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน,เฮโรอีน,แอลกอฮอล์ พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมี
 ความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจาก
 ครอบครัว,เพื่อน และบุคคลที่สำคัญในชีวิต เนื่องจากอาจเป็นเพราะผู้ป่วยสารเสพติดต้องการความ
 เข้าใจ ลดความคิดอคติ โดยพบว่าหากคนในสังคมให้ความช่วยเหลือ เข้าใจผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่าง
 แท้จริง ก็ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดยอมรับการบำบัดรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้
 (Ellis et al., 2004)

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ **1) ระบบการบำบัด** จากการศึกษาของ Arsenault (2010) เรื่อง
 กระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย
 และอาชญากรรม พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับระบบบำบัด โดยผู้ป่วยติดสารเสพติดที่
 ถูกบังคับบำบัดจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกบังคับบำบัด

อาจมีความรู้สึกกว่า คนในสังคมมองตนเองในแง่ร้ายเพราะโดนจับมาบำบัด รู้สึกถูกตำหนิจากสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar et al. (2010) สำหรับการศึกษานี้ให้ผลไม่สอดคล้องคือ Corrigan, Kuwabara and O'Shaughnessy (2009) ที่พบว่าระบบบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยทำการศึกษาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มการบำบัด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมัครใจบำบัด (n = 93) กลุ่มบังคับบำบัด (n = 54) และกลุ่มต้องโทษ (n = 11) โดยพบว่า อาจเป็นเพราะการที่ประชาชนมีจิตวิทยาที่ดีมากขึ้น มีการปรับความคิดที่ยืดหยุ่นเริ่มยอมรับคนที่ใช้สารเสพติดในสังคมมากขึ้น หรืออาจเป็นเพราะกฎหมายในปัจจุบันไม่เข้มแข็งพอทำให้ประชาชนมองว่าการบำบัดแต่ละอย่างนั้นไม่มีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนพบเพียงการศึกษาของปิยะนาฏ จันทร์กระจ่าง (2546) ที่ศึกษาเรื่อง กระบวนการประทับตราบาปจากสังคม: กรณีศึกษาเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับการเสพยาบ้าในจังหวัดเชียงราย และการศึกษาของเบญจมาศ ดวงจำปา (2557) เรื่อง การเปรียบเทียบตราบาปทางสังคมของยาเสพติดระหว่างผู้เสพยาบ้าเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดกับประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น โดยงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ ศึกษาเพียงตราบาปในสังคม ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการรับรู้ตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ซึ่งการศึกษาเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญกับการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อันจะสนับสนุนการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาใน แผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดทุกประเภท บริการด้านการบำบัด วิชาการ งานวิจัย และนโยบายด้านการบำบัดรักษายาเสพติด รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ตามเวลาที่กำหนด

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด กับ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

Goffman (1963) กล่าวถึง ตราบาปว่าเป็น ปราบกฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อบุคคลที่มีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น ซึ่งนำไปสู่ความมีอคติ การลดคุณค่า และการไม่ให้ความสำคัญกับบุคคลดังกล่าว ทำให้บุคคลไม่มีคุณค่า ถูกแบ่งแยกและกีดกัน ในปี ค.ศ. 1997 Link et al. ได้นำแนวคิดของ Goffman มาทำการศึกษาต่อในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยให้คำนิยามตราบาปว่าเป็นปราบกฏการณ์ของการตีตรา (labeling) การมองแบบเหมารวม (stereotype) การแบ่งเขาแบ่งเรา (separate) การสูญเสียสถานะ และการกีดกัน (Link et al. , 1989 อ้างถึงใน Semple, Grant and Patterson (2005) จากนั้นในปี ค.ศ. 2010 Luoma et al. ได้นำแนวคิดของ Link มาทำการศึกษาต่อเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเสพติด ซึ่ง Luoma et al. ได้กล่าวว่า ตราบาปเป็นกระบวนการประทับตราหรือตีตราทางสังคมที่เกิดขึ้น กับบุคคลที่ถูกมองว่าแตกต่างจากคนทั่วไป โดยกระบวนการประทับตราบาปขึ้นอยู่กับบรรทัดฐาน การมองคุณค่าของบุคคลในสังคมนั้นๆ สำหรับตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดนั้นสามารถแบ่งได้ชัดเจน 3 แบบ คือ Enacted stigma, Self-stigma, Perceived stigma โดย 1) Enacted stigma คือ การมีประสบการณ์โดยตรงจากการถูกเลือกปฏิบัติทางสังคม รู้สึกว่าถูกกีดกันจากสังคม เป็นความเชื่อของบุคคลที่คิดว่าไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เช่น ความลำบากในการหางาน การเข้าถึงที่อยู่อาศัย เป็นต้น 2) Self-stigma คือ ความคิดเชิงลบของบุคคล การมองตนเองไม่มีคุณค่า ความรู้สึกกลัว อับอาย ทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงการรักษา ไม่หางานทำ เป็นต้น 3) Perceived stigma คือ องค์ประกอบหนึ่งของ Self-stigma ที่เกิดเป็นความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่าคุณรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบ และมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง (Link, 1987 อ้างถึงใน Luoma et al., 2010) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ตราบาปในตนเอง ทำให้คิดว่าตนเองไม่ดีเท่าคนอื่น กลัวการถูกตีตราบาปจากสังคม กลัวการถูกเลือกปฏิบัติ (Scambler, 2004 อ้างถึงใน Stuenkel and Wong, 2012) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Luoma et al. ยังพบว่า Perceived stigma มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากการรับรู้ตราบาปนั้นเป็นการรับรู้ของบุคคลที่จะ

นำไปสู่การแสดงผลของพฤติกรรม โดยหากบุคคลมีการรับรู้ตราบาปในตนเองแล้วจะพบว่า เป็นอุปสรรคต่อการรักษานำไปสู่การเสพติด และยุติพฤติกรรมของตนเอง เช่น การไม่ไปตรวจตามนัด การไม่เข้ารับการรักษา เป็นต้น จากการศึกษาถึงผลกระทบดังกล่าวมาจึงเห็นได้ว่าการรับรู้ตราบาปมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Luoma et al. (2010) มาเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ โดยพิจารณาเลือกปัจจัยที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในประเทศไทย จำแนกเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย

1) **เพศ** Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การตีตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยเพศหญิงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ทำการศึกษาเรื่องตราบาปและผลกระทบที่ตามมา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดและจิตเวช พบว่า เพศหญิงที่ติดสารเสพติดจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าเพศชายที่ติดสารเสพติด และยังสอดคล้องกับ Simpson and McNulty (2008) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีน กัญชา ที่ประเทศอังกฤษ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด จะมีคะแนนการรับรู้ตราบาปจะสูงกว่าเพศชายที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด โดยจากการศึกษาของศิริพร จิรวัดมนกุลและคณะ (2556) มองว่าเพศชายและหญิงมีมิติการเข้าสู่เส้นทางการติดสารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยการติดสารเสพติดในเพศชายถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนการติดสารเสพติดในเพศหญิงคนในสังคมมักมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นการสร้างตราบาปให้กับเพศหญิงที่ติดสารเสพติดมากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษามีบางการศึกษาที่ผลไม่สอดคล้องกับที่กล่าวมา เช่น Arsenault (2010) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป

2) **อายุ** Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การตีตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป ($r = -.06$) โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ก็มีสัมพันธภาพกับเพื่อน สังคม การศึกษา การทำงาน และการใช้อินเตอร์เน็ตติดต่อทางสังคมมากกว่าวัยสูงอายุที่มักจะอยู่กับครอบครัว แยกตัวอยู่กับบ้านทำให้ไม่ได้พบปะคนในสังคมเท่าวัยวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Arsenault (2010) ศึกษาเรื่อง

กระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยติดยาเสพติด เช่น แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ยาอี จากการศึกษพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ($r=.199$)

3) ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ Palamar (2010) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่จบระดับปริญญาตรีจะมีหน้าที่การทำงาน การเข้าสังคม พบปะผู้คนมากกว่านักเรียนที่กำลังศึกษาระดับมัธยมจึงมีการถูกตีตราบ่อยและรับรู้การตีตราบาปน้อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Etesam et al. (2014) และ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติดพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป

4) สถานภาพสมรส Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยพบว่าผู้ป่วยติดยาเสพติดที่สมรสและอยู่ด้วยกันนั้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าผู้ป่วยที่โสด อาจเป็นเพราะคนในครอบครัวรู้สึกกดดันและรู้สึกอับอายจากคนในสังคม รู้สึกว่าคนในสังคมแบ่งแยกกีดกันมองครอบครัวตนเองไม่ดี เนื่องจากคนในครอบครัวมีผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ด้วย (Link et al., 1997) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี มองตนเองในแง่ลบและยังทำให้ครอบครัวตนเองถูกแบ่งแยกเกิดการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ศึกษาเรื่อง ยาเสพติดในประเทศอินเดีย พบว่า การรับรู้ตราบาปจะมีคะแนนอยู่ในระดับสูงหากผู้ป่วยมีสถานะโสด เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่โสดนั้นไม่มีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม กลัวการเข้าสังคม เกิดการรับรู้ตราบาปในตนเองมากขึ้นไปอีก และยังมีการศึกษาที่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น Mohammed (2016) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้เสพยาเสพติด

5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Louma et al. (2014) ศึกษาเรื่อง การคาดคะเนตราบาปในการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยติดยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน, โคเคน, กัญชา, แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดหากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงจะทำให้มีการรับรู้ตราบาปในตนเองสูงขึ้น โดยผู้ป่วยจะเริ่มกลัวการรับรู้ตราบาป คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเกิดกลไกการป้องกันตนเอง โดยจะพยายามหลบหนีอยู่ในสถานบำบัดไปเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดมากขึ้น

6) ภาวะซึมเศร้า Michele, Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน, เฮโรอีน, แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก กีดกันออกจากสังคม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้มากขึ้นจึงทำให้รู้สึกหดหู่มากขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับ Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดพบว่าการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

7) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม Lynn (2015) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติและอุปสรรคในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน เฮโรอีน และกลุ่มที่มีความพิการทางร่างกาย พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป ($r = .22$) โดยผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ก็จะมีความต้องการการสนับสนุนในสังคมสูงด้วยเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Michele, Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน, เฮโรอีน, แอลกอฮอล์ พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว, เพื่อน และบุคคลที่สำคัญในชีวิต เนื่องจากอาจเป็นเพราะผู้ป่วยสารเสพติดต้องการความเข้าใจ ลดความคิดอคติ โดยพบว่าหากคนในสังคมให้ความช่วยเหลือ เข้าใจผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่างแท้จริง ก็ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดยอมรับการบำบัดรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ (Ellis et al., 2004)

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ **1) ระบบการบำบัด** จากการศึกษาของ Arsenault (2010) เรื่องกระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับระบบบำบัด โดยผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ถูกบังคับบำบัดจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกบังคับบำบัดอาจมีความรู้สึกที่ คนในสังคมมองตนเองในแง่ร้ายเพราะโดนจับมาบำบัด รู้สึกถูกตำหนิจากสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar et al. (2010) สำหรับการศึกษาที่ให้ผลไม่สอดคล้องคือ Corrigan, Kuwabara and O'Shaughnessy (2009) ที่พบว่าระบบบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยทำการศึกษาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มการ

บำบัด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมัครใจบำบัด (n = 93) กลุ่มบังคับบำบัด (n = 54) และกลุ่มต้องโทษ (n = 11) โดยพบว่า อาจเป็นเพราะการที่ประชาชนมีจิตวิทยาที่ดีมากขึ้น มีการปรับความคิดที่ยึดหยุ่นเริ่มยอมรับคนที่ใช้สารเสพติดในสังคมมากขึ้น หรืออาจเป็นเพราะกฎหมายในปัจจุบันไม่เข้มแข็งพอทำให้ประชาชนมองว่าการบำบัดแต่ละอย่างนั้นไม่มีความแตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
2. ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
3. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระบบบำบัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ:F15) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2559 – 2 มีนาคม 2560

ตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด
2. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง การที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีกระบวนการทางความคิดร่วมกับการใช้ประสบการณ์ในการแปลความหมาย จากเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นและแสดงการรับรู้ที่ตนเองในฐานะที่เป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน เป็นผู้ที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกันจากบุคคลทั่วไป จนเกิดเป็นความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่ามีคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติดของ Luoma et al.(2010) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาแปลเรียบเรียงเป็นภาษาไทยและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาเฟ: F15)

ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่ภายในบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะเป็นมองเห็น หรือมองไม่เห็นก็ตาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนคือ เพศชายและเพศหญิง ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามโดยนับอายุเต็มปี บริบูรณ์ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับตามระบบการศึกษาปัจจุบันของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ระดับปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานการณ์ครองคู่ในปัจจุบันของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ โสด สมรสและอยู่ด้วยกัน สมรสและแยกกันอยู่ หย่าร้าง/หม้าย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีกระบวนการทางความคิดร่วมกับการใช้ประสบการณ์ในการแปลความหมาย จากเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นและแสดงการรับรู้ หรือการตัดสินใจพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถตนเอง ที่จะดำเนินการกระทำของพฤติกรรมด้วยความมั่นใจนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไปของ Schwarzer (1997) โดย วาทีณี สุขมากและคณะ (2545) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงไม่มีสมาธิรู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck โดยแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างอิงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองหรือได้รับการช่วยเหลือ จากบุคคล หรือองค์กร ในด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือ การสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้สามารถเผชิญปัญหาและรู้สึกรู้สีกว่าตนมีคุณค่า มีความมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) โดยพิเชษฐ จันทรเจนนจบ และคณะ (2555) นำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยแบบสอบถามประเมิน 4 ด้าน ได้แก่การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ

ปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่ภายนอกบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะมองเห็น หรือมองไม่เห็นก็ตาม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือ ระบบบำบัด

ระบบการบำบัด หมายถึง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูฯ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ประเมินได้จากการทำวิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางทีมสุขภาพจิต ได้นำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมและปรับปรุงให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาปลดลงอันจะส่งผลต่อการบำบัดและลดการกลับมาซ้ำ
2. เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาปสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และลดการกลับไปซ้ำซ้ำได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน

1.1.1 วิธีการเสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน

1.1.2 กลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากติดสารแอมเฟตามีน

1.1.3 การตรวจวิเคราะห์สารแอมเฟตามีน

1.1.4 เกสัชวิทยาของยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

1.2 การเสพติดสารแอมเฟตามีน (Amphetamine dependent)

1.2.1 การวินิจฉัยผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

1.2.2 สาเหตุของการเสพติดสารแอมเฟตามีน

1.2.3 พฤติกรรมการเสพสารแอมเฟตามีน

1.2.4 ผลกระทบจากการเสพติดสารแอมเฟตามีน

1.3 การพยาบาลผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน

1.4 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม

1.5 ระบบและรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย

1.5.1 ระบบสมัครใจ

1.5.2 ระบบบังคับบำบัด

1.5.3 ระบบต้องโทษ

2. ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

2.1 ความหมายของตราบาป

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

2.3 การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติด

2.4 ประเภทการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติด

2.5 การประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพสารแอมเฟตามีน

3.1 ปัจจัยภายใน

- 3.1.1 เพศ
- 3.1.2 อายุ
- 3.1.3 ระดับการศึกษา
- 3.1.4 สถานภาพสมรส
- 3.1.5 เชื้อชาติ
- 3.1.6 ประวัติการบำบัดรักษา
- 3.1.7 ประวัติการใช้สารเสพติดทางเส้นเลือด
- 3.1.8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.1.9 ภาวะซึมเศร้า
- 3.1.10 ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ปัจจัยภายนอก

- 3.2.1 ระบบบำบัด

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารแอมเฟตามีน

สารแอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นสารที่กระตุ้นประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย พบครั้งแรกในปี ค.ศ. 1887 และนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1927 โดย Gordon Alles เพื่อรักษา โรคหอบ และโรควงหลับ (narcolepsy) และแก้อาการซุกซนของเด็ก (hyperkinetic child) สารนี้ เป็นผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม พลัง นำมาผลิตเป็นเม็ด มีหลายรูปแบบ เช่น กลม แบน รูปเหลี่ยมและรูปหัวใจ หรือเป็นแคปซูลหลากสี เช่น สีขาว น้ำตาล และเหลือง ชนิดที่พบมากจะเป็น สีขาว เม็ดกลมแบบ มีสัญลักษณ์บนเม็ดยา เช่น รูปหัวม้า รูปดาว และตัวเลข 99 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

สารแอมเฟตามีนได้เริ่มเข้ามาระบาดในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 และมีความรุนแรงมากขึ้นในปี พ.ศ. 2512 ซึ่งทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆในสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการว่างงาน ปัญหาโสเภณี ปัญหาโจรกรรม เป็นต้น (สำนักงาน ป.ป.ส., 2546) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหา โดยได้ออกประกาศ

กระทรวงสาธารณสุขระบุให้แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2465 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 (วิโรจน์ สุ่มใหญ่,2543) ต่อมาปัญหาการระบาดของแอมเฟตามีนเริ่มรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ จนกลายเป็นปัญหาระดับชาติ ทำให้รัฐบาลได้สนใจมากขึ้นในการแก้ไขปัญหานี้ และได้นำมาสู่การแก้ไขกฎหมาย โดยเปลี่ยนสถานภาพทางกฎหมายของสารในกลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์จากการเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติให้โทษ พ.ศ. 2522 เช่นเดียวกับเฮโรอีน และเปลี่ยนชื่อ ยาม้า เป็น ยาบ้า เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2539 (วิโรจน์ สุ่มใหญ่,2543) ต่อมา พ.ศ. 2545 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและสาร เสพติด เป็นระบบบังคับรักษาบำบัด ซึ่งจะใช้กับผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในข้อหาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภทและปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง (กรมคุมประพฤติกระทรวงยุติธรรม, 2546) ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรือพิพากษาจำคุก โดยพนักงานสอบสวนส่งตัวขึ้นศาลเพื่อสอบสวน เมื่อศาลมีคำสั่งวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดและต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยส่งเข้ารับการบำบัดที่สถานบำบัดยาเสพติด หรือโรงพยาบาลต่างๆ

1.1.1 วิธีการเสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน มี 4 วิธี (ปรียาพรพรณ เพชรปรานี, 2554) ได้แก่ การรับประทาน หรือกลืนผ่านระบบการย่อยอาหารและดูดซึมทางลำไส้ ออกฤทธิ์ช้าประมาณ 15-20 นาที การรับประทานจะดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตและมีค่าความเข้มข้นสูงสุดใน 2.6-3.6 ชั่วโมง มีค่า mean eliminate half-life 10.1 ชั่วโมง หลังเสพแต่ฤทธิ์คงอยู่นานที่สุด อาจถึงเป็นสัปดาห์ การสลายตัวผ่านทางตับก่อนจะดูดซึมเข้าเส้นเลือดไปสู่สมองการดูดซึมทางจมูก ผ่านทางเยื่อจมูก ออกฤทธิ์ภายใน 3-5 นาทีที่มีค่า peak plasma concentration ระหว่าง 3.13-6.3 ชั่วโมง การสูบบางปากผ่านปอด ซึ่งได้ผลเร็วคล้ายกับการฉีดเข้าเส้นเลือดภายในเวลา 5-10 วินาที เป็นวิธีที่ใ้มากที่สุดในประเทศไทย การฉีดเข้าเส้น ผ่านเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตโดยตรงออกฤทธิ์ทันทีทันใดและรุนแรงที่สุด แต่คงอยู่ไม่นาน มี mean elimination half-life ที่ 12.2 ชั่วโมง

1.1.2 กลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการติดยาแอมเฟตามีน สารแอมเฟตามีนเป็นต่างอ่อน โดยถ้ารับประทานทางปากจะแตกตัวในระบบย่อย อาหารทำให้ดูดซึมช้าลง แต่ถ้าให้โดยการฉีดหรือสูดดมจะออกฤทธิ์ดีกว่า การกระจายของตัวยา (Distribution) Amphetamine สามารถกระจายไปทุกส่วนของร่างกายและเนื่องจากมี high lipophilicity จึงผ่านเข้าสู่ blood – brain barrier เข้าสู่สมอง และผ่านไปสู่ breast milk ได้ภายในเวลาเป็นนาทีภายหลังจากเสพโดย

ทางการฉีดเข้าเส้นหลอดเลือด และมีมากที่ม้าม ตับ และสมอง (ปรียาพรรณ เพชรปราณี, 2554) การขับถ่าย (Excretion) ขึ้นอยู่กับค่า pH ในปัสสาวะ เพราะสารเหล่านี้แตกตัวใน pH ที่เป็นกรดและถูกขับออก แต่ถ้าปัสสาวะเป็นด่างมาก Amphetamine จะถูกดูดซึมกลับมากขึ้น ทำให้ตับต้องทำหน้าที่เพิ่มขึ้น

1.1.2 การตรวจวิเคราะห์สารแอมเฟตามีน (ปรียาพรรณ เพชรปราณี, 2554) การตรวจคัดกรอง (screening test) ประกอบด้วย 1. Color test มีวิธีการตรวจที่นิยมใช้ เช่น Marquis Test ให้สีส้ม, Simon test ให้สีฟ้าใช้แยกจาก primary amine เช่น Amphetamine ซึ่งให้สีแดง 2. TLC analysis 3. Immunoassay การตรวจการยืนยัน (confirmatory test) ประกอบด้วย 1. GC/MS 2. HPLC/MS

1.1.3 เกสัชวิทยาของยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนแอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นสารสังเคราะห์ทางเคมี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทอย่างรุนแรง ถึงแม้จะมีรูปพรรณที่แตกต่างออกไปหลายรูปแบบ แต่เมื่อถูกนำเข้าสู่ร่างกายแล้ว เมทแอมเฟตามีนในทุกรูปพรรณจะไม่มี ความแตกต่างกันในด้านการออกฤทธิ์ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของแอมเฟตามีนจะเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมองประเภทแคทีโคลามีน (catecholamines) ซึ่ง ประกอบด้วยระบบนอร์อิพิเนฟรินและระบบโดปามีน (norepinephrine and dopaminergic systems) แอมเฟตามีนจะเพิ่มปริมาณของนอร์อิพิเนฟรินและโดปามีน โดยยับยั้งการเก็บกลับและเพิ่มการผลิตโดยตรงที่ปลายประสาทส่วนใหญ่ และจะออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับสารแคทีโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโดปามีน ในขณะที่ designer amphetamine (เช่น MDMA, MDEA, MDA) จะออกฤทธิ์เพิ่มการผลิตของทั้งแคทีโคลามีนและซีโรโตนิน (serotonin) ซีโรโตนินเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอน ดังนั้นผลการออกฤทธิ์ทางคลินิกของ designer amphetamine จึงเป็นผลผสมระหว่าง classic amphetamine กับสารหลอนประสาท (วิโรจน์ วีรัชย์ และคณะ, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

1.2 การเสพติดสารแอมเฟตามีน (Amphetamine dependent)

การเสพติดสารแอมเฟตามีน (Amphetamine dependent) หมายถึง การใช้สารแอมเฟตามีนอย่างไม่เหมาะสมจนทำให้เกิดการเจ็บป่วย (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549) มีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการในช่วงเวลา 12 เดือน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD10 ประกอบด้วยกลุ่มอาการ ดังนี้

มีภาวะดื้อยา (tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งคือ ต้องเสพสารเสพติดปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม หรือเสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ลดลง โดยการใช้ยาเป็นประจำทำให้เกิดการดื้อยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดยาที่ใช้ขึ้นเรื่อยๆ ถ้าใช้ไปนานๆ ทำให้เกิด

การติดยาทั้งจิตและทางกาย การติดยาทางจิตเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และสมรรถภาพ มีความต้องการยาอยู่เรื่อยๆ เมื่อหยุดใช้ยาทันทีจะมีอาการขาดยาเกิดขึ้น (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2548)

มีภาวะถอน (withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงการถอนยาของสารแอมเฟตามีน หรือเมื่อเสพสารแอมเฟตามีนหรือได้รับสารที่ใกล้เคียงแล้ว ทำให้อาการถอนหายไป

มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในแง่ของการเริ่มไปใช้การหยุดหรือระดับการใช้ยา

ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสารแอมเฟตามีนมาเสพ ยังคงใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป แม้ว่าจะรู้ว่าถ้าเสพแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพ มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสพสารแอมเฟตามีน(วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2548)

1.2.1 การวินิจฉัยผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน วิโรจน์ วีรชัย และคณะ (2548) กล่าวว่าหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยติดสารเสพติดนั้น แบ่งออกเป็น 2 ระบบคือระบบDSM-IV และ ICD 10 โดยในประเทศไทยสามารถใช้ได้ทั้ง 2 ระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอใช้ การวินิจฉัยแยกโรคจากบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD - 10 =International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) โดย ICD-10 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เป็นบัญชีโรคย่อยหนึ่งจากบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ซึ่งเป็นรหัสของโรคและอาการอาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกโดยแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดประเภทการเจ็บป่วยตามเกณฑ์เพื่อใช้บันทึกเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลทางสถิติในการวางแผนสุขภาพในระดับสากล ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนั้นอยู่ในหมวด (F10-F19) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และเมื่อแยกในหมวดย่อยจะอยู่ใน F15 คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการใช้สารกระตุ้นระบบประสาท รวมทั้งคาเฟอีน (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ,2549)

1.2.2 สาเหตุของการเสพติดสารแอมเฟตามีนสาเหตุของการเสพติดสารแอมเฟตามีนไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่มีสาเหตุผสมผสานกันตามแนวระบาดวิทยา สาเหตุที่ทำให้เกิดการเสพติดสารแอมเฟตามีน มีสาเหตุได้ดังนี้ (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543) สาเหตุจากยาและฤทธิ์ของยา แอมเฟตามีน ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท โดยออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลาง จะทำให้เกิดการกระตุ้นสมองให้หลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งสารนี้ทำให้ผู้เสพมีอารมณ์ดี ครื้นเครง มีความมั่นใจ รู้สึกมีความสุขแบบเคลิบเคลิ้ม ทำให้ผู้เสพมีความต้องการที่จะเสพและหันกลับไปเสพซ้ำอีก สาเหตุจากตัวผู้เสพ เนื่องจากการเสพสารแอมเฟตามีนทำให้ผู้เสพรู้สึกมีความสุข

อารมณ์ดี รู้สึกมีความมั่นใจ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เสพแสวงหาสารแอมเฟตามีนเพื่อใช้ในการเสพยาเรื่อยๆ สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุให้ติดสารแอมเฟตามีน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และการอยู่ใกล้ชิดกับสารแอมเฟตามีน(พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2549)

1.2.3 พฤติกรรมการเสพยาสารแอมเฟตามีน วิโรจน์ สุ่มใหญ่ (2543) ได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือแบบแผนของการเสพยาสารแอมเฟตามีนว่ามีพัฒนาการ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นเริ่มทดลองใช้ (Initiation phase) ในขั้นของการเริ่มทดลองใช้ ผู้เสพยาจะเสพยาสารแอมเฟตามีนในปริมาณน้อยๆ ในการเสพหนึ่งครั้งจะทำให้ผู้เสพยาได้รับผลกระทบของการใช้ยา ได้แก่ เกิดอาการเมา เคลิบเคลิ้ม มีพลังกาย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นของยาในกระแสเลือด

ขั้นสร้างเสริมประสบการณ์ (Consolidation phase) หลังจากที่มีการทดลองใช้ ถ้าผู้เสพยาไม่หยุดเสพก็จะทำให้มีการใช้สารแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยจะเริ่มใช้สารเป็นประจำทุกวัน และใช้ในปริมาณที่สูงขึ้นกว่าในขั้นการทดลองใช้ ในระยะนี้ผู้เสพยาอาจจะทดลองใช้วิธีการเสพใหม่ๆ เช่น เปลี่ยนจากการรับประทานเป็นการสูบ หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

ขั้นเสพอย่างมกมาย(Maintenance phase with bingeing)ในขั้นนี้ผู้เสพยาจะเสพสารแอมเฟตามีนทุกวัน วันละหลายครั้ง และเสพในปริมาณครั้งละมากๆ รวมทั้งมีความต้องการที่จะเสพอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเกิดการติดสารแอมเฟตามีนอย่างสมบูรณ์ เมื่อไม่สามารถหาสารแอมเฟตามีนมาเสพได้ก็จะมีอาการขาดยา มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ผู้เสพอาจจะพยายามเลิกเสพหลายครั้งแต่เลิกได้สุดท้ายก็กลับมาเสพอีก ระยะนี้ผู้เสพจะเริ่มมีบุคลิกภาพเสื่อมถอยลง ไม่สามารถทำงานได้ มีสภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง อาจทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น

1.2.4 ผลกระทบจากการเสพติดสารแอมเฟตามีน ผลกระทบจากการเสพสารแอมเฟตามีนมีผลทั้งต่อผู้เสพ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ (นันทิกา ทวีชาติ, 2548) โดยสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ผลกระทบต่อผู้เสพทางด้านร่างกายและจิตใจ การเสพสารแอมเฟตามีนในช่วงแรกที่เสพจะทำให้เกิดความรู้สึกมีพลัง กระปรี้กระเปร่า แต่เมื่อเสพไปนานๆจะเกิดอาการติดยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

ผลกระทบต่อครอบครัว ผลที่จะกระทบไปสู่ครอบครัวขึ้นอยู่กับว่าผู้เสพแอมเฟตามีนมีบทบาทหน้าที่อะไรในครอบครัว อาจเกิดสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนไป ทำให้บิดามารดาทะเลาะกัน กล่าวโทษกันถึงสาเหตุที่ทำให้บุตรต้องเสพแอมเฟตามีน

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การเสพติดแอมเฟตามีน ผู้ที่เสพจะต้องเพิ่มปริมาณสารแอมเฟตามีนขึ้นเรื่อยๆและหยุดเสพไม่ได้ ทำให้เสียเงินในการซื้อยามาเสพ ประกอบกับบางรายยังต้องอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของครอบครัว ไม่สามารถหาเงินได้ด้วยตัวเอง ทำให้ครอบครัวจะต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการบำบัด รักษาส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการปราบปรามแหล่งผลิต แหล่งจำหน่ายแอมเฟตามีน (Gray, 1992 อ้างใน จำเนียร สุวรรณกูฏ, 2552)

ผลกระทบต่อประเทศชาติ โดยเฉพาะความมั่นคงของประเทศชาติเนื่องจากประชากรที่เสพติดสารแอมเฟตามีนส่วนมากอยู่ในช่วงวัยรุ่น (พิชัย แสงชาญชัยและคณะ, 2549) ซึ่งเป็นวัยเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เป็นกำลังที่สำคัญของประเทศชาติ ถ้าวัยรุ่นที่เสพติดสารแอมเฟตามีนเติบโตขึ้นมาอาจเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาประเทศ ทำให้ประเทศชาติอ่อนแอ เศรษฐกิจตกต่ำ เกิดปัญหาสังคม

1.3 การพยาบาลผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน

กระบวนการพยาบาลผู้เสพติดสารเสพติดรวมถึงสารแอมเฟตามีน เป็นการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสำหรับผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อาไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

การประเมินสภาพปัญหา การรวบรวมข้อมูลในผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนควรให้ความสำคัญ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยใช้ เพราะสารแต่ละชนิดมีความรุนแรงและมีผลแตกต่างกัน ข้อมูลที่ต้องรวบรวม คือ ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยเคยใช้มา และใช้ก่อนเข้ารับการรักษา วิธีที่ผู้ป่วยเสพสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย เช่น การกิน การสูบควัน หรือการฉีดเข้าเส้นเลือด ปริมาณสารแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง ระยะเวลา ความถี่ในการใช้สารและหยุดใช้สาร ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเมื่ออยู่ในสภาพการณ์อย่างไร ขณะที่ใช้มีความรู้สึกอย่างไร และสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อใช้หรือหยุดใช้สารมีผลอย่างไรต่อร่างกายและจิตใจ

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้เสพติดสารเสพติดรวมถึงสารแอมเฟตามีนมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เช่น ขาดการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาโดยปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับปัญหาของตนเอง การใช้สารเสพติดเพื่อเข้าสังคม ขาดความภาคภูมิใจในตนเองเหมือนคนไม่มีค่า ขาดการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม

การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลในผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนและสารเสพติดอื่นๆ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานาน โดยเริ่มจากขั้นตอนการถอนพิษสารเสพติด (Detoxification) ไปจนถึงขั้นตอนที่ผู้ป่วยหยุดใช้สารได้อย่างจริงจัง สำหรับพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. เป้าหมายระยะสั้น (Short-term objectives) คือ การช่วยเหลือในผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะที่อยู่ในขั้นตอนการถอนพิษสารเสพติด (Detoxification) และประเมินสภาวะอันตรายจากเกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งจำเป็น ต้องได้รับการช่วยเหลือบางกรณีต้องใช้ยาอื่นเพื่อทดแทนสารเสพติดที่ต้องถอนออกจากร่างกาย สุดท้ายให้กำลังใจในการบำบัดรักษาและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก

2. เป้าหมายระยะกลาง (Intermediate objectives) ประเมินอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในขั้นตอนถอนพิษสารเสพติด (Detoxification) พร้อมกับกำหนดระยะเวลาช่วยเหลือ จากนั้นแจ้งข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไปและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดและการพึ่งพาสารเสพติด

3. เป้าหมายระยะยาว (Long-term objectives) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและมุ่งเน้นเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาการเสพติดของตนเอง ประเมินสภาพความเครียดและแรงกดดันต่างๆที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำอีก รวมทั้งต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาต่างๆที่มีได้อย่างเหมาะสม มีแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเน้นที่การช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยเฉพาะช่วงของการถอนพิษสารเสพติดร่วมกับ การช่วยเหลืออื่นๆ พยาบาลควรมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยวิธีต่างๆ ได้แก่ จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) จิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group psychotherapy) พฤติกรรมบำบัด (Behaviors therapy) กิจกรรมบำบัด (Group therapy) เป็นต้น

การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินว่าผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร โดยการประเมินผลสามารถทำได้หลายวิธี คือ การประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยกระทำภายหลังการพยาบาลทุกครั้ง การประเมินผลจากบันทึกทางการพยาบาล การประเมินผลจากการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินตนเองของพยาบาลที่ดูแลผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน เพื่อให้มีการพัฒนางานตนเองตามความเหมาะสม

1.4 การบำบัดรักษาผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนเน้นในแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยสารเสพติด เมื่อหยุดยาจะมีทั้งอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) และอาการอยากยา (Craving symptoms) โดยอาการอยากยา (Craving symptoms) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากจะใช้สารเสพติด ซึ่งอาจเกิดขึ้นในช่วงใดของการหยุดยาก็ได้ โดยทั่วไปมักมีอาการอยากยามากในระยะแรกๆ ของการ

หยุดยา แม้แต่ในขณะที่เพิ่งเสพยาไป ผู้ป่วยก็อาจมีอาการอยากยาเกิดขึ้น โดยที่ยังไม่มีอาการขาดยาเลยก็ได้ ในผู้ป่วยเสพยาติดยาเสพติดแอมเฟตามีน อาการอยากยา ทำให้ผู้ป่วยกลับไปติดยาอีก อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหยุดเสพยาติดยาเสพติด ผู้ป่วยเสพยาติดยาเสพติดแอมเฟตามีน เมื่อหยุดเสพยาอาการขาดยาจะมีมากขึ้นแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่อาการทางร่างกายไม่รุนแรงนัก เช่น มีอาการอยู่ไม่เป็นสุข หงุดหงิด กระวนกระวาย โดยในการบำบัดรักษาอาการขาดยาติดยาเสพติด (Management of MA Withdrawal) การรักษาผู้เสพยาติดยาเสพติดแอมเฟตามีน ควรจะให้หยุดยาทันที โดยไม่ต้องค่อยๆลดยา อาการขาดยา ไม่เป็นอันตรายรุนแรง โดยขั้นตอนการบำบัดรักษา มีดังนี้ (วิโรจน์ วีรชัย และคณะ, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนเข้ารับการรักษา (Pre-admission) เป็นระยะแรกของกระบวนการรักษา เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัดด้วยยา (Detoxification) เป็นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการใช้แอมเฟตามีน โดยการใช้ยาที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นจากอาการขาดยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นระยะของการบำบัดรักษาที่สำคัญ เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นการจัดการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข ปรับปรุงพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ปรับเปลี่ยนจิตใจที่มีผลมาจากการใช้แอมเฟตามีน

ขั้นตอนที่ 4 ระยะติดตามหลังการรักษา (Follow up) เป็นการติดตามผลการบำบัดรักษาว่าผู้ป่วยมีการติดยาหรือไม่ การดำรงชีวิตประจำวัน สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาเป็นอย่างไร ต้องเสริมกำลังใจหรือแนะนำช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อช่วยประคับประคองส่งเสริมกำลังใจให้เข้มแข็ง ป้องกันการกลับไปเสพยาติดยาเสพติดซ้ำอีก

1.5 ระบบและรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย

ระบบการบำบัดรักษาเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระบบ ประกอบด้วยระบบสมัครใจ (Voluntary System) ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System) และระบบต้องโทษ (Correction System) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พรรณณิ วาทีสุนทร และกฤติกา เฉิดโฉม, 2552)

1.5.1 ระบบสมัครใจ (Voluntary System) ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94 ที่กำหนดให้ผู้เสพยาติดยาเสพติด ที่ขอเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาลที่กำหนดจนครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับและได้รับการรับรองจาก พนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนที่ความผิดจะปรากฏให้ถือว่าพ้นจากความผิดกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิตสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก

1.5.2 ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System) ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ภายใต้หลักการผู้เสพติดเป็นผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติ สาระสำคัญของพระราชบัญญัติ คือ เมื่อเจ้าหน้าที่จับกุมผู้ต้องหาใน 4 ฐาน ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาล เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งส่งตัวผู้ต้องหาไปรับการตรวจพิสูจน์การเสพติดหรือการติดยาเสพติด โดยแจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ทราบเพื่อดำเนินการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ และประวัติทางสังคมว่าเป็นผู้เสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ หากคณะอนุกรรมการวินิจฉัยว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดจะดำเนินการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลาคราวละไม่เกิน 6 เดือน และมีการประเมินผลการรักษา หากไม่ผ่านการประเมิน คณะกรรมการจะขยายเวลาออกไปอีกได้คราวละไม่เกิน 4 เดือน แต่รวมทั้งสิ้นแล้วไม่เกิน 3 ปี กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นที่น่าพอใจของคณะอนุกรรมการจะปล่อยตัวผู้นั้นไป โดยถือว่าพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก กระบวนการดำเนินงานผู้ป่วยยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดมีดังนี้

เสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง วิธีการที่ใช้ในการพิสูจน์ผู้ที่ต้องสงสัยว่าเป็นผู้เสพติด คือการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะและพนักงานสอบสวนต้องส่งตัวผู้ต้องหาให้ศาลภายใน 48 ชั่วโมง ยกเว้นกรณี เป็นเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปี ต้องส่งผู้ต้องหาให้ศาลภายใน 24 ชั่วโมง พร้อมผลการตรวจปัสสาวะ และสำนวนการสืบสวน หากศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพ หรือการติดยาเสพติดต้องส่งตัวผู้ต้องหาไปยังสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การตรวจพิสูจน์ ตามพ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 11/12/13 ให้มีคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วยผู้แทนกระทรวงยุติธรรมแพทย์จิตแพทย์นักสังคมสงเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนกรมคุมประพฤติเป็นเลขานุการให้มีหน้าที่วินิจฉัยผู้ต้องหาคือเป็นผู้เสพ หรือผู้ติดยาเสพติดการปล่อยตัวชั่วคราวกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดการจำแนกคัดกรองผู้เสพติด เนื่องจาก ผู้เสพติดมีพฤติกรรมเสพที่แตกต่างกันทั้งชนิดของตัวยาสเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการเสพติด ประวัติทางกายจิตสังคมกรมคุมประพฤติจึงได้กำหนดผู้เข้ารับการฟื้นฟูออกเป็น 3 กลุ่มคือ

ผู้เสพติดที่เข้ารับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวเข้มงวดหมายถึงผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ต้องอยู่ในสถานที่ควบคุมมิให้หลบหนีได้ง่ายหรือกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในเขตที่กำหนดในระหว่างการฟื้นฟูฯ

ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมไม่เข้มงวด หมายถึง การฟื้นฟูซึ่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูต้องอยู่ในสถานที่ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม และมีการกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในกำหนดในระหว่างการฟื้นฟู

ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว หมายถึง ผู้เสพติดที่จำเป็นต้องควบคุมตัวแต่อาจกำหนดให้เข้ารับการฟื้นฟู ต้องปฏิบัติด้วยวิธีการอื่นใดภายใต้การดูแลของพนักงานคุมประพฤติ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 23 (1) (2) (3) ได้กำหนดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และกรมคุมประพฤติดำเนินงานในลักษณะพหุภาคีมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กรมคุมประพฤติประกาศให้เป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ดังนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวผู้ติดยาเสพติด และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวเข้มงวด วิธีการ : ชุมชนบำบัด และจิตอาสา
ระยะเวลา: 4 เดือนหน่วยปฏิบัติ/ สถานที่: ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว
กรมคุมประพฤติค่ายของกองทัพอากาศจำนวน 12 แห่งและเรือนจำฐานทัพรือสัตหีบจังหวัดชลบุรีของกองทัพเรือจำนวน 1 แห่ง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด วิธีการ: การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL) ระยะเวลา: 4 เดือนหน่วยปฏิบัติ/สถานที่: ค่ายของกองทัพบกจำนวน 18 แห่ง กองทัพอากาศจำนวน 3 แห่ง กรมการปกครองจำนวน 11 แห่ง กองบัญชาการกองทัพไทยจำนวน 3 แห่ง กรมการแพทย์จำนวน 6 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติจำนวน 2 แห่ง กรมสุขภาพจิตจำนวน 13 แห่ง

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดแบบไม่ควบคุมตัวผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด การฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัด (MATRIX MODEL) ดำเนินการ โดยสถานพยาบาลที่ประกาศเป็นศูนย์ฟื้นฟูฯของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 841 แห่งสถานพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานครจำนวน 68 แห่ง ระยะเวลาฟื้นฟู 4 เดือน

1.5.3 ระบบต้องโทษ (Correction System) เป็นการให้บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก โดยสถานบำบัดรักษายาเสพติดทั่วประเทศในระบบต้องโทษมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ 2 แห่งคือ กรมราชทัณฑ์ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยทั้งประเทศมีจำนวนทั้งสิ้น 179 แห่ง

การดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานมีการดำเนินงานดังนี้

1.5.3.1 กรมราชทัณฑ์ มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังที่ติดยาเสพติดอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยนำวิธีการแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) ใช้มาปรับให้เหมาะสมกับเรือนจำและทัณฑสถานของกรมราชทัณฑ์ ที่เรียกว่า CARE MODEL ย่อมาจาก

C = Corrections	หมายถึง	กรมราชทัณฑ์
A = Addiction	หมายถึง	ผู้ติดยาเสพติด
RE = Rehabilitation	หมายถึง	การฟื้นฟู

แนวคิดของ CARE MODEL คือ ผู้ต้องขังติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร รวมถึงศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องและมั่นคง โดยแบ่งเป็น 3 หลักสูตร คือ

- หลักสูตร 1 ปี 6 เดือน (1 Year 6 – Month Retreat) เป็นหลักสูตรที่สามารถดำเนินตามขั้นตอนและระยะเวลาของชุมชนบำบัดได้ทั้งหมด ผู้ต้องขังที่จะเข้าร่วมหลักสูตรนี้ควรเป็นผู้ที่มีกำหนดโทษพอดี หรือเกินกว่านี้และเรือนจำและทัณฑสถานจะต้องมีสถานที่เป็นเอกเทศ เพื่อการดำเนินการสมาชิกที่ผ่านหลักสูตรนี้ ถือว่าเป็นผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพครบกำหนด

- หลักสูตรเข้มข้น 4 เดือน (4 Month Intensive Program) เป็นหลักสูตรที่จัดขึ้นสำหรับผู้ต้องขังที่มีกำหนดโทษระยะสั้น เช่น กำหนดโทษต่ำกว่า 1 ปี สำหรับผู้ต้องขังก่อน พ้นโทษ 4 เดือน และมุ่งเน้นการฝึกวิชาชีพระยะสั้นและการแนะแนวอาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการปล่อยตัว

- หลักสูตรผสมผสาน (Combination Program) เป็นหลักสูตรที่ยืดหยุ่น เนื่องจากเรือนจำและทัณฑสถานบางแห่งไม่มีความพร้อมด้านอาคารสถานที่ที่จะจัดหลักสูตรชุมชนบำบัด โดยคัดเลือกสมาชิกซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดและจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นเครื่องมืองานชุมชนบำบัดเพื่อให้สมาชิกได้รับการบำบัดรักษาโดยเหมาะสมกับสภาพของเรือนจำแต่ละแห่ง สมาชิกที่เข้าร่วมชุมชนบำบัดหลักสูตรนี้ยังสามารถร่วมกิจกรรมอื่นๆในเรือนจำได้ เช่น การศึกษาการฝึกอาชีพ เป็นต้น

ปัจจุบันเรือนจำและทัณฑสถานที่ดำเนินการ จำนวน 77 แห่ง เช่น ศูนย์ชุมชนบำบัดคลองไผ่ เรือนจำกลางคลองไผ่ จังหวัดนครราชสีมา ทัณฑสถานบำบัดพิเศษ จังหวัดปทุมธานี เรือนจำกลางจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นต้น

1.5.3.2 กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและเยาวชนที่มีอายุไม่ถึง 18 ปี การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้โปรแกรมของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มเสพ ให้การบำบัดโดยเน้นการสร้างความตระหนักรู้และเข้าใจตนเองในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับ และผลจากการใช้ยาเสพติด และเสริมสร้างทักษะในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดใช้เวลา 15 ชั่วโมง ภายใน 3 เดือน

กลุ่มติด ให้การบำบัดโดยเน้นการสร้างความตระหนักรู้ถึงผลที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและเสริมสร้างพัฒนาทักษะการป้องกันการเสพยาเสพติด เนื่องจากกลุ่มนี้เสพยาเสพติดมานานมักมีประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดและกลับไปเสพยาอีกหลายครั้ง ใช้เวลา 30 ชั่วโมง ภายใน 4 เดือน

กลุ่มติดยาเสพติดรุนแรง (Hardcore) ใช้โปรแกรมชุมชนบำบัด ใช้เวลา 1 ปีนอกจากนี้ยังได้จัดทำคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติกรบำบัดฟื้นฟู เด็กและเยาวชน

ปัจจุบันมีสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนและศูนย์ฝึกอบรม จำนวน 94 แห่ง แบ่งเป็น ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จำนวน 17 แห่ง ,สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 77 แห่ง โดยมีสถานพินิจฯ ที่มีแรกรับ จำนวน 34 แห่งและสถานพินิจฯที่ไม่มีแรกรับ จำนวน 43 แห่ง

นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งกระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดขึ้นโดยให้ครอบคลุมทั้งการค้นหาผู้เกี่ยวข้องกับ สารเสพติด การคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด การบำบัดรักษาและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่าน การบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับนโยบายต่อสู้เพื่อเอาชนะปัญหายาเสพติดของชาติและยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. トラバブในผู้ป่วยติดยาเสพติด

2.1 ความหมายของตราบาป (Stigma)

ตราบาป (Stigma) หมายถึง บาปติดตัวหรือความรู้สึกว่าเป็น บาปซึ่งฝังอยู่ในจิตใจตลอดไป (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) และสื่อความหมายถึง สัญลักษณ์ รอยสัก หรือการประทับตราด้วยเหล็กที่ร้อน เพื่อประทับตราให้กับทาส ซึ่งทำให้สามารถแบ่งคนเหล่านี้ออกจากผู้ที่ไม่ได้เป็นทาสในสมัยกรีก และเรียกรอยแผลที่มือและเท้าของกลุ่มนักบวชของศาสนาคริสต์ผู้มีความเสียสละในการช่วยเหลือสังคมว่า “Stigmata” (Gray, 2002) ต่อมาได้นำสัญลักษณ์มาใช้กับผู้กระทำผิดร้ายแรงทางกฎหมาย ซึ่งเป็นการให้ความหมายกับบุคคลที่มีความผิดปกติจากอิทธิพลของบุคคลซึ่งอยู่ใต้สถานการณ์ (Mason, Carlisle, Watkins, และ Whitehead, 2001) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีผู้ให้ความหมายของตราบาปไว้ดังนี้

Goffman (1963) ได้ให้ความหมายของตราบาปว่า คือภาวะที่เกิดจากการที่สังคมมีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เรียกได้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้มี ภาวะผิดปกติ ที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ ผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่ความมีอคติ แบ่งแยกกีดกันโดยสามารถแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการถูกตีตรา เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงต่อคุณลักษณะที่พร่องของบุคคล หรือคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีตรานั้นควรถูกแยกออกไป จากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมนั้น

Link and Phelan (2001) ได้ให้ความหมาย ตราบาปว่าเป็นปรากฏการณ์ของการตีตรา (Labeling) การมองแบบเหมารวม (stereotype) การแบ่งเขาแบ่งเรา การสูญเสียสถานะของบุคคล

Luoma et al. (2010, อ้างถึงใน Luoma et al, 2014) ได้ให้ความหมายว่าตราบาป คือ เป็นกระบวนการของสังคมที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในการประทับตราบาปของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับบรรทัดฐาน คุณค่าของบุคคลในสังคม

สรุปได้ว่าตราบาป คือ ผลที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่มีทัศนคติเชิงลบ ต่อบุคคลที่มีคุณลักษณะที่ ผิดปกติจากบุคคลทั่วไปในสังคม เช่น ลักษณะรูปร่างหน้าตาของบุคคล พฤติกรรมที่ ผิดปกติ หรือการเจ็บป่วย สิ่งที่แตกต่างกันเหล่านี้นำไปสู่ความมีอคติที่บุคคลในสังคมปฏิบัติ ไม่ยอมรับบุคคลที่แตกต่างจากคนในสังคม โดยใช้บรรทัดฐานหรือกระบวนการของสังคมนั้นๆ จนบุคคลเกิดความรับรู้ในการประทับตราบาปกับตนเอง

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดตราบาปนั้นมีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) (Link & Francis, 1990) ซึ่งแนวคิดนี้ อธิบายว่าตราบาปเกิดขึ้นได้อย่างไร และสังคมมีอิทธิพลในการสร้างและให้ความหมายแก่พฤติกรรมและบุคคลที่ถูกตราหน้าอย่างไร รวมไปถึงกระบวนการปรับตัวของบุคคลในการตอบสนองการเกิดตราบาปจากสังคม

ทฤษฎีตีตรา (Labelling)

ทฤษฎีตีตรา (Labeling Theory or Stigmatization) เกิดขึ้นราวปีค.ศ. 1954-1970 โดยมีแนวคิดพื้นฐานสำคัญมาจาก 2 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม (Structural Functional Theory) คือ การมองภาพรวมของสังคม โดยอธิบายว่ากลุ่มสังคมต่างๆ จะต้องมีความหมายร่วมกัน สมาชิกแต่ละคนในสังคมจะปฏิบัติหน้าที่ของตนตามฐานะหรือ ตำแหน่งทางสังคมที่ตนดำรงอยู่ มีกฎข้อบังคับธรรมเนียมประเพณีที่ต้องปฏิบัติตาม มีค่านิยมซึ่งหมายถึง พลังจูงใจที่จะทำให้คนหรือกลุ่มสังคมตัดสินหรือประเมินว่าสิ่งใดบ้างที่ตนประสงค์หรือไม่ประสงค์ ค่านิยมเป็น

นามธรรมที่อยู่เหนือกฎข้อบังคับทางสังคม เปรียบเสมือนเป็นมาตรฐานที่เป็นเครื่องชี้วัดพฤติกรรมทางสังคมว่าสิ่งใดบ้างที่พึงประสงค์และควรค่าแก่การยกย่อง ซึ่งมาตรฐานนี้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในสังคม อีกทฤษฎีคือ ทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์ (Symbolic Interaction Theory) ซึ่งมองบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมย่อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยมีสัญลักษณ์เป็นสื่อ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กันสิ่งสำคัญอยู่ที่การมีและใช้ความหมายร่วมกัน (พิมพิวัลย์ บุญมงคล, 2551) ทฤษฎีการตีตราเชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคมนำไปสู่การลดค่าของบุคคล ผู้ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบนจะรู้สึกว่าคุณภาพต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้ผู้ที่ถูกตีตราถูกผลักให้เข้าไปรวมกลุ่มและเกิดสังคมย่อยของตนเอง ผลของการรวมกันเป็นกลุ่มย่อยนี้ทำให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรม ความเชื่อ และการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากสังคมส่วนใหญ่ (Link, Mirotnik & Cullen, 1991) สังคมเชื่อว่า บุคคลที่ถูกตีตราคือบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่มีความเป็นคนที่ต้องการและมีภาพพจน์ในทางที่ไม่ดี (Saylor, 1990) นอกจากนี้ได้มีการสืบพบความหมายดั้งเดิมของการตีตราในสมัยกรีก หมายถึง เครื่องหมายหรือแผลเป็นที่เกิดจากการถูกประทับตราด้วยเหล็กเผาไฟ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นทาสหรือ อาชญากร เพื่อเป็นเครื่องหมายให้บุคคลอื่นเห็นได้ชัดเจน (Arangio, 1978; Saylor, 1990; Jilling & Alexis, 1991)

Lemert (1951) กล่าวว่า ทฤษฎีตีตรา (labeling theory) มีสาระสำคัญคือ การกระทำผิดเกิดขึ้นเพราะสังคมเป็นผู้ประทับตรา การประทับตรานั้นจะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระทำผิดครั้งแรกและผู้กระทำผิดได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม และสถาบันทางสังคมก็จะเป็นผู้กำหนดความเขามีพฤติกรรมเป็นอาชญากรรม เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้กระทำผิดก็รับการประทับตราและเริ่มกำหนดทิศทางแห่งความประพฤติของตนในอนาคต ให้สอดคล้องกับการรับรู้ของสังคม โดยนัยนี้อาชญากรรมหรือการกระทำผิดจึงเกิดขึ้น เพราะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม และมีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดซ้ำ เพราะเมื่อบุคคลถูกจับแล้วกระบวนการยุติธรรมจะเป็นผู้ตัดสินว่ามีความจริงหรือไม่ หากผิดจริงก็จะได้รับการลงโทษตามกฎหมาย นั่นคือบุคคลได้ถูกตราบาปไว้แล้ว ดังนั้นบุคคลที่ออกจากสถานบำบัดหรือจากคุก มักจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม สังคมจะไม่เชื่อถือและไม่ไว้วางใจ ทำให้บุคคลนั้นหวนกลับไปมีพฤติกรรมเช่นเดิมอีก โดย Lemert ได้อธิบายกระบวนการตีตราโดยแยกพฤติกรรมเบี่ยงเบนออกเป็น 2 ระดับ (Rubington & Weinberg, 1995) คือ

1) ความเบี่ยงเบนปฐมภูมิ (Primary Deviance) เป็นการกระทำผิดต่างๆ ไปหรือกระทำผิดโดยไม่เจตนาภายใต้สภาวะการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความรู้สึกนึกคิด โครงสร้างจิตใจของแต่ละบุคคล ปฏิกริยาของสังคมที่ทำการลงโทษมีเพียงเล็กน้อย ถ้าผู้กระทำผิดสำนึกได้ก็จะได้รับการให้อภัยและไม่ถูกตีตรา

2) ความเบี่ยงเบนทุติยภูมิ (Secondary Deviance) เป็นการกระทำผิดที่เกิดขึ้นบ่อยหรือมีความเบี่ยงเบนมาก สังคมไม่ยอมรับ ปฏิกริยาของสังคมที่ลงโทษจะมีความรุนแรงและมีการตีตราผู้กระทำผิด ส่งผลต่อโครงสร้างทางจิตใจที่คนคิดตลอดจนบทบาททางสังคมของบุคคลนั้น ก่อให้เกิดการปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการตีตราที่สังคมกำหนดให้

แนวคิดการตีตราแสดงให้เห็นอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าตนเองและส่งผลถึงการตอบสนองของบุคคลต่อการถูกตราหน้าจากสังคม พันท์ทิพย์ รามสูตร (2540) ได้เสนอว่าปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นการตอบสนองต่อตนเอง (self-response) ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีนิยามต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร โดยที่นิยามของเขาจะได้อาจมาจากการอบรมบ่มนิสัยผ่านกระบวนการของสังคมตั้งแต่ตอนเป็นเด็กและมีการย้ำโดยการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลาต่อมา เช่น บุคคลที่เคยถูกอบรมสั่งสอนมาว่าพฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นพฤติกรรมที่ผิดและในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา ก็พบเห็นพฤติกรรมรักต่างเพศเท่านั้นที่ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิด เมื่อเวลาผ่านเข้าไปสู่วัยผู้ใหญ่ หากเขามีประสบการณ์รักร่วมเพศเขาก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้ประพฤติตนนอกกรอบของสังคมที่ตนเองได้รับการปลูกฝังมา ก็จะมีปฏิกริยาในการตอบสนองต่อตนเองในรูปแบบต่างๆ เช่น รู้สึกผิด ประณามตนเอง ดูถูกตนเองโดยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ระดับที่ 2 เป็นการตอบสนองต่อการคาดการณ์ (anticipated response) ซึ่งพื้นฐานมาจากข้อมูลข่าวสารที่บุคคลนั้นได้รับจากประสบการณ์ในอดีต เกี่ยวกับการจัดการของสังคมต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือผลจากการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่บุคคลนั้นเคยได้รู้ได้ยินได้เห็นสังคมจะมีปฏิกริยาตอบสนองอย่างไรกับกลุ่มบุคคลที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน เขาก็จะตอบสนองไปทำนองนั้น

ระดับที่ 3 การตอบสนองตามการรับรู้ (perceived response) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายต่อพฤติกรรมโดยบุคคลอื่น บุคคลจะประเมินการตอบสนองของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรมผ่านสัญลักษณ์ที่ใช้ร่วมกัน และเข้าใจความหมายตรงกันในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในสังคมตลอดมา การตอบสนองการรับรู้เป็นผลจากการที่บุคคลมีการคาดการณ์ต่อไป (projection) ด้วยว่าถ้าหากเป็นตนเองจะมีการตอบสนองอย่างไร ทั้งในระดับต่อตัวเอง (self-response) และต่อการคาดการณ์ อาจคาดการณ์ว่าคนอื่นคงจะไม่ยอมรับตน ก็จะแปลความกริยาทำทางของคนอื่นๆ ที่แสดงต่อตนไปในทางปฏิเสธ ในการตอบสนองทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการตอบสนองของบุคคลโดยประเมินลักษณะจิตวิสัย (subjective evaluation)

ระดับที่ 4 การตอบสนองเชิงภาวะวิสัย (objective response) เป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในสถานการณ์ปฐมภูมิและทุติยภูมิ

(primary and secondary setting) ดังนี้ 1) ปฏิกริยาจากบุคคลภายในวงใกล้ชิด เช่น ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน 2) ปฏิกริยาจากกลุ่มนอกวงออกไปไม่ใกล้ชิด เช่น จากสาธารณชน

ระดับที่ 5 การตอบสนองในระดับองค์กรหรือสถาบัน ซึ่งเป็นปฏิกริยาที่แสดงต่อผู้ฝ่าฝืนหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนอย่างเป็นทางการจากหน่วยงานองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมทางสังคมต่างๆ เช่น ตำรวจ ศาล ผู้คุมประพฤติ สถานพินิจ สถานคุ้มครอง โรงพยาบาลปัญญาอ่อน บ้านพักฟื้น โรงพยาบาลจิตเวช ทันทสถาน เป็นต้น

การตอบสนองทางสังคมที่กล่าวมาทั้ง 5 ระดับ จะเป็นการประทับตราสำหรับบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือฝ่าฝืนระเบียบจนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น เป็นพฤติกรรมที่สังคมมอบให้บุคคลนั้นโดยกระบวนการตราหน้า (Labeling process) บุคคลจะเกิดสถานภาพใหม่ที่สถานภาพเก่า เมื่อบุคคลได้ถูกจัดว่าเป็นคนผิดระเบียบ ไม่เหมือนคนในสังคมส่วนใหญ่ บุคคลก็จะเริ่มแสดงตัวเองตามสถานภาพที่ถูกเรียกว่าการแสดงโดยสำนึกของตนเอง ในการแสดงโดยสำนึกของตัวเองนี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมหวาดระแวง ต่อสิ่งรอบตัว ไม่เข้าสังคมเกิดการรับรู้ตราบาปในตนเอง

ทฤษฎีตราบาป

จากแนวคิดทฤษฎีตราบาปของ Goffman (1963) อธิบายว่า ตราบาป คือ ปฏิกริยาของสังคมและบุคคลแวดล้อม ที่มีต่อคุณลักษณะไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีความแตกต่างจากบุคคลปกติในสังคม ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าตนเองของบุคคลนั้น ทำให้รับรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทิน รับรู้ว่าตนเองถูกแบ่งแยกกีดกัน และไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม โดย Goffman (1963) ได้ กำหนดลักษณะของตราบาป 3 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น การมีความพิการ การด้อยความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือกิจกรรมทางสังคม
2. ลักษณะที่ถูกกล่าวโทษหรือตำหนิ ทำให้บุคคลไม่มีความภาคภูมิใจกับตนเอง ได้แก่คนที่มีความผิดปกติทางจิต ติดคุกติดยา มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ วางงาน พยายามฆ่าตัวตาย หรือกบฏทางการเมือง
3. ลักษณะที่เกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย เช่น กรณีคนยิวถูกกล่าวหาว่าเป็นต้นกำเนิดของการเกิดกาฬโรคที่มีการระบาดในศตวรรษที่ 14

กระบวนการปรับตัวต่อตราบาป

กระบวนการปรับตัวของบุคคลต่อตราบาป ตามแนวคิดของ Goffman (1963) สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. การปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย (hiding their illness) ความพิการที่ถูกตีตราจากสังคม โดยบุคคลที่รับรู้ตราบาป อาจมีการแก้ไขสาเหตุที่สังคมตราหน้าด้วยการทำศัลยกรรมตกแต่ง เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นต้น
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ (covering)
3. การเปิดเผยตนเอง (disclosing) เพื่อขอความเห็นใจ หรือขอรับการช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยสารเสพติดที่เปิดเผยตัวเองเพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการบำบัด เป็นต้น
4. การปฏิเสธไม่ยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน (deviance disavowal)
5. การไม่ยอมรับการตีตราหรือมีการตีตราคนอื่นกลับ (challenging or resist social Norms) ว่าเป็นคนโง่ ปราศจากศีลธรรม

ผลกระทบของตราบาปต่อบุคคล ทำให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) ว่าบุคคลไม่ปกติเท่ากับบุคคลอื่นๆ ในสังคม การถูกแบ่งแยกและการลดค่าของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นถูกลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และมีผลต่อการรับรู้ของตนเองของผู้ที่ถูกตีตราบาป ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอาย เกลียดตนเอง Goffman (1963) ยังกล่าวอีกว่า บุคคลที่ถูกตีตราจะรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่แตกต่างจากคนอื่น ทำให้เป็นบุคคลที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้รับการยอมรับ ขาดความมั่นใจในตนเอง ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการตีตราและแนวคิดของตราบาปมีความคล้ายคลึงกัน และมีผลต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอิทธิพลทางสังคมกลุ่มบุคคลในชุมชน โดยเน้นความสำคัญของสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อกระบวนการสร้างและให้ความหมายการตีตราของลักษณะบุคคลที่ถูกสร้างขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการที่สังคมแบ่งแยกกีดกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Goffman (1963) โดย Luoma et al. (2010) ได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มของผู้ป่วยติดสารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกกล่าวโทษและตำหนิให้หมดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในทางลบ เป็นบุคคลที่มีความเสื่อมเสีย ซึ่งมีผลทำให้ถูกแบ่งแยกและกีดกันออกไปจากสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้านและทำให้เกิดการเสพยาซ้ำได้

2.3 การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติด

การรับรู้ตราบาป หมายถึงความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ที่มีตราบาป (Berger, Ferrans & Lashley, 2001) นักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาได้พยายามสร้างแนวคิดระหว่างความรู้สึกอับอายในตราบาป (Felt stigma) และการถูกแบ่งแยก (Enacted stigma) จากแนวคิดของ Goffman (1963) ความรู้สึกอับอาย (Felt stigma) คือ การรับรู้ตราบาปซึ่งหมายถึงการลดคุณค่าของตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองไม่ดีเท่ากับบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกอับอาย (Felt stigma) และการ

แบ่งแยก (Enacted stigma) (Goffman, 1963 อ้างถึงใน มัตติกา ใจจันทร์ และพรนภา คำพราว, 2557) โดยจากแนวคิดตราบาบของ Goffman (1963) ที่กล่าวว่า ตราบาบเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อบุคคลที่มีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น ซึ่งนำไปสู่ความมื่อคติ การลดคุณค่า และการไม่ให้ความสำคัญกับบุคคลดังกล่าว ทำให้บุคคลไม่มีคุณค่า ถูกแบ่งแยกและกีดกัน และจากแนวคิดดังกล่าว Link et al. (1989) ได้นำแนวคิดมาศึกษาและให้คำนิยามตราบาบว่า เป็นปรากฏการณ์ของการตีตรา (labeling) การมองแบบเหมารวม (stereotype) การแบ่งเขาแบ่งเรา (separate) การสูญเสียสถานะและการกีดกันโดยรวมทั้งกระบวนการความคิดและพฤติกรรม โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ (Link et al., 1989 อ้างถึงใน Semple, Grant and Patterson (2005) คือ

1. ความคิดคาดการณ์ว่าตนเองจะต้องถูกปฏิเสธ โดยแนวคิดนี้จะคล้ายกับแนวคิดการตีตราบาบในตนเองของ Goffman (1963) คือ บุคคลเชื่อว่า ไม่ว่าตนเองจะทำดีหรือพัฒนาตนเองอย่างไรก็เป็นคนไม่ดีในสายตาของบุคคลในสังคม เพราะเขามีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากบุคคลอื่น เช่น ป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือติดสารเสพติด ทำให้ถูกคาดการณ์ไว้ว่า สังคมจะทำให้ตนเองถูกเลือกปฏิบัติ ถูกปฏิเสธ ไม่มีคนคบหา ทั้งนี้ อาจจะไม่เกิดเหตุการณ์กับตนเองโดยตรงแต่ทราบจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ทำให้เกิดการคาดการณ์ขึ้นว่าจะเกิดกับตนเองด้วย

2. ประสบการณ์ของการถูกปฏิเสธ จากประสบการณ์พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์การถูกปฏิเสธจากที่ทำงาน โรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดก็ถูกปฏิเสธทางสังคมเช่นกัน

3. ทั้งเรื่องการหางาน ที่อยู่อาศัยและเพื่อนที่คบหา

4. วิธีการเผชิญปัญหา โดยนักวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมักจะหลบหนีการเผชิญปัญหา และขาดการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากต้องหลบซ่อน

2.4 ประเภทของการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยติดสารเสพติด

Link et al. (1997) ได้พัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้ตราบาบในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ในปี ค.ศ. 2010 Luoma et al. ได้นำแนวคิดและเครื่องมือมาพัฒนาเพื่อทำการศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด โดย Luoma et al. (2010) ได้กล่าวว่า ตราบาบเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในกระบวนการประทับตราบาบของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป โดยกระบวนการประทับตราบาบขึ้นอยู่กับบรรทัดฐาน คุณค่าของบุคคลในสังคมนั้นๆ สามารถแบ่งตราบาบได้ชัดเจน 3 แบบ คือ Enacted stigma, Self-stigma, Perceived stigma โดย

- 1) Enacted stigma คือ การมีประสบการณ์โดยตรงจากการถูกเลือกปฏิบัติทางสังคม รู้สึกว่าถูกกีดกันจากสังคม เป็นความเชื่อของบุคคลที่คิดว่าไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เช่น ความลำบากในการหางาน การเข้าถึงที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2) Self-stigma คือ ความคิดเชิงลบของบุคคลมองตนเองไม่มีคุณค่า ความรู้สึกกลัว อับอาย ทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยงการรักษา ไม่ทำงานทำ เป็นต้น

3) Perceived stigma คือ องค์ประกอบหนึ่งของ Self-stigma ที่เกิดเป็นความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่ามีคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง (Link, 1997 อ้างถึงใน Luoma et al., 2010) เมื่อเกิดการรับรู้ตราบาปในตนเอง ทำให้บุคคลคิดว่าตนเองไม่ดีเท่ากับคนอื่น กลัวการถูกตีตราบาปจากสังคม กลัวการถูกเลือกปฏิบัติ (Scambler, 2004 อ้างถึงใน Stuenkel and Wong, 2012)

2.5 การประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบแบบประเมินตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติด แบ่งออกได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ตราบาป แบบประเมินการเกิดตราบาปทางสังคม และแบบประเมินการเกิดตราบาปในตนเอง โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเฉพาะแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยยาเสพติด พบแบบประเมินดังนี้

1. The Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD; $\alpha = .83$; Link et al., 1997) PDD เป็นแบบสอบถาม 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ (Rating scale) ตามรูปแบบของ Likert's scale ซึ่งแบ่งตามระดับการรับรู้ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ซึ่งคำถามของแบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงการถูกแบ่งแยกกีดกัน และการถูกเลือกปฏิบัติจากคนในสังคม โดยแบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด

2. The Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS; $\alpha = .73$; Luoma et al., 2010) แบบวัดนี้ดัดแปลงมาจากแบบวัด The Perceived Devaluation and Discrimination Scale ของ Link et al. (1997) โดย Luoma et al. ได้นำแบบวัดนี้มาดัดแปลงและพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยเฉพาะ เป็นแบบคำถามแบบมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's scale ซึ่งแบ่งตามระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยสารเสพติดตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การแปลผลคะแนนโดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน ดังนี้ 8-16 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสารเสพติดระดับน้อย 16-24 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสารเสพติดระดับปานกลาง 24-32 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสารเสพติดระดับมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินของ Luoma et al. (2010) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีการนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยจริง เครื่องมือนี้จึงมีความเหมาะสมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยคดสรรที่เกี่ยวข้องกับตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนั้นแบ่งเป็น 2 ปัจจัยคือปัจจัยภายใน และ ปัจจัยภายนอก โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย

3.1.1 เพศ Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การตีตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยเพศหญิงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ทำการศึกษาเรื่องตราบาปและผลกระทบที่ตามมา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดและจิตเวช พบว่า เพศหญิงที่ติดสารเสพติดจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าเพศชายที่ติดสารเสพติด และยังสอดคล้องกับ Simpson and McNulty (2008) ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีน กัญชา ที่ประเทศอังกฤษ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด จะมีคะแนนการรับรู้ตราบาปจะสูงกว่าเพศชายที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด โดยจากการศึกษาของศิริพร จิรวัฒนกุลและคณะ (2556) มองว่าเพศชายและหญิงมีมิติการเข้าสู่เส้นทางการติดสารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยการติดสารเสพติดในเพศชายถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนการติดสารเสพติดในเพศหญิงคนในสังคมมักมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นการสร้างตราบาปให้กับเพศหญิงที่ติดสารเสพติดมากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษามีบางการศึกษาที่ผลไม่สอดคล้องกับที่กล่าวมา เช่น Arsenault (2010) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจ และอยากทราบว่าเพศเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่

3.1.2 อายุ Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การตีตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป ($r = -.06$) โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่มีสัมพันธภาพกับเพื่อน สังคม การศึกษา การทำงาน และการใช้อินเตอร์เน็ตติดต่อทางสังคมมากกว่าวัยสูงอายุที่มักจะอยู่กับครอบครัว แยกตัวอยู่กับบ้านทำให้ไม่ได้

พบปะคนในสังคมเท่าวัยวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Arsenault (2010) ศึกษาเรื่องกระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยติดยาเสพติด เช่น แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ยาไอ จากการศึกษพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ($r=.199$) จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจและอยากทราบว่าอายุ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่

3.1.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ Palamar (2010) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่จบระดับปริญญาตรีจะมีหน้าที่การทำงาน การเข้าสังคม พบปะผู้คนมากกว่านักเรียนที่กำลังศึกษาระดับมัธยมจึงมีการถูกตีตราบ่อยและรับรู้การตีตราบาปน้อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Etesam et al. (2014) และ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติดพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจ และอยากทราบว่าระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่

3.1.4 สถานภาพสมรส Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยพบว่าผู้ป่วยติดยาเสพติดที่สมรสและอยู่ด้วยกันนั้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าผู้ป่วยที่โสด อาจเป็นเพราะคนในครอบครัวรู้สึกกดดัน และรู้สึกอับอายจากคนในสังคม รู้สึกว่าคนในสังคมแบ่งแยกกีดกันมองครอบครัวตนเองไม่ดี เนื่องจากคนในครอบครัวมีผู้ติดยาเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ด้วย (Link et al., 1997) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ดี มองตนเองในแง่ลบและยังทำให้ครอบครัวตนเองถูกแบ่งแยกเกิดการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ศึกษาเรื่อง ยาเสพติดในประเทศอินเดีย พบว่า การรับรู้ตราบาปจะมีคะแนนอยู่ในระดับสูงหากผู้ป่วยมีสถานะโสด เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่โสดนั้นไม่มีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม กลัวการเข้าสังคม เกิดการรับรู้ตราบาปในตนเองมากขึ้นไปอีก และยังมีการศึกษาที่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น Mohammed (2016) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้เสพยาเสพติด จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจ และอยากทราบว่าสถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่

3.1.5 เชื้อชาติ Fortney et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา) ที่มีเชื้อชาติ แอฟริกัน-อเมริกัน จะมีการรับรู้ตราบาปที่น้อยกว่าเชื้อชาติ

อื่นๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Minior et al. (2003) ที่พบว่า การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เชื้อชาติลาตินจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติ แอฟริกัน-อเมริกัน ตัวแปรนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาทำการวิจัยเนื่องจากเชื้อชาติในประเทศไทยนั้นไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก

3.1.6 ประวัติการบำบัดรักษา Sempke, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า ประวัติการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาปในสังคม แต่ประวัติการบำบัดรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ตัวแปรนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาทำการวิจัยเนื่องจากข้อมูลสนับสนุนในตัวแปรนี้จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่ายังมีไม่เพียงพอ

3.1.7 ประวัติการใช้สารเสพติดทางเส้นเลือด Latkin et al. (2010) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติใช้แอมเฟตามีน เฮโรอีน พบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ใช้วิธีการเสพด้วยการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือดนั้น มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาป โดยการใช้สารเสพติดทางเส้นเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป ตัวแปรนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาทำการวิจัยเนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะนิยมใช้ทางการรับประทานมากกว่าวิธีอื่นๆ (วิโรจน์ สุ่มใหญ่, 2543)

3.1.8 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy theory)

สร้างโดย Bandura (1977) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) ต่อมาได้ขยายแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างมากขึ้น และเปลี่ยนชื่อใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ คือ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นแล้วและการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ (Bandura & Walter, 1963 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2553)

ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (Bandura, 1997) การที่บุคคลจะรับรู้ความสามารถแห่งตนมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดในการประเมินค่า (Cognitive appraisal process) ต่อสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลเผชิญ บุคคลต้องรับรู้ว่าตนมีความสามารถมากพอก่อนจึงจะเกิดความพยายามมุ่งมั่นที่จะกระทำหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้

ปัจจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตามแนวคิดของ Bandura (1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ ประกอบด้วย 4 ประเภทคือ

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (Enactive mastery experience) ปัจจัยนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถ แห่งตนและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากว่าความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และมีความคาดหวังว่าตนสามารถที่จะกระทำสำเร็จ ถึงแม้ว่ามีบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบต่อบุคคลมากนักเพราะบุคคลประเมินว่าตนเองยังมีความ สามารถมากพอ แต่ความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ใช้วิธีการทำที่ไม่เหมาะสม หรือใช้ทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆไม่ดีพอ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอ ที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขา มีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าจะตนมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆหรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างสำเร็จ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การประเมินค่าในความสามารถแห่งตน ส่วนหนึ่งเกิดจากการได้สังเกตตัวแบบในการแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลการกระทำที่พึงพอใจ การที่บุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถมากพอ บุคคลจะตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมนั้นๆ แต่เนื่องด้วยบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนมีความสามารถมากพอในทุกกิจกรรม บุคคลจะประเมินความสามารถของตนจากการสังเกตและเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน สามารถเผชิญกับสถานการณ์หรือกระทำกิจกรรมได้สำเร็จ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตมีแรงจูงใจ มีความเชื่อในความสามารถของตนและฝึกความรู้สึกรู้ว่าเขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นกัน

3. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันอย่างแพร่หลาย Bandura (1997) ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลมากนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evan, 1989 อังโนสมโภชน์ เอี่ยม

สุภาชิต, 2553) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความ สำเร็จซึ่งจะ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับ

4.การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional Arousal) การ กระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน บุคคลจะมีการตัดสินใจถึงความ สามารถแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะด้านร่างกาย หมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อมีสิ่งกระตุ้น หรือการเผชิญความเครียด ถ้าบุคคลมี สภาวะร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพดี ย่อมส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่วน สภาวะทางอารมณ์ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียด นอกจากนี้อาจทำให้ เกิดความรู้สึกลัวและนำไปสู่การรับรู้ความสามารถแห่งตนที่ต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมาก ขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่ง จะทำให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้น ทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึง ความสามารถดีขึ้นด้วย การแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก เช่น ความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้เกิดการรับรู้ความ สามารถแห่งตนเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการ กระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความ สำคัญโดยต้องสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวต่างๆ และความทุกข์ทรมานส่งเสริมให้บุคคลมีสภาวะที่ปกติและควบคุม สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มสูงขึ้น

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในงานวิจัยเป็นจำนวนมากเพื่อทำนายผลลัพธ์ของ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น แบ่งได้ดังนี้

1.แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในลักษณะที่เฉพาะความคาดหวังในสมรรถนะเพื่อ ทำนายผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (Efficacy expectation) เป็นแบบวัดที่ใช้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วย ต่างๆ เช่น Jenkins (1988) พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย Geest (1993) พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับ พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่โรคลมชัก โรคหัวใจและผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต เป็น ต้น

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป (The general perceived self - efficacy scale) เป็นแบบสอบถามที่มุ่งเน้นที่ความเชื่อมั่นในระดับความสามารถต่างๆ ไปของบุคคลไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เช่น แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไปของ Sherer et al. (1982) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไปของ Schwarzer (Schwarzer, 1997) อ้างถึงใน วาทีนี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และ ประภาพร มีนา, (2545) โดยแบบวัด วัดตามแนวคิดของ Bandura (1977) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า วาทีนี สุขมาก และคณะ (2545) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Schwarzer (Schwarzer, 1997) อ้างถึงใน วาทีนี สุขมาก และคณะ, (2545) ฉบับภาษาอังกฤษ แปลเป็นภาษาไทย แล้วแปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ นำไปใช้กับผู้ป่วยเสพสารเสพติดที่มาบำบัด ณ ห้องผู้ป่วยนอก ศูนย์ บำบัดรักษาเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น จำนวน 103 คน นำผลที่ได้ไปหา ค่าความเชื่อมั่นพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Principle component analysis โดยกำหนดค่า Factor loading ไม่น้อยกว่า 0.03 และยืนยันองค์ประกอบด้วย Confirmatory factor analysis พบว่าเป็นแบบทดสอบที่มีความน่าเชื่อถือ (วาทีนี สุขมาก และคณะ, 2545)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วาทีนี สุขมาก และคณะ (2545) เนื่องจากครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ใช้ภาษาที่สั้น กระชับเข้าใจง่าย มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษาวิจัย โดยจากการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Louma et al. (2014) ศึกษาเรื่อง การคาดคะเนตราบาป ในการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน, โคเคน, กัญชา, แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดหากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงจะทำให้มีการรับรู้ตราบาปในตนเองสูงขึ้น โดยผู้ป่วยจะเริ่มกลัวการรับรู้ตราบาป คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเกิดกลไกการป้องกันตนเอง โดยจะพยายามหลบหนีอยู่ในสถานบำบัดไปเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดมากขึ้น ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวอาจยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าตราบาปมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินนี้มาใช้ เพื่อที่จะได้ทำการวิจัยให้ทราบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปหรือไม่ และมีความสัมพันธ์ในทิศทางใด เพื่อนำไปพัฒนาและวางแผนการพยาบาลต่อไป

3.1.6 ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Sadock (Sadock, 2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้ารูปแบบอาการแสดงทางด้านจิตใจและอาการแสดงทางด้านร่างกาย

Beck (Beck, 1967) ได้ให้ความหมายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางด้านอารมณ์ร่วมกับความเปราะบางด้านความคิดและพฤติกรรม

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร่ายังไม่เป็นที่แน่ชัดขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันไป โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยแนวคิดและทฤษฎีที่นิยมนำมาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าคือทฤษฎีนิยาม (Cognitive Theory) ของ Beck (Beck, 1967) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) พัฒนาโดยซิกมันด์ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ทฤษฎีการสูญเสียและเศร้าโศก (Grief and loss theory) ทฤษฎีทางสังคม (Social theory) เป็นต้น โดยจากการศึกษาพบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลนั้นและระดับความซึมเศร้าที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับจำนวนข้อของความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เพิ่มขึ้นและรุนแรงมากขึ้นตามลำดับซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck (Beck, 1967) ที่มีความเชื่อว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเป็นปัจจัยเหตุสำคัญ ที่เป็นรากเหง้าของการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคล อย่างแท้จริง โดย Beck (1979) เชื่อว่าบุคคลมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่บิดเบือนนั้นเกิดจากบุคคลนั้นมีความคิด อัตโนมัติด้านลบหรือความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน (Negative Automatic Thoughts or Automatic Thought Distortions) ซึ่งเป็นความคิดที่อยู่เหนือสุดและเป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง ยิ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบเพิ่มมากขึ้นเท่าไร ทั้งปริมาณความถี่และความรุนแรง ความคิดที่มีเหตุผล กลับยิ่งลดลง (Fennell, 1989) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ พัฒนาการของรูปแบบการรู้คิด (The Cognitive Model of Development) ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามีรูปแบบความคิดหลัก 3 ลักษณะ คือ (Beck et al, 1979)

1. การมองตนเองในทางลบ (negative view of self) การมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ความสามารถ ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทาง ด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง
2. การมองเหตุการณ์ปัจจุบันหรือที่เผชิญใน ทางลบ (negative view of ongoing experience) ทำให้มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคเป็นโลกแห่ง ความพ่ายแพ้ และการถูกลดโทษ

3. การมองอนาคตในทางลบ (negative view of the future)เป็นการคิดและทำนายว่าความทุกข์ยากในปัจจุบันไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังในอนาคต

แบบแผนการรู้คิด (Cognitive Schemas)แบบแผน การรู้คิดมีสองแบบคือลักษณะที่ปกติ (adaptive) และลักษณะที่บิดเบือน(maladaptive)และแบบแผนการรู้คิดทางบวกในสถานการณ์หนึ่งอาจเป็นแบบแผน การรู้คิดทางลบในอีกสถานการณ์หนึ่งก็ได้ทั้งนี้ Ellis (1994)กล่าวว่าผู้ที่มีความคิดบิดเบือนทางลบจะมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัวความคิดอัตโนมัติด้านลบ หรือ Automatic thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้างไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็น ตามความจริงสามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Cognitive error (Wright & Beck, 1999) ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetics theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด และสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ทฤษฎีเกี่ยวกับชีวเคมี (biochemical theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติ ในการทำงานของสมองทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter imbalance)เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติ ในการทำงานของสมองทำให้เกิดความไม่สมดุล ของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter imbalance) โดยเริ่มต้นจากร่างกายได้รับสิ่งเร้าเข้ามา กระตุ้นผ่านทางระบบประสาทสมองส่วนปลายซึ่งสามารถ recognized ได้โดย receptor organ ผ่านไขสันหลังเข้าสู่สมองโดยเข้าสู่ limbic system และสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมความคิดและพฤติกรรมที่เรียกว่า ซีรีบรัลคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) จากนั้นจะผ่านการเชื่อมต่อด้วยสารสื่อประสาท ที่ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก กระบวนการเชื่อมต่อ ระหว่างเซลล์ประสาท มีกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารสื่อประสาทมากผิดปกติใน pre- synaptic neuron ส่งผลให้บริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synaptic cleft) จึงทำให้มีปริมาณสารสื่อประสาท กลุ่ม biogenic amines เช่น serotonin norepinephrine และ dopamine ต่ำลงพบความผิดปกติของปริมาณ 5hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ซึ่งเป็นรูป metabolite ของ serotoninและมีการหลั่งของคอร์ติซอล มากกว่าปกติร้อยละ 50 จึงส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Rao, 2006)

ระดับของภาวะซึมเศร้า

1.ภาวะซึมเศร้าปกติ หรือมีชั่วคราว (normal depression or transient depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวังในชีวิตประจำวัน และอาการนี้สามารถหายไปเมื่อบุคคลมีการปรับตัว

2.ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (mild depression or simple depression) เป็นอารมณ์ที่จิตใจไม่เบิกบาน (down hearted) มีอารมณ์เศร้าหมอง (blue of sad) เหงาชั่วคราว ซึ่งบุคคลไปก็รู้สึกได้

3.ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน และรุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่ การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

4.ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่อยู่ในระดับลึก เกิดขึ้นเป็นระยะ เวลานานโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่สามารถทำงานได้

3.3.4 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมาอย่างหลากหลาย แต่สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2549)

1. Self-report measures ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งผลที่ได้จะค่อนข้างเป็นความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบ มีประโยชน์คือใช้ง่าย และสามารถประเมินในกลุ่มคนจำนวนมากในเวลาอันสั้น อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่าย มักจะใช้ในการสำรวจหรือในกรณีที่ต้องการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า และในการคัดกรองในประชากรทั่วไป ตัวอย่างเครื่องมือประเภทนี้ได้แก่ Zung Self-Depression Scale, Beck Depression Inventory, The Center for Epidemiologic Study Depression scale (CES-D) เป็นต้น

2. Clinician-rated measures ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบ (structural interview) ตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน โดยแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินมาอย่างดีแล้ว จะมีความแม่นยำสูง แต่จะใช้เวลานาน เช่น Hamilton Rating Scale for Depression, Brief Psychiatric Rating Scale (Overall et al. 1962), SCID , DIS , SADS and M.I.N.I

จะเห็นได้ว่า เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างอิงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) โดยในข้อคำถามของแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1-14 และข้อที่ 20 และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายอีก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15- 19 และข้อที่ 21 ซึ่งเป็นอารมณ์ซึมเศร้า การมองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกล้มเหลว การขาดความพึงพอใจ ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกกลังโทษตนเอง ความผิดหวังในตนเอง การรู้สึกว่าตนเองมีความผิด ความคิดฆ่าตัวตาย ร้องไห้ ความหงุดหงิดรำคาญใจ การปลีกตัวออกจากสังคม การไม่กล้าตัดสินใจ ความรู้สึกว่าร่างกายเปลี่ยนแปลง การทำงานถดถอย การนอนไม่ค่อยหลับ ความอ่อนล้า การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสนใจทางเพศ เหตุผลที่เลือกใช้แบบวัดชุดนี้ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่

มีแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยอ้างอิงตามแนวคิดของ Beck ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.78 และที่สำคัญแบบประเมินนี้สอดคล้องกับตัวแปรที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษาวิจัยคือภาวะซึมเศร้า โดยจากการศึกษา Michele, Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน, เฮโรอีน, แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก กีดกันออกจากสังคม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้มากขึ้นจึงทำให้รู้สึกหดหู่ แยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับ Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดพบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจและอยากทราบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กันในทิศทางใดเพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลต่อไป

3.1.7 การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

วันเพ็ญ อำนางจิตติกร และคณะ (2553) ได้อธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้มีนักจิตวิทยาและนักการศึกษาได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นความต้องการข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย ความต้องการความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงิน แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินผลตนเองในสังคม

Pender (1987) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความต้องการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์วัสดุอุปกรณ์ข่าวสารคำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

พิทักษ์ สุริยะใจ (2550) ให้ความหมายว่า ความต้องการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ภาควิชาจิตในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ซึ่งมาจากบุคคลที่ใกล้ชิด และจากชุมชนที่อาศัย เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และจัดการกับปัญหาได้โดยไม่พึ่งสารเสพติด

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์กรด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือคือการได้รับการยอมรับ ได้รับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ทำให้บุคคลมีแหล่งสนับสนุนที่ดีสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยไม่พึ่งพาสารเสพติด

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใย ความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่และการรับฟัง
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องให้การยอมรับ เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลในสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจโดยเปรียบเทียบกับบุคคลในสังคมหรือในสถานการณ์ที่คล้ายกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจ เป็นการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง ให้คำแนะนำตักเตือน ให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารที่บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับบุคคลและสภาพแวดล้อมได้
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือสิ่งของ (instrument support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้านแรงงาน การเงิน เวลาหรือช่วยปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับบุคคล

Cobb (1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network support) เป็นการบอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Jacobson (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ เชื่อว่าได้รับการยกย่องเคารพนับถือและความรัก รวมทั้งอาจได้รับการเอาใจใส่และให้ความมั่นใจ
2. การสนับสนุนทางด้านปัญญา (cognitive support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำที่จะช่วยบุคคลได้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ จนสามารถนำไปปรับต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (material support) หมายถึง การช่วยเหลือด้วยสิ่งของ และบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ

1. กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็น การส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการที่ผู้เข้ารับการรักษายาเสพติด จะสามารถจัดการกับปัญหาทางสังคมของตนเองจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของตนได้นั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ต้องได้รับการวินิจฉัย ถึงสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ต่อไป

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด และเป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวางเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความหลากหลายแตกต่างกันไปบางชนิดใช้ประเมินเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียว บางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

แบบสอบถาม Norbeck Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Norbeck, Lindsey, and Carrieri (1982) เป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn (Kahn, 1979 อ้างถึงใน Norbeck et al., 1982) ใช้ประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยถามเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิดการยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกัน ในการให้ความช่วยเหลือแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire: PRQ-85) พัฒนาโดย Brandt and Weinert (1981) ตามแนวคิดของ Weiss (1974 อ้างถึงใน Brandt & Weinert, 1981) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 (PRQ-85: Part 1) เป็นการสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 2 (PRQ-85: Part 2) เป็นการประเมินลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้าน คือ การได้รับความรัก ความผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง การได้ช่วยเหลือผู้อื่นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารการให้คำแนะนำ ต่อมา Weinert (2000) ได้ปรับปรุงแบบสอบถามการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 2 โดยไม่ได้มีส่วนที่ 1 มารวมไว้ใน PRQ -2000 เนื่องจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 ทำให้แบบสอบถามมีความยาวมากขึ้นและมุ่งเน้นที่การถามแหล่งสนับสนุนเพียงอย่างเดียว PQR

2000 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อเป็นข้อคำถามที่สั้นมีความกระชับและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ จากนั้นประภาศรีทุ่งมีผล(2548) ได้แปลแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของ Weinert (2000) เป็นภาษาไทยโดยนำไปใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกได้ค่าความมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.95

การประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

การประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ของพิเชฐ จันทร์เจนจบ และคณะ(2555) โดยแบบวิจัยนี้ นำแนวคิดของ House (1985) มาใช้ในการประเมินความต้องการ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยแนวคิดนี้ประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยแบบสอบถามถามจำนวน 4 ด้าน ได้แก่การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามรูปแบบของ Likert's scale ซึ่งแบ่งตามระดับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่ 1 – 5 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.93

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ของพิเชฐ จันทร์เจนจบ และคณะ (2555) โดยแบบวิจัยนี้ นำแนวคิดของ House (1985) มาใช้และนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด เหตุผลที่เลือกใช้แบบวัดชุดนี้ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยอ้างอิงตามแนวคิดของ House (1985) เป็นแบบประเมินที่ใหม่ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.93 และกลุ่มตัวอย่างของแบบประเมินคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยคือกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยจากการศึกษา Lynn (2015) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติและอุปสรรคในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน เฮโรอีน และกลุ่มที่มีความพิการทางร่างกาย พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป ($r = .22$) โดยผู้ป่วยเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ก็จะมีความต้องการการสนับสนุนในสังคมสูงด้วยเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Michele, Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน, เฮโรอีน, แอลกอฮอล์ พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว, เพื่อน และบุคคลที่สำคัญในชีวิต เนื่องจากอาจเป็นเพราะผู้ป่วย

สารเสพติดต้องการความเข้าใจ ลดความคิดอคติ โดยพบว่าหากคนในสังคมให้ความช่วยเหลือ เข้าใจ ผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่างแท้จริง ก็ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดยอมรับการบำบัดรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ (Ellis et al., 2004) จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจ และอยากทราบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่

3.2 ปัจจัยภายนอก

3.2.1 ระบบการบำบัด จากการศึกษาของ Arsenault (2010) เรื่องกระบวนการเกิดตราบาบในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม พบว่า การรับรู้ตราบาบมีความสัมพันธ์กับระบบบำบัด โดยผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ถูกบังคับบำบัดจะมีการรับรู้ตราบาบมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกบังคับบำบัดอาจมีความรู้สึกว่าคุณในสังคมมองตนเองในแง่ร้ายเพราะโดนจับมาบำบัด รู้สึกถูกตำหนิจากสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar et al. (2010) สำหรับการศึกษาที่ให้ผลไม่สอดคล้องคือ Corrigan, Kuwabara and O'Shaughnessy (2009) ที่พบว่าระบบบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาบ โดยทำการศึกษาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มการบำบัด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมัครใจบำบัด ($n = 93$) กลุ่มบังคับบำบัด ($n = 54$) และกลุ่มต้องโทษ ($n = 11$) โดยพบว่า อาจเป็นเพราะการที่ประชาชนมีจิตวิทยาที่ดีมากขึ้น มีการปรับความคิดที่ยึดหยุ่นเริ่มยอมรับคนที่ใช้สารเสพติดในสังคมมากขึ้น หรืออาจเป็นเพราะกฎหมายในปัจจุบันไม่เข้มแข็งพอทำให้ประชาชนมองว่าการบำบัดแต่ละอย่างนั้นไม่มีความแตกต่างกัน จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจ และอยากทราบว่าระบบบำบัด เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนด้วยหรือไม่

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนรวบรวมเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเนื้อหาที่มีความสอดคล้อง ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

ปิยะนาฏ จันทร์กระจ่าง (2546) ศึกษากระบวนการประทับทราบาบจากสังคมกรณีศึกษาเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับการเสพยาบ้าในจังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาว่ากระบวนการประทับทราบาบจากสังคม จากบุคคลแวดล้อมเด็ก ทั้งครอบครัว เพื่อน ครู และเพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่จากภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการลงโทษผู้เสพติด ส่งผลต่อการกระทำผิดซ้ำของเด็กเยาวชนที่เสพยาบ้าอย่างไร 2. เพื่อศึกษาการโต้ตอบของเด็ก

และเยาวชนที่เสพยาบ้าต่อตราบาปที่ได้รับจากสังคมว่ามีกระบวนการอย่างไร และกระบวนการโต้ตอบนั้นมีผลต่อการไปเสพยาบ้าซ้ำแล้วซ้ำเล่าอย่างไร 3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่ทำให้เด็กและเยาวชนที่เสพยาบ้าตกอยู่ในวัฏจักรของการเสพยาบ้า ประชากรที่ศึกษาคือ เด็กและเยาวชนที่เสพยาบ้าจำนวน 5 คนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย ผลของการวิจัยพบว่า การเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชนนั้นสามารถพัฒนาไปได้อย่างเป็นกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงการเสพแบบเป็นกิจวัตรประจำวัน กระทั่งติดอยู่ในวัฏจักรของการเสพยาบ้าซ้ำแล้วซ้ำเล่า โดยกลไกที่สำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนเสพยาบ้ามากขึ้นก็คือ การที่พวกเขาเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆจากเพื่อนที่มีประสบการณ์ในเรื่องของยาบ้า และสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนเหล่านี้ติดอยู่ในวัฏจักรของการเสพยาบ้า คือประสบการณ์ของการถูกจับกุมอย่างเป็นทางการ และการถูกปฏิเสธจากบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัว เพื่อน ครู และเพื่อนบ้าน ซึ่งล้วนแต่เป็นการประทับตราบาปให้พวกเขา ผลที่ตามมาในขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการคือพวกเขามีการเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ของตนเอง เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่เสพยาบ้า และยอมรับว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มวัฒนธรรมย่อยนั้นในที่สุด

เบญจมาศ ดวงจำปา (2557) ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบตราบาปทางสังคมของยาเสพติดระหว่างผู้เสพเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดกับประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดขอนแก่นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตราบาปทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดระหว่างกลุ่มที่ผ่านการเข้าค่ายบำบัดรักษายาเสพติดกับประชาชนทั่วไป ที่อำเภอแม่ฟ้าหลวงจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือกลุ่มผู้ผ่านการเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดอำเภอแม่ฟ้าหลวงใน พ.ศ.2556 จำนวน 255 คน และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับกลุ่มศึกษา และมีอายุใกล้เคียงกัน จำนวน 255 คน รวมตัวอย่างในการศึกษาคือ 510 คน ผลของการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นชายร้อยละ 86.3 มีอายุระหว่าง 12-46 ปีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ระดับตราบาปทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พบว่าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 38.6 (ช่วงเชื่อมั่น 95%CI; 34.4, 42.8) ระดับสูงร้อยละ 17.5(ช่วงเชื่อมั่น 95%CI; 14.2, 20.8) ระดับปานกลางร้อยละ 20.8 (ช่วงเชื่อมั่น 95%CI; 17.3, 24.3) และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 23.1 (ช่วงเชื่อมั่น95%CI; 19.4, 26.8) ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

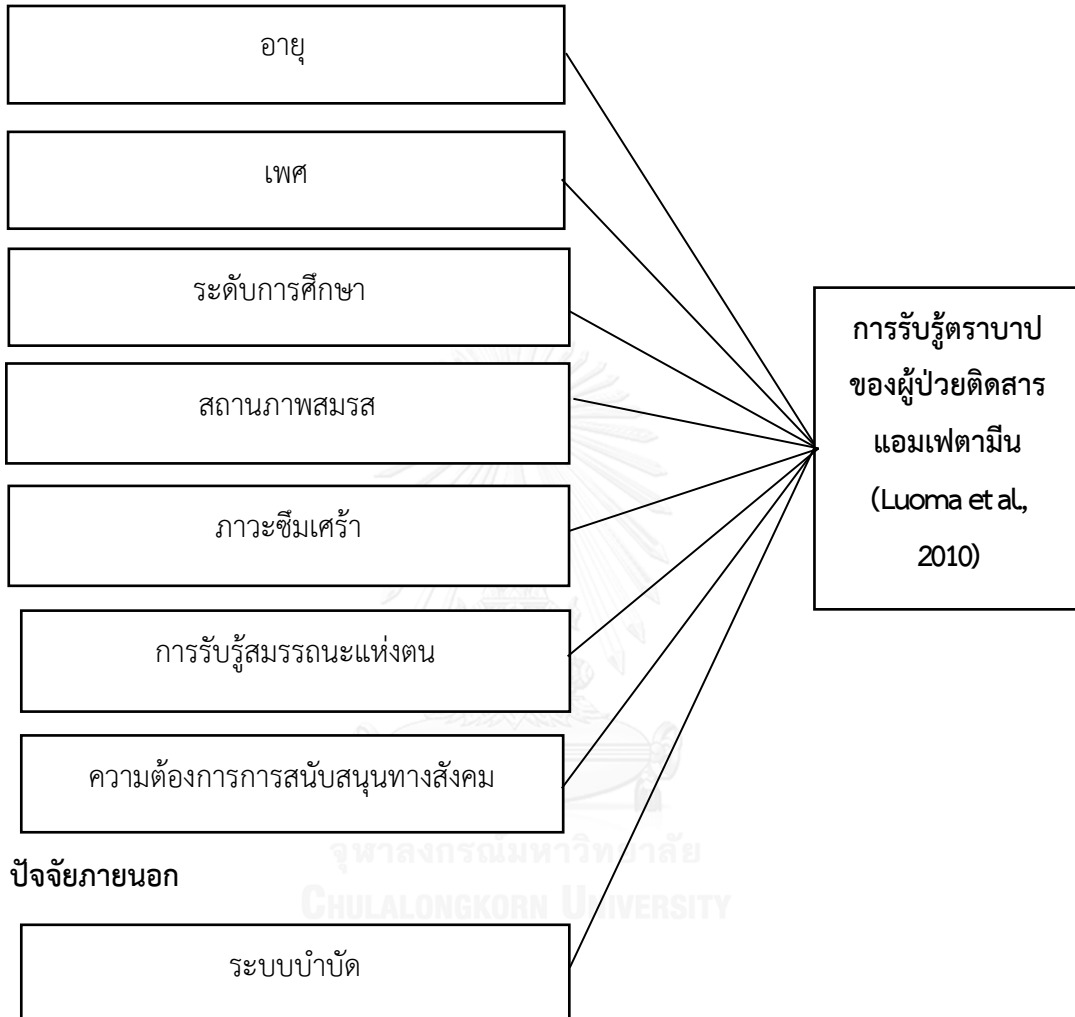
Luoma et al. (2007) ศึกษาเรื่อง トラบาปในผู้ป่วยสารเสพติดที่เขารับการรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบผลกระทบของトラบาปกับผู้ป่วยสารเสพติดที่เขารับการรักษา ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยสารเสพติดจำนวน 197 คน (มีแอลกอฮอล์ กัญชา ยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีน โคเคน) เป็นชาย 108 คน หญิง 89 คน โดยทำการศึกษาที่สหรัฐอเมริกา รัฐเนวาดา คัดเลือกประชากรจาก 15 ศูนย์ที่บำบัดเป็นผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์และผู้ป่วยติดสารเสพติด ผลของการวิจัยพบว่า มีระดับคะแนนของ enacted, perceived, and self-stigma ค่อนข้างสูงในผู้ป่วยสารเสพติดที่เขารับการรักษา และพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้トラบาปจะกลับมารักษาซ้ำมากขึ้น

Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ศึกษาเรื่องผู้ใช้สารเสพติดชาวอินเดียมีการรับรู้ トラบาปเกี่ยวกับเรื่องการใช้สารเสพติดอย่างไร เมื่อเทียบกับสมาชิกในครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้トラบาประหว่างผู้ใช้สารเสพติดชาวอินเดียและคนในครอบครัว ว่ามีความรู้สึกอย่างไร ประชากรที่ศึกษาคือ ครอบครัวชาวอินเดีย 50 ครอบครัว โดยในทุกครอบครัว จะต้องมีผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดแอลกอฮอล์ และ opioids โดยใช้เครื่องมือทางการทดลองคือแบบวัด Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS) ผลของการวิจัยพบว่า การรับรู้トラบาปในผู้ป่วยสารเสพติดและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดแอลกอฮอล์ และ opioids โดยคะแนนของการรับรู้トラบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด จะมีคะแนนสูงเกี่ยวกับ เรื่องการรับรู้トラบาปกับการจ้างงาน และคะแนนการรับรู้トラบาปของกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ไม่ แต่งงานจะมีคะแนนการรับรู้トラบาปสูงเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและนอกประเทศพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับ トラบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนนั้นแบ่งเป็น 2 ปัจจัยคือปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ ความต้องการการ สนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยภายใน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ:F15) ซึ่งเข้ารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ:F15) ซึ่งเข้ารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จำนวน 242 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

4. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็น โรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาเฟ:F15)

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอาการทางจิตในลักษณะ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (1978; อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) $n \geq 10k + 50$ (n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษาคือ เพศแบ่งเป็นชาย (k1) หญิง (k2) อายุ (k3) ระดับการศึกษาแบ่งเป็นต่ำกว่าปริญญาตรี (k4) ระดับปริญญาตรี (k5) สูงกว่าปริญญาตรี (k6) สถานภาพสมรสแบ่งเป็น โสด (k7) สมรสและอยู่ด้วยกัน (k8) สมรสและแยกกันอยู่ (k9) หย่าร้าง/หม้าย (k10) ระบบการบำบัดแบ่งเป็นระบบสมัครใจ (k11) ระบบบังคับบำบัด (k12) ระบบต้องโทษ (k13) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (k14) ภาวะซึมเศร้า (k15) การสนับสนุนทางสังคม (k16) และการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (k17) รวมเป็นจำนวน 17 ตัวแปร $n = (10 \times 17) + 50 = 220$ คน และผู้วิจัยทำการเก็บเพิ่มอีก 10% ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ต้องการศึกษา เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 242 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาใน แผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดทุกประเภท บริการด้านการบำบัด วิชาการ งานวิจัย และนโยบายด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ตามเวลาที่กำหนดด้วย

2. ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Accidental Convenience Sampling) โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) และเป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วย

นอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ในช่วงวัน เวลา ที่ผู้วิจัยคัดเลือก โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2559 – มีนาคม 2560 จนได้ กลุ่มตัวอย่างจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ครอบคลุม จำนวน 242 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
 - 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 - 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 4) แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม
 - 5) แบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
- โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระบบการบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (General perceived self - efficacy scale)

เป็นแบบวัดตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดย Schwarzer (1997) แปลเป็นภาษาไทย โดย วาทีณี สุขมาก และคณะ (2545) เครื่องมือนี้เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง
- 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง จริงพอสมควร
- 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

คะแนนอยู่ในช่วง 10 – 40 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งช่วงของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) และทำการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

10 -20 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

21 -31 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

32 -40 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

เครื่องมือนี้พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปใช้กับผู้ป่วยเสพสารเสพติดที่มารับบำบัด ณ ห้องผู้ป่วยนอกศูนย์บำบัดรักษาเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น จำนวน 103 คน นำผลที่ได้ไปหาค่ามีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Principle component analysis โดยกำหนดค่า Factor loading ไม่น้อยกว่า 0.03

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (The Beck Depression Inventory: BDI) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างอิงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 โดยแบบทดสอบมีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ค่าของคะแนนในแบบประเมินให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อรวมกันโดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-63 คะแนน และแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ

10-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

16-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม โดยเครื่องมือนี้ใช้แนวคิดของ House (1985) ซึ่งพิเชษฐ จันทร์เจนจบ และคณะ (2555) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ โดยเครื่องมือมาตรฐานมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's scale ซึ่งแบ่งตามระดับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่ 1 – 5 ตามลำดับ ดังนี้

ความความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
ความความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
ความความต้องการการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
ความความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ความความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	เท่ากับ	0 คะแนน

วิธีการแปลผลแบบสอบถามตอนนี้ได้ใช้ค่าเฉลี่ย (x) ตามเกณฑ์คะแนนดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

ระดับคะแนน	การแปลความหมาย
ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00	ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่สุด
ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20	ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมาก
ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40	ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60	ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อย
ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80	ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

แบบประเมินการรับรู้ตราใบนี้ Luoma et al. (2010) ได้พัฒนาแบบวัดของ Link et al. (1997) ที่สร้างขึ้นภายใต้แนวคิดของ Goffman (1963) ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยเฉพาะ และได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษที่ได้รับการอนุญาตมาแปลเป็นภาษาไทยและใช้กระบวนการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยตรวจสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี โดยแปลจากภาษาอังกฤษที่เป็นต้นฉบับให้เป็นภาษาไทย จำนวน 1 ฉบับ (ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านๆ ละ 1 ฉบับ จากนั้นรวบรวมและปรับภาษาของแบบประเมินที่แปลแล้วให้เป็น 1 ฉบับ) นำแบบประเมินภาษาไทยที่แปลแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาแปลแบบประเมินดังกล่าวกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นส่งแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ(เจ้าของภาษา)

พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างแบบประเมินภาษาอังกฤษที่แปลกลับจากภาษาไทยกับแบบประเมินภาษาอังกฤษต้นฉบับ พบว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา กับแบบประเมินต้นฉบับ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่แปลเสร็จแล้วมาทดสอบกับกลุ่ม Try out จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงจากแบบประเมินที่ทดลองใช้(ดังตารางที่1) เท่ากับ .72

โดยแบบประเมินการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ภายหลังการทดลองใช้ประกอบด้วยแบบคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ตามรูปแบบของ Likert's scale แบ่งระดับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยสารเสพติดตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยการกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนนั้นมีข้อที่ 5 และ 7 มีการให้คะแนนคือ 1 - 4 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 นั้นให้คะแนนย้อนกลับคือ 4 - 1 คะแนนตามลำดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว คำตอบที่เลือกให้ค่าคะแนน ดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น	1
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	2
ค่อนข้างเห็นด้วย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากกว่าครึ่งหนึ่ง	3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น	4

ทุกประการ

ค่าคะแนนการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยติดสารเสพติดคิดได้จากการนำค่าคะแนนของคำตอบแต่ละข้อมารวมกัน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 8 - 32 คะแนน (แบ่งตามแบบประเมินฉบับจริง)

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 8-32 คะแนน ดังนี้

8 - 16 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยสารเสพติดระดับน้อย

16 - 24 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยสารเสพติดระดับปานกลาง

24 - 32 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยสารเสพติดระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก หน้า 102) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|--|
| คะแนน 1 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| คะแนน 2 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| คะแนน 3 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม |
| คะแนน 4 | หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก |

จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้มีความถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับคำนิยามและแนวคิด ดังนี้

1) การเพิ่มเติม หรือปรับปรุงข้อความในข้อคำถามที่เป็นตัวเลือก ของแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ดังนี้

ข้อที่ 1 “คนส่วนมากให้การยอมรับในผู้ใช้สารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษาอยู่ว่าสามารถเป็นเพื่อนสนิทของเขาได้” ปรับเป็น “คนส่วนใหญ่ให้การยอมรับผู้รับการบำบัดสารเสพติดเป็นเพื่อนสนิทของเขาได้”

ข้อที่ 2 “คนส่วนมากเชื่อว่าผู้ใช้สารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษามีความน่าเชื่อถือเท่ากับบุคคลทั่วไป” ปรับเป็น “คนส่วนใหญ่เชื่อว่าผู้ใช้สารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษามีความน่าเชื่อถือเท่ากับบุคคลทั่วไป”

ข้อที่ 3 “คนส่วนมากยอมรับในผู้รับการบำบัดสารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษาอยู่ว่าสามารถประกอบอาชีพเป็นครูสอนหนังสือแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนรัฐบาลได้” ปรับเป็น “คนส่วนใหญ่ยอมรับในผู้รับการ

บำบัดสารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษาอยู่ว่าสามารถประกอบอาชีพเป็นครูสอนหนังสือแก่เด็กนักเรียน ในโรงเรียน รัฐบาลได้”

ข้อที่ 4 “คนส่วนมากจ้างผู้ใช้สารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษาอยู่ให้มาเลี้ยงดูลูกของเขา” ปรับเป็น “คนส่วนใหญ่จ้างผู้ใช้สารเสพติดที่กำลังเข้ารับการรักษาอยู่ให้มาดูแลลูกของเขา”

ข้อที่ 5 “คนส่วนมากไม่ได้มีความคิดอคติในตัวผู้รับการบำบัดสารเสพติด” ปรับเป็น “5. คนส่วนใหญ่ไม่ได้มีความคิดอคติในตัวผู้รับการบำบัดสารเสพติด”

ข้อที่ 6 “ผู้ว่าจ้างส่วนมาก จะจ้างผู้รับการบำบัดสารเสพติด ให้ทำงานถ้าพวกเขามีคุณสมบัติเพียงพอกับงานนั้นๆ” ปรับเป็น “ผู้ว่าจ้างส่วนใหญ่ จะจ้างผู้รับการบำบัดสารเสพติด ให้ทำงานถ้าพวกเขามีคุณสมบัติเพียงพอกับงานนั้นๆ”

ข้อที่ 7 “ผู้ว่าจ้างส่วนมากมักจะเพิกเฉยต่อผู้สมัครงานที่เป็นผู้รับการบำบัดสารเสพติดและให้ความสนใจต่อผู้สมัครคนอื่นมากกว่า” ปรับเป็น “ผู้ว่าจ้างส่วนใหญ่มักจะเพิกเฉยต่อผู้สมัครงานที่เป็นผู้รับการบำบัดสารเสพติดและให้ความสนใจต่อผู้สมัครคนอื่นมากกว่า”

ข้อที่ 8 “คนส่วนมากยินดีที่จะออกไปเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดสารเสพติดได้” ปรับเป็น “คนส่วนใหญ่ยินดีที่จะออกไปเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดสารเสพติดได้”

2) การปรับข้อความให้มีความชัดเจน ในข้อความเพื่อแสดงให้เห็นการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยแอมเฟตามีน และปรับถ้อยคำให้กระชับ เข้าใจง่าย เพื่อให้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้กลุ่มตัวอย่าง

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไข โดยทำการปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยทั้ง 3 แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำ แบบวัดแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใหม่ เนื่องจากเป็นแบบวัดมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมาแล้ว พบว่าผลการรายงานค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดีจึงสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ของอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ผู้ป่วยเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนดังกล่าวมีคุณสมบัติเข้าใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เก็บข้อมูลจริง จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละชุดจากการทดลองใช้ โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย มีเกณฑ์สำหรับพิจารณาว่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ในการนำเครื่องมืออื่น ๆ ไปใช้ ถ้าเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดเจตคติ ความรู้สึก ควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (Burns and Grove, 1997)

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเชื่อมั่น
	ฉบับทดลอง (n=30)
1. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.93
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	.81
3. แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	.92
4. แบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน	.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยส่งโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว (ตามเอกสารที่ ศธ. 0532.33/2583) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการขั้นต่อไป

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน แผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี

1.3 เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการและขั้นตอนดำเนินการวิจัย การตอบข้อซักถามต่างๆ และให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน พร้อมกับไปสังเกตการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 สํารวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองจากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ก่อนพบผู้ป่วยจากเอกสารทางราชการ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เอกสารการซักประวัติของพยาบาล วันนัดพบแพทย์ เป็นต้น

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรม

ราชชนนี ปทุมธานี ในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2.3 ผู้วิจัยได้ขอพบกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและประโยชน์ของการทำงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ว่าไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การให้บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล ที่แท้จริง และหากในระหว่างตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงบุคลิกภาพที่เป็นมิตรด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

2.5 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน เช่น ถึงเวลาเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นเรียบร้อยแล้ว

2.6 เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

2.7 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

2.8 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 – มีนาคม 2560 รวมระยะเวลา 4 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจำนวน 242 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายตามสมมติฐานได้ และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2559 (ตั้งเอกสารในภาคผนวก จ หน้า 118) จากนั้นผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบข้อซักถามหากมีประเด็นที่สงสัย และผู้วิจัยได้แจ้งว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการขอยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ตั้งเอกสารในภาคผนวก ง หน้า 115)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระบบการบำบัด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเพศ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการบำบัด กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนโดยหาค่าสถิติไคสแควร์ (chi-square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนติจเอนซี (Contingency coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของงานวิจัยที่ 0.05

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2551; อ่างถึงในมนัสสุนทรโชติ, 2554)

เมื่อ r มีค่า $\pm .80 - 1.00$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์สูงมาก
เมื่อ r มีค่า $\pm .60 - .79$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์สูง
เมื่อ r มีค่า $\pm .40 - .59$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
เมื่อ r มีค่า $\pm .20 - .39$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ต่ำ
เมื่อ r มีค่า $\pm .00 - .19$ แสดงว่า	ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด กับ การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาเฟ:F15) ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก คือ ระบบบำบัด ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ตอนที่ 2 การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก คือ ระบบบำบัด กับ การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ตอนที่ 1 ปัจจัยคัดสรรของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยภายนอก คือ ระบบบำบัด ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242)

ปัจจัยคัดสรร	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยภายใน		
เพศ		
ชาย	215	88.8
หญิง	27	11.2
อายุ (ปี) \bar{X} = 30.70; SD = 6.369		
20-29	116	47.9
30-39	102	42.1
40-49	23	9.5
50-59	1	0.4
สถานภาพสมรส		
โสด	153	63.2
สมรสอยู่ด้วยกัน	71	29.3
สมรสแยกกันอยู่	5	2.1
หย่าร้าง/หม้าย	13	5.4
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	210	86.3
ปริญญาตรี	29	12.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.2
ปัจจัยภายนอก		
ระบบการบำบัดรักษา		
ระบบสมัครใจ	216	89.3
ระบบบังคับบำบัด	20	8.3
ระบบต้องโทษ	6	2.5

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่เสพติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน เป็นเพศชาย 215 คน คิดเป็นร้อยละ 88.8 และเพศหญิงจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมาคืออายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 30.70 ปี มีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 และสำหรับระบบการบำบัดรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระบบสมัครใจ จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242)

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน	เกณฑ์ (คะแนน)	ความถี่	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ	10-20	68	28.10
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง	21-31	146	60.33
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง	32-40	28	11.57

\bar{X} =24.23; SD = 6.2

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.33 มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 28.10 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242)

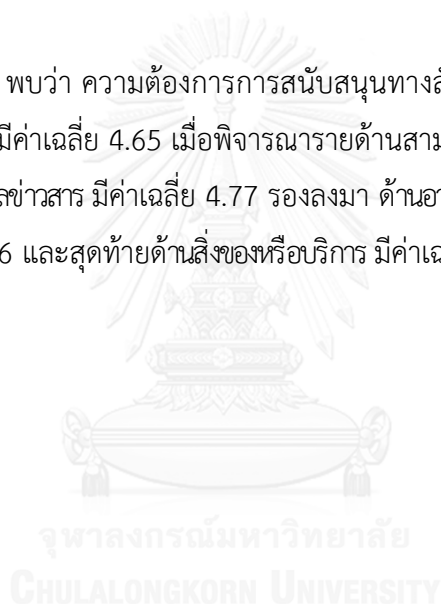
ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ติดสารแอมเฟตามีน	เกณฑ์ (คะแนน)	ความถี่	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ	0-9	105	42.16
ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย	10-15	52	20.45
ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง	16-19	21	7.67
ภาวะซึมเศร้าในระดับมาก	20-29	38	15.70
ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง	30-63	34	14.02
$\bar{X}=1.66$; SD = .512			

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.16 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าในระดับมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.45,15.70,14.02 และ 7.67ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนพบว่าอยู่ในระดับปกติ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n= 242)

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD	ระดับความต้องการ
1. ด้านอารมณ์	4.75	.816	มากที่สุด
2. ด้านการประเมินเปรียบเทียบ	4.56	.884	มากที่สุด
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.77	.815	มากที่สุด
4. ด้านสิ่งของหรือบริการ	4.51	.974	มากที่สุด
รวม	4.65	.755	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.65 เมื่อพิจารณารายด้านสามารถเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ย 4.77 รองลงมา ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 4.75 ด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 4.56 และสุดท้ายด้านสิ่งของหรือบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.51 ตามลำดับ



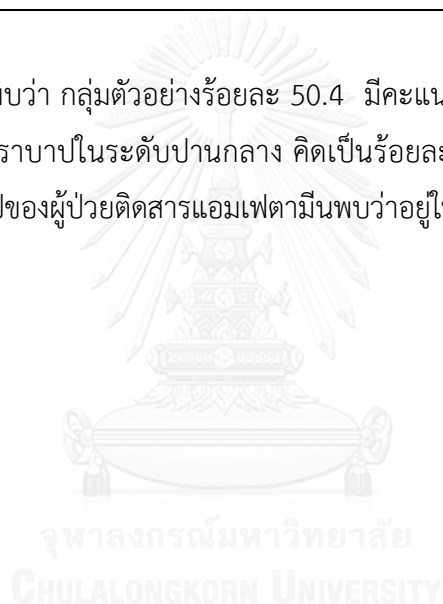
ตอนที่ 2 การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n=242)

ระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน	เกณฑ์ (คะแนน)	ความถี่	ร้อยละ
ระดับน้อย	8-16	15	6.2
ระดับปานกลาง	16-24	105	43.4
ระดับมาก	24-32	122	50.4

\bar{X} =23.14; SD = 4.1; ระดับมาก

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.4 มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.4 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนพบว่าอยู่ในระดับมาก



ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก คือ ระบบบำบัด กับ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ตารางที่ 7 ค่าความสัมพันธ์ของไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เพศ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการบำบัด กับ การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n = 242)

ปัจจัยคัดสรร	การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน			รวมจำนวน (%)	χ^2	c	p-value
	น้อย จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน(%)	มาก จำนวน(%)				
ระดับการศึกษา					2.536	.281	.281
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15(7.14)	91(43.33)	104(49.53)	210(100.0)			
ระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ระดับปริญญาตรี	0(0.00)	14(43.75)	18(56.25)	32(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			
สถานภาพสมรส					3.397	.494	.494
โสด	7(4.60)	65(42.47)	81(52.93)	153(100.0)			
สมรสและอยู่ด้วยกัน	7(9.86)	33(46.48)	31(43.66)	71(100.0)			
สมรสและแยกกันอยู่/หย่า ร้าง/หม้าย	1(5.55)	7(38.89)	10(55.56)	18(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			
ระบบบำบัดการรักษา					1.453	.484	.484
ระบบสมัครใจ	12(5.56)	94(43.51)	110(50.93)	216(100.0)			
ระบบบังคับบำบัด/ระบบ ต้องโทษ	3(11.54)	11(42.31)	12(46.15)	26(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			
เพศ					1.059	.589	.589
ชาย	14(6.51)	95(44.19)	106(49.30)	215(100.0)			
หญิง	1(3.70)	10(37.04)	16(59.26)	27(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			

จากตารางที่ 7 จะพบว่าตารางนี้มีการปรับข้อมูลปัจจัยคัดสรรให้กระชับมากขึ้น เพื่อลดกระจายตัวของข้อมูล โดยความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่าการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ตราบาปมากที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี/สูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.25 รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่าระดับ

ปริญาตรีร้อยละ 49.53 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตรา
บาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C=.281$)

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
พบว่าการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ตราบาปมากที่สุด คือ
สมรสและแยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย ร้อยละ 55.56 รองลงมาได้แก่ โสด สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ
52.93 และ 43.66 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการ
รับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C=.494$)

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบำบัดการรักษา กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตา
มีน พบว่าการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ตราบาปมากที่สุด
คือ ระบบสมัครใจ ร้อยละ 50.93 รองลงมาได้แก่ ระบบบังคับบำบัด/ระบบต้องโทษร้อยละ 46.15
เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าระบบบำบัดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C=.484$)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่าการรับรู้
ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ตราบาปมากที่สุด คือ เพศหญิง ร้อย
ละ 59.26 รองลงมาได้แก่ เพศชายร้อยละ 49.30 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ
การรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C=.589$)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient) (r) ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n = 242)

ปัจจัยคัดสรร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	.040	.536	ต่ำมาก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.228	.000	ต่ำมาก
ภาวะซึมเศร้า	.140	.030	ต่ำมาก
ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	.220	.001	ต่ำมาก

จากตารางที่ 8 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.228$) สำหรับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.220$) และภาวะซึมเศร้าพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.140$) ส่วนอายุพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด กับ การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัด กับ การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ ผู้ป่วยเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ: F15) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยากระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ: F15) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จำนวน 242 คน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2559 – มีนาคม 2560 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
4. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็น โรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาเฟ:F15)

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอาการทางจิตในลักษณะ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอลถอนตัวออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระบบการบำบัด

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดย Schwarzer (Schwarzer, 1997 อ้างถึงใน วาทีนี สุขมาก และคณะ, 2545) แปลเป็นภาษาไทยโดย วาทีนี สุขมาก และคณะ (2545) แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบ่งช่วงของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

3. แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (The Beck Depression Inventory: BDI) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างอิงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ประเมินแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

4. แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยแนวคิดของ House (1985) ซึ่งพิเชษฐ จันทร์เจนจบ และคณะ (2555) ได้นำดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยสอบถาม 4 ด้าน ของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้าน

การประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ

5. แบบประเมินการรับรู้ตราบาป

แบบประเมินการรับรู้ตราบาปนี้ Luoma et al. (2010) ได้พัฒนาแบบวัดของ Link et al. (1997) ที่สร้างขึ้นภายใต้แนวคิดของ กอฟแมน (1963) ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดโดยเฉพาะ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ตามรูปแบบของ Likert's scale แบ่งระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยสารเสพติดตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยการกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนนั้นมีข้อที่ 5 และ 7 มีการให้คะแนนคือ 1 – 4 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 นั้นให้คะแนนย้อนกลับคือ 4 - 1 คะแนน ตามลำดับ แบ่งช่วงของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็น 3 ระดับคือ มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสารเสพติดระดับน้อย มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสารเสพติดระดับปานกลาง และมีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสารเสพติดระดับมาก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมความรู้ของผู้วิจัยโดยเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน การศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะพยาบาลศาสตร์ แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี
3. เมื่อได้รับอนุมัติจึงประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานีจากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบเกณฑ์ตามที่ได้สำรวจไว้ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนธันวาคม 2559 – มีนาคม 2560
5. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระบบการบำบัด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเพศ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการบำบัด กกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนโดยหาค่าสถิติไคสแควร์ (chi-square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนติจเอนซี (Contingency coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของงานวิจัยที่ 0.05

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของงานวิจัยที่ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่เสพติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน เป็นเพศชาย 215 คน คิดเป็นร้อยละ 88.8 และเพศหญิงจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมาคืออายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุเฉลี่ย 30.70 ปี มีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 และสำหรับระบบการบำบัดรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระบบสมัครใจ จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.33 มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 28.10 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.16 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าในระดับมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.45, 15.70, 14.02 และ 7.67 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนพบว่าอยู่ในระดับปกติ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.65 เมื่อพิจารณารายด้านสามารถเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ย 4.77 รองลงมา ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย 4.75 ด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 4.56 และสุดท้ายด้านสิ่งของหรือบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.51 ตามลำดับ

2. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 50.4 มีการรับรู้ตราบาปในระดับมาก รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.4 และมีเพียงจำนวน 15 รายเท่านั้นที่รับรู้ตราบาปในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.2

3. ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
 - 3.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 3.2 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 3.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 3.4 ระบบบำบัดการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 3.5 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
 - 4.1 ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.140$)
 - 4.2 ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.220$)
5. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
 - 5.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.228$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ผลการวิจัยมีทั้งสนับสนุนและไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 50.4 มีการรับรู้ตราบาปในระดับมากรองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.4 และมีเพียงจำนวน 15 ราย เท่านั้นที่รับรู้ตราบาปในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ซึ่งจากการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Luoma et al. 2010 ที่ทำการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือการรับรู้ตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน, กัญชา, เฮโรอีน

โดยพบว่าผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีการรับรู้ตราบาป โดยการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติด นั้นเป็นหนึ่งในอุปสรรคของผู้ป่วยติดสารเสพติด ยิ่งผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปที่มากยิ่งขึ้นเป็นอุปสรรคในการรักษาของผู้ป่วย (Corrigan, River, and Lundin, 2000; Luoma et al., 2010)

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การติตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดวัยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป ($r = -.06$) โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ มักมีสัมพันธภาพกับเพื่อน สังคม การศึกษา การทำงาน และการใช้อินเทอร์เน็ตติดต่อทางสังคมมากกว่าวัยสูงอายุที่มักจะทำอยู่กับครอบครัว แยกตัวอยู่ที่บ้านทำให้ไม่ได้พบปะคนในสังคมเท่าวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Arsenault (2010) ศึกษาเรื่อง กระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ยาอี จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ($r = .199$) อาจจะเป็นเพราะอายุเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นมีการรับรู้ที่ต่างกันได้อีก เนื่องจาก การรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการแปลความหมายที่เกิดขึ้นภายหลังร่างกายเกิดการรับสัมผัสจากสิ่งเร้าทั้งหลาย ในการแปลความหมายของสมองจะถูกต้อง ละเอียดย และชัดเจน มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม ความรู้ที่สะสมไว้ ความจำ ความเชื่อ ทศนคติ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2551) โดยประสบการณ์ของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับอายุที่บุคคลนั้นประสบมาไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.228$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ก็ปรากฏได้ว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง จะมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ และผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ จะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีการรับรู้หรือตัดสินใจพิจารณาในเรื่องเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะดำเนินการกระทำด้วยความมั่นใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการรับรู้ตราบาปเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในกระบวนการประทับตราบาป จนเกิดเป็นความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่าคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยมองตนเองในทางลบ จึงมองถึงความสามารถของตนเอง

นั้นลดลงเมื่อเกิดการรับรู้ตราบาป (Luoma et al., 2010) ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันตามผลของการศึกษาที่เสนอไว้ โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Louma et al. (2014) ศึกษาเรื่อง การคาดคะเนตราบาปในการรักษา ระยะยาวของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน,โคเคน,กัญชา,แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดหากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงจะทำให้มีการรับรู้ตราบาปในตนเองสูงขึ้น โดยผู้ป่วยจะเริ่มกลัวการรับรู้ตราบาป คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเกิดกลไกการป้องกันตนเอง โดยจะพยายามหลบหนีอยู่ในสถานบำบัดไปเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดมากขึ้น การศึกษานี้อธิบายว่าการกลัวการถูกตีตราบาป เกิดกลไกการป้องกันตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยอาจพยายามหลบหนีอยู่ในสถานบำบัดไปเรื่อยๆ ไม่ออกมาใช้ชีวิตในสังคม และก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดมากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.140$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ และผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำจะมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Michele, Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษาตราบาป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน, เฮโรอีน,แอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่เสพติดสารเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก กีดกันออกจากสังคม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้มากขึ้นจึงทำให้รู้สึกหดหู่ แยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับ Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดพบว่าการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า โดย Link et al. (1997) กล่าวว่า การรับรู้ตราบาปนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า และตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้มีอิทธิพลต่อกัน เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความไวต่อการรับรู้ต่อความรู้สึกของผู้คนรอบข้าง ระแวงกังวลว่าคนรอบข้างจะมองและกระทำต่อตนเองอย่างไรซึ่งเป็นความรู้สึกคล้ายคลึงกับการรับรู้ตราบาป โดยพบว่าหากผู้ป่วยมี

การรับรู้ตราบาปที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นหากผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดนั้นมีทั้งภาวะซึมเศร้าและการรับรู้ตราบาปจะยิ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการบำบัดมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.220$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้หมายความว่า ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง จะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงเช่นกัน และผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ จะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynn (2015) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติและอุปสรรคในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน เฮโรอีน และกลุ่มที่มีความพิการทางร่างกาย พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป ($r= .22$) โดยผู้ป่วยเสพติดที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง ก็มีความต้องการการสนับสนุนในสังคมสูงด้วยเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Michele, Lisa and Nancy (2017) ทำการศึกษารายการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน, เฮโรอีน, แอลกอฮอล์ พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว, เพื่อน และบุคคลที่สำคัญในชีวิต เนื่องจากอาจเป็นเพราะผู้ป่วยสารเสพติดต้องการความเข้าใจ ลดความคิดอคติ โดยพบว่าหากคนในสังคมให้ความช่วยเหลือ เข้าใจผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่างแท้จริง ก็ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดยอมรับการบำบัดรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ (Ellis et al., 2004) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้อง ส่งเสริมความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการจากสังคม เช่น ต้องการปรึกษากับนักจิตวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความต้องการมาบำบัดรักษาได้ (Mickelson, 2001)

สมมติฐานข้อที่ 3 เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระบบบำบัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar (2010) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ตราบาป การติตราและศาสนาของผู้ป่วยยาเสพติดด้วยผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน และ กัญชา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยเพศหญิงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Link et al. (1997) ทำการศึกษาเรื่องตราบาปและผลกระทบที่ตามมา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดและจิตเวช พบว่า เพศหญิงที่ติดสารเสพติดจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าเพศชายที่ติดสารเสพติด และยังสอดคล้องกับ Simpson and McNulty (2008) ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่ใช้สารเสพติด เช่น

แอมเฟตามีน เฮโรอีน กัญชา ที่ประเทศอังกฤษ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด จะมีคะแนนการรับรู้ตราบาปจะสูงกว่าเพศชายที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด โดยจากการศึกษาของศิริพร จิรวัดน์กุลและคณะ (2556) มองว่าเพศชายและหญิงมีมิติการเข้าสู่เส้นทางการติดสารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยการติดสารเสพติดในเพศชายถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนการติดสารเสพติดในเพศหญิงคนในสังคมมักมองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นการสร้างตราบาปให้กับเพศหญิงที่ติดสารเสพติดมากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษามีบางการศึกษาที่ผลไม่สอดคล้องกับที่กล่าวมา เช่น Arsenault (2010) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากการศึกษาการรับรู้ตราบาป หมายถึง ความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่าเป็นคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบและมีพฤติกรรมในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง (Link, 1997 อ้างถึงใน Luoma et al., 2010) โดยปัจจัยเพศนั้นไม่ได้เป็นตัวแบ่งว่าผู้ป่วยจะรับรู้ตราบาปต่างกันหรือไม่ เนื่องจากตั้งที่กล่าวมาข้างต้นว่าการรับรู้ตราบาป คือความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่เชื่อว่าบุคคลรอบข้างมองตนเองว่าเป็นคนไม่ดี และถูกแบ่งแยกกีดกันออกจากสังคม Arsenault (2010) กล่าวว่า ในยุคปัจจุบันทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างมีวิถีการใช้ชีวิตที่คล้ายคลึงกัน เช่น การทำงานนอกบ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอินเทอร์เน็ต จึงทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเข้าถึงสังคมข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และการศึกษาครั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.2) เป็นเพศชาย และมีเพศหญิงเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยกว่ามากคือ เพียงร้อยละ 10.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงอาจทำให้การคำนวณทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรเรื่องเพศ

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Semple, Grant and Patterson (2005) ทำการศึกษาเรื่องการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และกระบวนการเกิดตราบาปในสังคม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่สมรสและอยู่ด้วยกันนั้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าผู้ป่วยที่โสด อาจเป็นเพราะคนในครอบครัวรู้สึกกดดันและรู้สึกอับอายจากคนในสังคม รู้สึกว่าคนในสังคมแบ่งแยกกีดกันมองครอบครัวตนเองไม่ดี เนื่องจากคนในครอบครัวมีผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนอยู่ด้วย (Link et al., 1997) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ดี มองตนเองในแง่ลบและยังทำให้ครอบครัวตนเองถูกแบ่งแยกเกิดการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ศึกษาเรื่อง ยาเสพติดในประเทศอินเดีย พบว่า การรับรู้ตราบาปจะมีคะแนนอยู่ในระดับสูงหากผู้ป่วยมีสถานะโสด เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่โสดนั้นไม่มีคนคอยสนับสนุนให้กำลังใจทำ

ให้เกิดการแยกตัวจากสังคม กลัวการเข้าสังคม เกิดการรับรู้ตราบาปในตนเองมากขึ้นไปอีก และยังมี การศึกษาที่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันเช่น Mohammed (2016) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้เสพสารเสพติด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้ และจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดนั้นมีร้อยละ 63.2 แต่งงานร้อยละ 29.3 สมรสแยกกันอยู่ร้อยละ 2.1 หย่าร้าง/หม้ายร้อยละ 5.4 จะเห็นว่าข้อมูลไม่ได้กระจายเท่าที่ควรจึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar (2010) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่จบระดับปริญญาตรีจะมีหน้าที่การงาน การเข้าสังคม พบปะผู้คนมากกว่านักเรียนที่กำลังศึกษาระดับมัธยมจึงมีการถูกตีตราและรับรู้การตีตราบาปน้อยกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Etesam et al. (2014) และ Mattoo, Singh and Sarkar (2015) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติดพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป อาจจะเป็นมาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่มีขนาดน้อยเกินไปทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้ อีกทั้งการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การเก็บข้อมูลระดับการศึกษานั้นผู้วิจัยแบ่งระดับการศึกษากว้างเกินไปและไม่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน จึงทำให้ได้ข้อมูลมาไม่เหมาะสมและอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระบบบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Arsenault (2010) เรื่องกระบวนการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับระบบบำบัด โดยผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ถูกบังคับบำบัดจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกบังคับบำบัดอาจมีความรู้สึกว่าเป็นคนในสังคมมองตนเองในแง่ร้ายเพราะโดนจับมาบำบัด รู้สึกถูกตำหนิจากสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar et al. (2010) สำหรับการศึกษาที่ให้ผลไม่สอดคล้องคือ Corrigan, Kuwabara and O'Shaughnessy (2009) ที่พบว่าระบบบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป โดยทำการศึกษาผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มการบำบัด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมัครใจบำบัด (n = 93) กลุ่มบังคับบำบัด (n = 54) และกลุ่มต้องโทษ (n = 11) โดยพบว่า อาจเป็นเพราะการที่ประชาชนมีจิตวิทยาที่ตีตราเพิ่มขึ้น มีการปรับความคิดที่ยืดหยุ่นเริ่มยอมรับคนที่ใช้สารเสพติดในสังคมมากขึ้น หรืออาจเป็นเพราะกฎหมายในปัจจุบันไม่เข้มแข็งพอทำให้ประชาชนมองว่าการบำบัดแต่ละอย่างนั้นไม่มีความแตกต่างกัน และอีกทั้งอาจเป็นเพราะกลุ่ม

ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างระบบสมัครใจ (Voluntary System) คิดเป็นร้อยละ 89.3 ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System) คิดเป็นร้อยละ 8.3 ระบบต้องโทษ (Correction System) คิดเป็นร้อยละ 2.5 โดยจะเห็นได้ว่าระบบสมัครใจมีจำนวนผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลมากกว่าระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่มีการกระจาย อาจทำให้ตัวแปรนี้ไม่มีความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมบทบาทของพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลคือเริ่มตั้งแต่การประเมินการรับรู้ตราบาปโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นหาแนวทางการพยาบาล โดยอาจจะทำในรูปแบบของโปรแกรมแผนงานหรือโครงการขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถานที่ให้บริการ ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ลดการเกิดการรับรู้ตราบาปและป้องกันการกลับไปเสพยา

2. ด้านการกำหนดนโยบาย

ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านวิชาการและการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้เข้ารับการรักษาเสพยาเสพติด เช่น นำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการพัฒนาหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด

3. การทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 จากผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระบบการบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยแอมเฟตามีน ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาคั้งนี้ทำการศึกษาแค่ในภาคกลางเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มผู้ป่วยแอมเฟตามีนในภาคต่างๆของประเทศไทย ซึ่งอาจมีบริบทและวัฒนธรรมที่ต่างออกไป เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเพิ่มเติม ในบริบทอื่นๆที่อาจมีวัฒนธรรม วิธีการเสพ หรือ ปัจจัยอื่นๆที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังการรักษา สำหรับผู้เสพยาเสพติด พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2558). ระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.). สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2559). รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบบำบัดรักษา กรมการแพทย์ ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2559. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2559, จากเว็บไซต์ <http://antidrug.moph.go>.
- กฤษดา ทองทับ.(2556). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการ เสพซ้ำต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพติดสาร แอมเฟตามีน.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จักรกริช บุญนำ. (2546). การศึกษาสภาพการดำเนินชีวิตของเยาวชนที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในสภาพแวดล้อมที่มีปัญหาเสพติด : กรณีศึกษาในชุมชนแออัดคลองเตย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาประชากรศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเนียร สุรวรางกูร .(2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2549). จิตวิทยาลังคม.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2539). พฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญต่อปัญหาชีวิต ในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก.
- ชุติมา พัฒราช. (2546). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับเจตคติต่อการใช้ยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- โชติรส อุดมผล. (2553). *ดั่งพิชร้อนถอนพิษไข้ “สมุนไพรถอนพิษ”*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี แอนด์เอ็น.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2542). *เวชศาสตร์โรคติดยา*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2546). *คู่มือความรู้เรื่อง ยาบ้าสำหรับประชาชน*. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธัญญารักษ์, สถาบัน. (2559). *จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกยาเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์ จำแนกตามปีงบประมาณ 2555-2559*. ปทุมธานี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธงชัย อุ่นเอกกลาง. (2541). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการระบาดของยาบ้า ด้านการแพทย์และสาธารณสุข : แนวทางการรักษาผู้เสพยาบ้าของโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ธนิศา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, รณชัย คงสกนธ์. (2556). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 58(2): 157-164*
- ธีระพล บุญธรรม. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าของนักศึกษาในวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษาจังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัย การศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคามจังหวัดหนองคาย.*
- นรากร สารีแท้ และคณะ. (2557). *ตราบาของผู้ป่วย Alcoholism กับการเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน. กลุ่มงานบริการผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์. อุตรธานี.*
- นันทิกา ทวิชาชาติ.(2548). *ระบอดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิจศิริ เรืองรังสี. (2547). *สมุนไพรไทย THAI HERBS*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทฐานการพิมพ์ จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- เบญจมาศ ดวงจำปา. (2557). *การเปรียบเทียบตราบาทางสังคมของยาเสพติดระหว่างผู้เสพยาบ้าเข้าค่ายบำบัดยาเสพติดกับประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอหนองหาน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- ปิยะนาฏ จันทร์กระจ่าง. (2546). *กระบวนการประทับตราบาจากสังคม : กรณีศึกษาเด็กและ*

- เยาวชนที่กระทำผิดซ้ำในความผิดเกี่ยวกับการเสพยาบ้าในจังหวัดเชียงราย.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรียาพรรณ เพชรปราณี. (2554). *Methamphetamine*. วารสารนิติเวชศาสตร์, 4(1), 66-72.
- ผกาภาส สุธิตวินิช. (2547). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการเสพยาบ้าของเยาวชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พรรณณี วาทีสุนทร, กฤติกา ฉีดโฉม. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจ*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติดสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). *ระบอดวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด (Textbook of Addiction Psychiatry)*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บางกอกบล็อก.
- พิเชษฐ จันท์เจนจบ และคณะ.(2555). *การศึกษาปัญหาและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟู สมรรถภาพยาเสพติดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดของสถานบำบัดรักษายาเสพติด*. รายงานการวิจัย.โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิทักษ์ สุริยใจ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมการหยุดดื่มของผู้ติดสุรา*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- พิสิฐ ปั่นทอง .(2548).*ความพร้อมของบุคลากรในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด: ศึกษากรณีศูนย์วิวัฒน์พลเมือง (บังคับบำบัด) กองพลทหารราบที่ 9.ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา*
- เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และชนกพร จิตปัญญา. (2547). *ตราบาป การรับรู้ และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว*. วารสารการพยาบาลจิตเวช, 18(1): 1-9.
- เพ็ญศรี วงษ์พุด. (2545). *ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพฑูรย์ แสงพุ่ม. (2548). *การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบการดูแลต่อเนื่องและการแบ่งระดับการบำบัดรักษา มี.ค.-ส.ค.2548*. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส.ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- ไพบุลย์ แพงเงิน. (2556). *สมุนไพรรู้ใช้ไกลโรค (สมุนไพรรู้บ้าน 2)*. วารสารมติชนเทคโนโลยีชาวบ้าน ประจำเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556, 75-81.

- พาริดา อิบราฮิม. (2546). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- ภัทรภรณ์ พุงป็นคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์ พรินต์ติ้ง.
- มัตติกา ใจจันทร์ และ พรนภา คำพราว .(2557). *ตราบาปจากโรคเอดส์ ตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม*.วารสารพยาบาลทหารบก, 3,170-173.
- มานพ คณะโต. (2546). *รายงานการวิจัยการประเมินผลด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. กรุงเทพมหานคร : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมี บุ๊คส์ พับลิเคชั่นส์.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความ คิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ อานาจกิติกร และคณะ .(2553). *ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่*. รายงานการวิจัย. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วาทีนี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทรและประภาพร มีนา. (2545) *ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(1), 31-37.
- วรวัฒน์ ไชยชาญ.[ออนไลน์] .2549.การลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช.แหล่งที่มา.
<http://www.osknetwork.com/modules.php?name=News&file=article&sid=2521>
. (18 ตุลาคม 2558)
- วิชัย โปษยะจินดา. (2523). *วิวัฒนาการปัญหาเสพติดในประเทศไทย*. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภา ด่านธำรงกุล. (2551). *การใช้สารเสพติดของกลุ่มวัยรุ่นในระบบคุมประพฤติและบำบัดรักษา*. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก เครือข่ายวิชาการวิจัยข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้สำนักวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิรุช สอนกอง. (2546). *สภาพปัญหาการติดยาเสพติดและสารเสพติดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะ

- ศึกษาศาสตร์สาขาวิชาหลักสูตรและการเรียนการสอนมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. (2544). *ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท
วัชรอินเตอร์พริ้นติ้ง จำกัด.
- วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. (2548). *ตำราเวชศาสตร์การเสพติด*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (2543). *ยาบ้า มหันตภัยข้ามสหัสวรรษ*. ลพบุรี : สำนักพิมพ์ HOME SWEET
HOME.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2531). *ตำรายาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2556). ยาและผู้หญิงติดยาความหมายของการใช้สารเสพติด.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(4): 407-420.
- ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่. (2549). การสำรวจอัตราการเสพยาและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
ทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในภาคเหนือ ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่
สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.). (2557). *สถานการณ์ยาเสพติดช่วง
แผนปฏิบัติการ “พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด” เดือนตุลาคม 2556-มีนาคม 2557*. ค้นหา
เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2559, จาก <http://www.nccd.go.th>.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2546). *รายงานประจำปี 2546*. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์.
กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2557). *รายงานสถิติประจำปี 2557*. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2558). *รายงานสถิติประจำปี 2558*. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). *เวชศาสตร์การติดยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว
การพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2553). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2544) *รายงานผลโครงการประมาณ
การจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย และสถานภาพการใช้ยาและสารเสพติด
พ.ศ.2544*. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2544). นโยบาย ยุทธศาสตร์
และแผนด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของรัฐบาลในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2552). กรอบยุทธศาสตร์การ

แก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2552.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.สถานการณ์เฝ้าระวังยาเสพติดช่วงไตร

มาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2558 (ต.ค.-ธ.ค.2557).[ออนไลน์] .2558 .แหล่งที่มา:

<https://www.oncb.go.th>. (28 ธันวาคม 2558)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดปี

พ.ศ. 2557).[ออนไลน์] .2558.แหล่งที่มา.

http://www.nccd.go.th/index.php?mod=content_listcare=369. (21 ตุลาคม 2558)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผู้ป่วยยาเสพติด “ชีวิตที่ต้องการคืนสู่

สังคม”. (ออนไลน์). แหล่งที่มา

<http://www.dmh.go.th/downloadportal/Health%20behaviors> ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2559.

สุกมา แสงเดือนฉาย. (2553). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรง

สนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของ

ผู้ป่วยสุรา. ปรินญาณิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุชาติ เลาบริพัตร, บุปผา อมรเวสและอัจฉริยา พ่วงแก้ว. (2541). คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไข

ปัญหาการระบาดของยาบ้า ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์

แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรธรณ วรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้

ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และประภา ยุทธไตร.(2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคม

จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(4): 371-384.

อึ้งฉพ ชูบำรุง. (2527). *ทฤษฎีอาชญาวิทยา*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
 อุมภาพร ตั้งคสมบัติ. (2543). *Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง*. กรุงเทพฯ : ชันต้าการพิมพ์
 อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตาม
 พยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วี เจ ปรีนติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Adlaf, E.M., Hamilton, H.A., Wu, F., Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug
 Addiction: Effects of age and drug use behavior. *Addict Behav*, 34, 360-364.
- Ahern, J., Stuber, J., Galea, S. (2007). Stigma discrimination and the health of illicit
 drug users. *Drug Alcohol Depend*, 88,188–196.
- Arangio, A. J. (1978). *Stigma: Social Scaring In A Sociological Frame Work for Patient
 Care*. J. R. Folta & E. S. Deck, eds. New York: John Wiley & Sons.
- Arsenault, M.B. (2010). The Stigmatization of Mental Illness and Drug Addiction
 Among
 the Criminally Involved. *Drug Alcohol Depend*, 67,143-184.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural
 change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive
 theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*.
 New York : Guilford.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New
 York: Harper Row.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression
 Inventories IA and II in psychiatric outpatients. *J. Pers*, 67, 588–597.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-
 II*. Psychological Corporation. San Antonio : TX.
- Berger, B.E., Ferrans, C.E., & Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV:
 psychometric assessment of the HIV stigma Scale. *Nursing and Health*, (24),

518-529.

- Brown, S.A. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug Alcohol Depend*, 116, 137-141.
- Brigitte Mueller, Carlos Nordt, Christoph Lauber, Peter Rueesch, Peter, C. Meyer, Wulf Roessler. (2005). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science and Medicine*, 62, 39-49.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 202-222.
- Corrigan, P.W. (2005). On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change. American Psychological Association. Washington DC, 239-256.
- Corrigan, P.W., Kuwabara, S.A., O'Shaughnessy, J.(2009). The public stigma of mental illness and drug addiction. *J. Soc. Work*, 9, 139-147.
- Corrigan, P.W., and Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting Psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Cobb, Sidney. (1976). Social Support as a Moderate of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 58-67.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 177, 4-7.
- Cunningham, J.A, Sobell, L.C, Chow, V.M (1993). What's in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *J Stud Alcohol*, 54, 693-699
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., M.B. S., Agrawal, S., Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addict Behav*, 18, 347-353.
- Cunningham, J.A., Breslin, F.C. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict Behav*, 29, 221-223
- Dillman, D.A. (2000). *The tailored design method*. New York : John Wiley and sons.
- Dolan L. Sara , Martin A. Rosemarie & Rohsenow J. Damaris. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence : Pretreatment correlates and relationship to outcomes.

- Addictive Behaviors*, 33, 675–688.
- Ellis, A. (1994). The impossibility of achieving consistently good mental health. *American Psychologist*, 42(4), 364-375.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., Herrell, J.M.(2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Eval. Program. Plan.* 27, 213–221.
- Elizabeth, W.M. (2014). Assessment of association between perceived stigma, social Support and substance abuse among clients at the Comprehensive care center at the Coast province general hospital. *Addictive Behaviors*, 22, 458-469.
- Etesam F, Assarian F, Hosseini H, Ghoreishi FS. (2014). Stigma and its Determinants among Male Drug Dependents Receiving Methadone Maintenance Treatment . *Arch Iran Med*, 17(2), 108 – 114.
- Fawcett, S.B., Lewis, R.K., Andrews, A., Francisco, V.T., Richter, K.P., Williams, E.L., & Copple, B. (1997). Evaluating community coalitions for prevention of substabce abuse: The case of Project Freedom. *Health Education & Behavior*, 24, 812–828.
- Fennell, M. J. V. (1989). *Depression and Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*. oxford: Medical Publications, 22,169–234.
- Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, et al.(2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *J Beh Health Serv*, 3,418–429.
- Gilmore, N. & Somerville, M.A. (1994) .Stigmatization, scapegoating and discrimination In sexually transmitted diseases, overcoming ‘them’ and ‘us’.*Social Science and Medicine*, 39,1339- 1358.
- Glass JE, Mowbray OP, Link BG, Kristjansson SD, Bucholz KK. (2013). Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders: A modified labeling theory approach. *Drug Alcohol Depend*, 133,685–692.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Gray, D .E. (2002). „*Every body just freezes* .Every body is just embarrassed:felt and

- enacted stigma among parents of children with high functioning autism
.Sociology of Health & Illness, 24(6), 734 – 749.
- Hingson, R., Mangione, T., Meyers, A., & Scotch, N. (1982). Seeking help for drinking problems: A study in the Boston metropolitan area. *Journal of Studies on Alcohol, 43, 273-288.*
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. California: Addison – Wesley publishing.
- Jemeka, R., Trupin, E., & Chiles, J. A. (1989). The mentally ill in prisons: A review. *Hospital and Community Psychiatry, 40, 481–491.*
- House, J. S. (1985). Measures and concepts of social support. *See Cohen & Syme 1985, pp. 83- 108*
- Jenkins, Janis H. (1988). Ethnopsychiatric Interpretations of Schizophrenic Illness: The problem of nervios within Mexican-American Families. *Culture, Medicine, and Psychiatry 12(3), 303-31.*
- Jilling, C. & Alexis, L. (1991). The Concept of Stigma: Timely Relevant and Possibly Uncomfortable. *Critical Care Nurse, 11 , 62-64.*
- Joseph, E. Glass, M.S.W, Sean, D. Kristjansson, P.h.D, and Kathleen K. Bucholz, PhD. (2013). Perceived alcohol stigma: factor structure and construct validation. *Alcohol Clinic, 37, 237-246.*
- Karl GH, Hawkins JD, Bailey JA, Catalano RF, Abbott RD, Shapiro TV. (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neurosci Biobehav Rev, 27, 739-49.*
- Kahn, R.L. (1979). *Aging and social support*. Westview Press, 77-91, 154-166.
- Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L., McLaughlin, K.A., Link, B., Olfson, M. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *Am J Epidemiol, 172, 1364-1372.*
- Kulesza, M., Ragurum Deepa Rao. (2014). Perceived mental health related stigma gender and depressive symptom severity in a psychiatric facility in south India. *Asian J Psychiatry, 9, 1-2.*
- Lamb, H. & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services, 49, 483–492.*
- Latkin C, Srikrishnan AK, Yang C, Johnson S, Solomon SS, et al. (2010). The

- relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. *Drug Alcohol Depend*, 10, 221–227.
- Lemert, E. (1951). *Social Pathology*. New York: McGraw-Hill.
- Link, Bruce G. and Francis T. Cullen. (1983). *The Labeling Theory of Mental Disorder: A Review of the Evidence Mental Illness in Social Context*. Greenwich, CT: JAI Press
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd S., Asmussen, S., Phelan, J.C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatr Rehabil J*, 6, 201–31.
- Link, B. G.; Mirotnik, J. & Cullen, F. T. (1991). The Effectiveness of Stigma Coping Orientation: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoid. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescosolido, B.A.(1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*, 89, 1328–1333.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400–423.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177–190.
- Livingston, J.D., Milne, T., Fang, M.L., Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107, 39–50.
- Livingston, J.D., Milne, T., Fang, M.L., Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107, 39-50.
- Luoma, J. B., O’Hair, A. K. Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., and Fletcher, L. (2010).

The development and psychometric proprieties of a new measure of perceived stigma towards substance users. *Substance Use and Misuse*, 45, 47-57.

- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., and Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331-1346.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Bunting, K., Rye, A.K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model manual development, and pilot outcomes, *Addict Res Theory*, 16, 149–65.
- Luoma, J.B., Kulesza, M., Hayes, S. C., Kohlenberg, B., & Larimer, M. (2014). Stigma Predicts Treatment Length in Residential Substance Use Disorder Treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 206-212.
- Lynn, R.J. (2015). Attitudinal Ableism: A Three-Study Exploration into Attitudinal Barriers Encountered by People with Mental Illness, Substance Use, and Physical Disabilities. Arizona: University of Arizona Press.
- Mattoo, S.K., Singh, S.M., & Sarkar, S. (2015). addiction Services in India. *Psychiatry in India* , 405-416.
- Mason, T., Carlisle, C., Watkins, C. and Whitehead, E. (2001). *Stigma and Social Exclusion in Health Care*. London: Routledge.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York : Guilford Press.
- Michele, D. B., Lisa, W.C., Nancy, J. k. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mentalhealth and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1–8.
- Mickelson, K.D.(2001). Perceived stigma, social support, and depression. *Pers. Soc. Psychol. Bull*, 27, 1046–1056.
- Minior T, Galea S, Stuber J, Ahern J, Ompad D. (2003). Racial differences in discrimination experiences and responses among minority substance users. *Ethn Dis*,13,521–527.
- Mohammed, Qahtan Q. (2016). Perceived Stigma and Treatment-Seeking Behavior in

- Individuals with Substance Use Disorder in Baghdad. *Journal of Contemporary Medical Sciences*, 8, 153-157.
- Mushtaq, M. (2013). Social Support, Coping Strategies and Perceived Stigmatization in Drug Addicts. *Psychological Abstracts*, 25(3), 26.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M, & Carrieri, V.L. (1982). Further Development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative Data and Validity Testing. *Nursing Research*, 32, 1, 4-9.
- O'Connor, L.E., Berry, J.W., Inaba, D., Weiss, J., Morrison, A. (1994). Shame, guilt and depression in men and women in recovery from addiction. *J Subst Abuse Treat*, 11, 503-510.
- Overall, J. E., Hollister, L. E., Pokorny, A.D., Casey, J. F., & Katz, G. (1962). *Chemotherapy of depression: a controlled comparison of imipramine, Isocarboxazid, dextroamphetamine and placebo*. Clin: Pharmacol Therapeutics in press.
- Palamar, J.J. (2010). The role of perceived stigma, stigmatization and religiosity in explaining lifetime use of illicit drugs in emerging adults. *Public health*, 10, 191-195.
- Palamar, J.J., Kiang, M.V., & Halkitis, P.N. (2011). Development and psychometric evaluation of scales that assess stigma associated with illicit drug users. *Substance Use and Misuse*, 46, 1468–1476.
- Palamar, J.J., Mathew, V. Kiang., Halkitis, & Perry N. (2012). Publishing models and article dates explained. *Publishing models and article dates explained*, 4, 278-283.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk, Conn: Appleton and Lange.
- Pyne, J.M., Eugene, J., Kuc Paul, J., Schroeder John C., Mark Edlund, and Greer Sullivan. (2004). Relationship between Perceived Stigma and Depression Severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 4, 278-283.
- Rao, U. (2006). Links between depression and substance abuse in adolescents: Neuro-biological mechanisms. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 161-174.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., Luty, J. (2009). A study

- of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Psychiatr Ment Health Nurs*, 16, 279–84.
- Ronda, L. Dearinga, Jeffrey Stuewigb, June Price Tangneyb. (2005). on the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30, 1392–1404.
- Rubington, E. & Weinberg, M. S., eds.(1995). *Labeling: The Study of Social Problems*. New York: Oxford University Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A.(2000). *Kaplan and Sadocks Comphrehensive Texbook. Of Psychiatry (7thed)*. Philadaphia: Lippincott.
- Saylor, C. (1990). *Stigma: Chronic Illness Impact and Intervention. 2nd ed*. Boston: Jones and Bartlett.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G., Angermeyer, M.C. (2011). the stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol addiction*, 46, 105–112.
- Schwarzer, R., Babler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88.
- Scioli, G.A., José, A. Carmona-Torres, Alex Paniccia, Andrea Battista, Ilaria Cavicchia and Rachel, M. Bishar. (2015). A study on the perception of the stigma related to drug use in a sample of Italians and Belgians. *Psychology Society and Education*, 7, 1-8.
- Semple, S.J., Grant, I., Patterson, T.L. (2005). Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: the role of social stigma. *Am. J. Addict*, 14, 367–380.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Simpson, M., and McNulty, J. (2008). Different needs: Women’s drug use and treatment in the UK. *International Journal of Drug Policy*, 19, 169–175.
- Steadman, H. J., McCarthy, D. W., & Morrissey, J. P. (1989). *The mentally ill in jail: Planning for essential services*. New York, Guilford Press.

- Stuenkel, D.L., & Wong, V.K. (2012). *Stigma In I.M. Chronic illness impact and intervention*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Surendra, K. Mattoo, Siddharth Sarkar, Naresh Nebhinani, Sunil Gupta, Preeti Parakh and Debasish Basu. (2015). How do Indian substance users perceive stigma towards Substance use vis-à-vis their family members. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 3, 223-231.
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder : The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794–803.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., Gladsjo, J.A. (1994). Environmental events surrounding natural Recovery from alcohol-related problems. *J Stud Alcohol*, 55, 401–411.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report 2012*. Geneva : UNODC.
- Watson, A., Ottati, V., Corrigan, P., & Heyrman, M. (in press). *Mental illness stigma and police decision making*. *Community Mental Health Journal*.
- Walsh, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-468.
- Wells, M., Bruss, K. V., & Katrin, S. (1998). Abuse and addiction: Expressions of a Wounded self and internalized shame. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 35, 11-14.
- Wright, J.H., & Beck, A.T. (1995). Cognitive therapy. *American Psychiatric Press*, 43, 1011-1038.
- Wright, J. H., & Beck, A. T. (1999). Cognitive therapy. *American Psychiatric Press*, 3, 1205-1241.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์	จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. อาจารย์ ดร. อัจฉรา คำมะতিย์	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี
3. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
4. นางปานรดา บุญเรือน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
5. นางสาวนงลักษณ์ ทรงลำเจียก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสนา



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) โดยในงานวิจัยได้ตรวจความตรงตามเนื้อหา จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

$$CVI = \frac{5}{5} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{20}{20} = 1$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

$$CVI = \frac{8}{8} = 1$$



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องสี่เหลี่ยมและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. อายุ ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรสและอยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> สมรสและแยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง/หม้าย
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ระดับปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
5. ระบบการบำบัดรักษา

<input type="checkbox"/> ระบบสมัครใจ (Voluntary System)
<input type="checkbox"/> ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System)
<input type="checkbox"/> ระบบต้องโทษ (Correction System)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ และเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกและความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย (/)ลงในช่องตารางคะแนน โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว (ทั้งหมด 10 ข้อ)

ไม่เป็นจริง	หมายถึง	1	จริงเล็กน้อย	หมายถึง	2
จริงพอสมควร	หมายถึง	3	จริงมากที่สุด	หมายถึง	4

ข้อความ	ไม่เป็นจริง (1)	จริง เล็กน้อย (2)	จริง พอสมควร (3)	จริงมาก ที่สุด (4)
1.ท่านสามารถแก้ไขปัญหายากๆได้เสมอ				
2.ท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ต้องการได้ถึงแม้ผู้อื่นจะไม่เห็นด้วย				
3.ท่านสามารถทำสิ่งที่ท่านต้องการได้เสมอ				
4.....				
5.....				
9.ถ้าท่านมีปัญหาท่านสามารถคิดวิธีแก้ไข ปัญหาได้เสมอ				
10.ท่านสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆได้เป็น ประจำ ไม่ว่าปัญหานั้นจะหนักในรูแบบไหน				

ส่วนที่3 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (The Beck Depression Inventory)

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความต่างๆที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่านโปรดอ่านข้อความแต่ละกลุ่มแล้วเขียนวงกลมรอบตัวเลขหน้าข้อความในแต่ละกลุ่มเพียงข้อความเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านที่สุดในช่วง สองสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้แน่ใจว่าท่านได้อ่านข้อความทุกข้อในแต่ละกลุ่มก่อนที่จะเลือกตอบทุกครั้ง

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว

2. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันท้อแท้จนรู้สึกว่าจะไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกหมดหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้น

3. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันทำอะไรล้มเหลว
 - 1 ฉันรู้สึกว่าการทำอะไรล้มเหลวของคนอื่นๆ
 - 2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีตสิ่งที่ฉันทำได้คือความล้มเหลวเกือบทั้งชีวิต
 - 3 ฉันรู้สึกว่าการเป็นคนที่ย่ำแย่มาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในสิ่งต่างๆเหมือนเคย
 - 1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในสิ่งต่างๆมากขึ้น
 - 2 ฉันไม่ได้รับความพอใจจากหลายๆสิ่งอย่างมาก
 - 3 ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

- 20 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
- 1 ฉันกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ
 - 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันจนยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่นๆ
 - 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉันจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
- 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
- 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศลดลงกว่าปกติ
 - 2 ฉันสนใจเรื่องทางทางเพศน้อยมาก
 - 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง “ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม” หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองหรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดจากบุคคล หรือองค์กร ในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือ การสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้สามารถเผชิญปัญหาและรู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แบ่ง ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ

แบบสอบถามนี้ต้องการสำรวจความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของท่าน **โปรดพิจารณาว่าท่านมีความ ต้องการการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้หรือไม่** และกรุณาทำเครื่องหมาย (/)ลงในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัว ท่านมากที่สุดตามระดับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ท่านมี

จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
มาก	หมายถึง	มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด
ไม่ต้องการ	หมายถึง	ไม่ต้องการการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความต้องการ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ต้องการ
ความต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์						
1. ต้องการให้มีผู้ที่แสดงความพอใจ เมื่อท่านได้กระทำในสิ่งที่ดี						
2. ต้องการให้มีผู้ที่ยอมรับความคิดเห็นของท่าน						
3.....						
4.....						
5. ต้องการให้มีผู้ที่รับฟังปัญหาของท่าน โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย						
ความต้องการการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ						
6. ต้องการให้มีผู้ยกย่องชื่นชม						
7.....						
10. ต้องการได้รับคำชมเชย ยกย่องให้เป็นแบบอย่างแก่บุคคลอื่นในยามที่ท่านทำดี						
ความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร						
11. ต้องการได้รับ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาความทุกข์ใจ						
12.....						
13.....						
15. ต้องการได้รับการตักเตือนและให้อภัยเมื่อกระทำในสิ่งที่ผิดพลาด						
ความต้องการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ						
16. ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น เมื่อท่านประสบปัญหาความเดือดร้อน						
17.						
20. ต้องการได้รับการช่วยเหลือปรับปรุงที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย เหมาะสม						

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

คำชี้แจง ให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย(/)ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อเท่านั้น

ความคิดเห็น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่อนข้างไม่เห็นด้วย

ค่อนข้างเห็นด้วย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ความหมาย

ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น

ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง

ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากกว่าครึ่งหนึ่ง

ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นทุกประการ

ความรู้สึก	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่อนข้างไม่ เห็นด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. คนส่วนใหญ่ให้การยอมรับผู้รับการบำบัด สารเสพติดเป็นเพื่อนสนิทของเขาได้				
2. คนส่วนใหญ่เชื่อว่าผู้รับการบำบัดสารเสพติด ที่กำลังเข้ารับการรักษาอยู่มีความ น่าเชื่อถือเท่ากับบุคคลทั่วไป				
3.				
4.				
8. คนส่วนใหญ่ยินดีที่จะออกไปเที่ยวกับผู้รับ การบำบัดสารเสพติดได้				

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชาชนตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชุดที่.....

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ชื่อการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน พ.ศ. 2559

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน ข้าพเจ้าพอใจข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความ และเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อโรคที่ข้าพเจ้าได้รับการรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่

นางสาว สินีซุช นันทสูงเนิน ที่อยู่ปัจจุบัน โรงพยาบาลมหารมย์ เลขที่ 9 ถนนสุขุมวิท 70/3 ซอยหมู่บ้านนภาลัย แขวงบางนา เขตบางนา กทม. 10260 เบอร์โทร 02-7259595 มือถือ 087- 6772016 E- mail Address : sakonnun@hotmail.com ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคับข้องใจ สงสัยในการวิจัย หรือต้องการร้องเรียนหากรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรม สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทร.02-5310080 ต่อ 492,503 โทรสาร. 02-9989314 (มีต่อแผ่นที่2)

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้า ฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้วิจัย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน



ที่ สธ ๐๓๑๓/ ๑๓๒๖๔



สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๖ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ สธ ๐๕๑๒.๑๓/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราภาพของ
ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อขออนุมัติดำเนินการ และคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันฯ ได้มีมติให้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งทางนิสิตได้ดำเนินการแก้ไขและส่งให้
คณะกรรมการฯ พิจารณาอีกครั้ง ตามหนังสือลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ และได้ประชุมพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยครั้งที่ ๒/๒๕๖๐ ในวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ นั้น

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณา และมีมติให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย ตามสิ่งที่ส่ง
มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิโรจน์ วีรชัย)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี



เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 60002

เอกสารใบรับรองที่ 004/2560

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) SELECTED FACTORS RELATED TO PERCEIVED STIGMA PATIENTS WITH AMPHETAMINE DEPENDENCE

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว)..... สিনিบุช นันทสูงเนิน.....

หลักสูตร... พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต... สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.. คณะ... พยาบาลศาสตร์...

3. หน่วยงานที่สังกัด..... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษา ซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2559

- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ฉบับที่ส่งให้คณะกรรมการฯ ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2559

5. วันที่ให้การรับรอง..... 28..... เดือน..... พฤศจิกายน..... พ.ศ..... 2559.....

วันที่หมดอายุ..... 27..... เดือน..... พฤศจิกายน..... พ.ศ..... 2560.....

ลงนาม

(... นพ. สำจำ ... สักขณาภิชนัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(.....นางสำเนา.....นิลบรรพ์.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

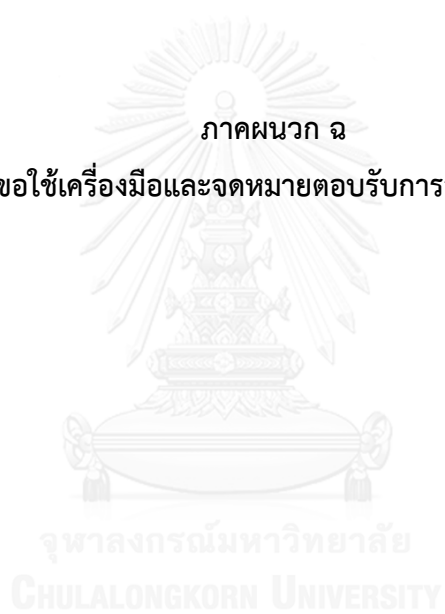
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





ภาคผนวก ฉ

จดหมายการขอใช้เครื่องมือและจดหมายตอบรับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ



21/3/2560 Mail - sakonnun@hotmail.com

Outlook Mail

Search Mail and People

+ New |
 ↶ Reply |
 🗑 Delete |
 📁 Archive |
 🗑 Junk |
 🧹 Sweep |
 📁 Move to |
 📂 Categories |
 ⋮

On Tue, Sep 22, 2015 at 7:54 PM, pie forever <sakonnun@hotmail.com> wrote:

September 23, 2016

Dear Jason B. Luoma, Ph.D.

My name is Ms. Sineenut Nunsoongnern, this is my third times i sent email for u if u got email please let me know coz all about your research will help Thai patient for stigma thank u. I am studying master of nursing science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. Now I am developing my proposal for the master thesis entitled "Selected Factors Related to Perceived Stigma of Amphetamine Patients" and in reviewing the literature to search for research about perceived stigma I found you have used many measures regarding stigma. The measures from your research are very impressive and I am interested in applying them to use with my clients in Thailand. I believe that the measures you developed will be very helpful and could properly be used to design the measures of stigma in substance abuse patients in Thailand as well. In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version for all of the measures in The Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS), Internalized shame, Internalized stigma, Psychological flexibility for substance abusers, Social support, Self-esteem, Stigma-related rejection, Stigma-related secrecy, Stigma-related withdrawal, and Active coping with stigma. Additionally, regarding your thesis titled "The Development and Psychometric Properties of a New Measure of Perceived Stigma Toward Substance Users" I have been unable to find a full download, so I would like to kindly ask for a full version of the text if that is possible. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate all measures to Thai language and to use in my thesis.

Your kind support and suggestions will be very beneficial to use with my patients in Thailand.

I am looking forward to hearing from you.

Sincerely,

Sineenut Nunsoongnern, RN, MNS Student

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand

21/3/2580 Mail - sakonnun@hotmail.com

Outlook Mail

Search Mail and People

^ Folders

Inbox	11193
Junk Email	21
Drafts	9
Sent Items	
Deleted Items	3
Archive	

⊕ New | ↻ Reply | 🗑 Delete | 📁 Archive | 🗑 Junk | Sweep | Move to | Categories | ...

Re: I ASKED FOR PSAS

J Jason Luoma <jbluoma@gmail.com>
Fri 9/25/2015, 8:02 AM
You

Hello Ms. Nunsoongnern,

You are free to use the PSAS measure in your research and adapt as needed. The publication and scale can be found at <http://www.portlandpsychotherapyclinic.com/training/publications> under the year 2010.

I was unsure if you were wanting other scales as well. If so, can you specify which ones you are planning to use in sure they are all freely available and it may take some time to dig them up as some of this research is quite old.

Best wishes with your work. My apologies if I missed an earlier email. This is the first time I recall having seen you

Best regards,
jl

On Tue, Sep 22, 2015 at 7:54 PM, pie forever <sakonnun@hotmail.com> wrote:

September 23, 2016

Dear Jason B. Luoma, Ph.D.

My name is Ms. Sineenut Nunsoongnern, this is my third times i sent email for u if u got email please let me know coz all about your research will help Thai patient for stigma thank u. I am studying master of nursing science in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. Now I am developing my proposal for the master thesis entitled "Selected Factors Related to Perceived Stigma of Amphetamine Patients" and in reviewing the literature to search for research about perceived stigma I found you have used many measures regarding stigma. The measures from your research are very impressive and I am interested in applying them to use with my clients in Thailand. I believe that the measures you developed will be very helpful and could properly be used to design the measures of stigma in substance abuse patients in Thailand as well. In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version for all of the measures in The Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS), Internalized shame, Internalized stigma, Psychological flexibility for substance abusers, Social support, Self-esteem, Stigma-related rejection, Stigma-related secrecy, Stigma-related withdrawal, and Active coping with stigma. Additionally, regarding your thesis titled "The Development and Psychometric Properties of a New Measure of Perceived Stigma"

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๕๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖1 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 3 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รักษิณกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี โทรสาร. 0-2218-1153

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทรสาร. 0-2218-1157

นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน โทร. 08-7677-2016

ที่ ศส 0512.11/ ๒๔๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปานรดา บุญเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางปานรดา บุญเรือง

ส่วนวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทรสาร. 0-2218-1153

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทรสาร. 0-2218-1157

ที่ ศธ 0512.11/2568



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยคิดสารแอมเฟตามีน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์ จิตแพทย์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....

นายแพทย์ เจษฎา ยิ่งวิวัฒน์พงษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทรสาร. 0-2218-1153

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทรสาร. 0-2218-1157

.....

ที่ ศธ 0512.11/2568



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้อำนวยการ

นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทรสาร. 0-2218-1153

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทรสาร. 0-2218-1157

นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน โทร. 09 7677 2016

ที่ ศอ 0512.11/ ๔๕๖๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราภาพของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. อัจฉรา คำมะหิทย อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน)

รองคณบดี

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชกนิสิต

ดร. อัจฉรา คำมะหิทย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทรสาร. 0-2218-1153

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทรสาร. 0-2218-1157

นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน โทร. 08-7677-2016

ที่ ศธ 0512.11/ 3137



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสินีนุช นันทสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน โดยอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 242 คน โดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ตราบาในผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว สินีนุช นันทสูงเนิน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสินุช นันท์สูงเนิน เกิดเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2530 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2552 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบัน ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหารมย์ กรุงเทพมหานคร

