

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - ธันวาคม 2560

Vol. 5 No. 1 January - December 2017

วารสารวิชาการเสพติด

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
 2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
 3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด

เจ้าของ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ปรึกษา

นายธีรพล	โตพันธุ์ชานนท์	อธิบดีกรมการแพทย์
นาวาอากาศตรีบุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายภาสกร	ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
นายอนุกุล	รักษัธรรมเสมอ	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
นายวชิระ	อำพนธ์	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา
นายนิพนธ์	ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
นางกัลยา	ธรรมคุณ	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
นางสาวสุรัชณี	เศวตศิลา	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด
นางจำเรียง	สวัสดิวัดน์ ณ อยุธยา	ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ
นายทวีศิลป์	วิษณุโยธิน	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
นายวิโรจน์	วีรชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี
นายวรพงษ์	สำราญทิชาวัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
นายสรายุทธ	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นายธวัช	ลาพิณี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
นายธิตี	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
นายอดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
นายวีรวัฒน์	อุครานันท์	รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บรรณาธิการ

ล่าช้า	ลักษณะอักษร
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	
นางสาวประเชิญ	ฤกษ์อรุณ
นางสาววิรดา	จันทร์ลอย

กองบรรณาธิการ

นางสาวสุพจน์	ชุติดำรง	นางสาวชลนที	รอดสว่าง
นายนิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	นายอภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์
นางกฤติกา	เฉิดโฉม	นางนันทา	ชัยพิชิตพันธ์
นางชนิษฐา	ตันติศิริรินทร์	นางสำเนา	นิลบรรพ์
นางอรพิน	ทนนชิตี	นางสาวสุกมา	แสงเดือนฉาย
นางสาวสิริกุล	วงศ์สิริโสภาคย์		

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.ดร.มรรยาท	รุจิวิษณุ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พันเอกพิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายอรรถพล	สุนธราภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.รัศเมน	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.สุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.สุชาดา	รัชชกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
ผศ.ประภาพรณ	จูเจริญ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวอุษณีย์	พิงปาน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวดรุณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางนัยนา	พัชรไพศาล	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาวศรีัญญา	เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
นางสาวบุญศิริ	จันศิริมงคล	กรมสุขภาพจิต
นางสุมาลี	มาดำ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
นางสาววลัยลักษณ์	เมธาทิพร	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุตุล	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำนักงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 503, 404, 341 โทรสาร 0-2531-0085
www.thanyarak.go.th e-mail : journal@thanyarak.go.th

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [6009-112]
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0-2218-3549, 0-2218-3550 โทรสาร 0-2215-3612
E-mail : cuprint@hotmail.com, <http://www.cuprint.chula.ac.th>

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ ได้มีบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหา ความรู้ที่เป็นประโยชน์ประกอบด้วย เรื่องแรก ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน เรื่องที่สอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เรื่องที่สาม ความสัมพันธ์ของการรับรู้ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด ในพื้นที่การค้าและการระบาด จังหวัดอุดรธานีและเรื่องทีสี่ ความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่มีต่อภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้ส่งบทความทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ติดตามมาโดยตลอดและขอเชิญชวน หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติด เพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ลำคำ ลักษณ์าภิชนัชช

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	
นิพนธ์ต้นฉบับ	1
ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ธัญญา สิงห์โต, วท.ม., สุกมา แสงเดือนฉาย, ประ.ด., สำเนา นิลบรรพ์, พย.ม., นันทา ชัยพิชิตพันธ์, ประ.ด.	
การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา รุ่งรัตน์ สายทอง พย.ม.	14
ความสัมพันธ์ของการรับรู้ ทักษะกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติด ในพื้นที่การค้าและการระบาด จังหวัดอุดรธานี สังคม ศุภรัตน์กุล ประ.ด.	25
ความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงาน ที่มีต่อภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ พิชิตาล พันธุ์วัฒนา ประ.ด.	42

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัด กรมการแพทย์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

ฉัญญา สิงห์โต, วท.ม., สุกุมา แสงเดือนฉาย, ประ.ด.

สำเนา นิลบรรพ์, พย.ม., นันทา ชัยพิชิตพันธ์, ประ.ด.

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Readiness of Substance Abuse Treatment staff under the Department of Medical Services to support ASEAN Community

Singtho T, Saengduenchai S, Nilabun S, Chaipichitpan N

*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The objective of this research is to study preparedness of Substance Abuse Treatment staff under the Department of Medical Services in Thailand, and problems obstacles; and to suggest practical guideline of Substance Abuse Treatment staff in entry into ASEAN Community. The research operation was starting from October 2015-September 2016. It is the descriptive research using questionnaire to study preparedness of Substance Abuse Treatment staff under Department of Medical Services in entry into ASEAN Community for 471 persons and focus group of Substance Abuse Treatment staff both from Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment and regional Thanyarak Hospital for 6 hospitals for 79 persons.

The finding indicated that 1) the potential of Substance Abuse Treatment staff for entry into ASEAN Community was in low level due to self-assessment of the personnel that they have been lacked of English skill in communication with Substance Abuse patients in the group of ASEAN countries who entered for treatment, resulting in low knowledge sharing in academic forum among ASEAN countries. The personnel have still lacked of knowledge and understanding on culture, drug law, privilege of assistance and referral of each ASEAN country; 2) development of Substance Abuse treatment organization for entry into ASEAN Community was in low level due to few number of patients in the group of ASEAN countries that entered for treatment. Therefore, the organizations have not yet been prepared to particularly support the patients in this group; however, in part of 3) the pattern of international standard Substance Abuse treatment for entry into ASEAN Community was in high level since the pattern of Substance Abuse treatment and knowledge which have been applied will be international standard and evidence-based way. Therefore, the importance that should be executed prior to preparedness in entry into ASEAN Community is the personnel potential development in using English, having knowledge and understanding of protection, privilege, health insurance and treatment referral of Substance Abuse patients in the countries in ASEAN group; the organizational development in organizational management that is favorable to treatment system via communication technology; and the development of database system of domestic treatment facilities to be the same base and able to link data for planning of cooperation among the countries in ASEAN group.

Keywords: Readiness, Substance Abuse, Substance Abuse staff, ASEAN Community

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558-กันยายน 2559 เป็นการ

วิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจำนวน 471 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มบุคลากรด้านยาเสพติด จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่งจำนวน 79 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อย เนื่องจาก บุคลากรประเมินตนเองว่ายังขาดทักษะภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนที่เข้าบำบัดรักษาส่งผลให้การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในเวทีวิชาการระหว่างประเทศอาเซียนยังมีน้อย บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมรวมทั้งกฎหมายยาเสพติด สิทธิประโยชน์การช่วยเหลือและระบบการส่งต่อของแต่ละประเทศอาเซียน 2) ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อย จากผู้ป่วยในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มาเข้ารับการบำบัดรักษา ยังมีจำนวนน้อย จึงมีการเตรียมความพร้อมขององค์กรเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามในส่วนที่ 3) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับมาก เป็นผลมาจากรูปแบบของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและองค์ความรู้ต่างๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในประเทศเป็นรูปแบบมาตรฐานสากล และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ควรต้องดำเนินการก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน คือการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้ภาษาอังกฤษ ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มครอง สิทธิประโยชน์ การประกันสุขภาพ และการส่งต่อการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน รวมถึงการพัฒนาองค์กรเพื่อการบริหารจัดการองค์กรให้เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและพัฒนากระบวนการข้อมูลของสถานบำบัดรักษาภายในประเทศให้เป็นฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมข้อมูลเพื่อวางแผนดำเนินงานร่วมกันระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน

คำสำคัญ: ความพร้อม บุคลากรด้านยาเสพติด ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติด ประชาคมอาเซียน

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติดนับวันยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น และมีความซับซ้อนยากต่อการป้องกันและปราบปราม ก่อให้เกิดปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างรุนแรง

รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณ เพื่อการรณรงค์ป้องกัน ปราบปรามตลอดจนการให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วยเงินจำนวนมหาศาล ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนเสริมสำคัญที่ทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นประการหนึ่งคือ

การหลั่งไหลของคนจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย¹ และจากการที่ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง 10 ประเทศ ได้รวมตัวกันเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558 ทำให้อาเซียนมีประชากรรวมกันมากถึง 600 ล้านคน โดยมีตลาดและฐานการผลิตเดียวกัน ส่งผลให้ประเทศในกลุ่มมีความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลก แต่ขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงไม่ได้กับปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการรวมกลุ่มของประเทศสมาชิกอาเซียน อันได้แก่ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหายาเสพติด²

รัฐบาลได้วางนโยบายรองรับการก้าวสู่การเป็นประชาคมอาเซียน โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศอาเซียน พร้อมกับการส่งเสริมความร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ในเอเชียภายใต้กรอบความร่วมมือต่างๆ และเตรียมความพร้อมของทุกภาคส่วนในประเทศเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ทั้งด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม³ รวมทั้งมีร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในปี 2558 โดยมีเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ 3 ประการคือ 1) เพื่อลดปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนภายใต้กรอบการทำให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดในปี 2558 2) เพื่อสร้างความพร้อม เตรียมการและพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนให้มากที่สุด และ 3) เพื่อเตรียมระบบและกลไกต่างๆ ของหน่วยงานด้านยาเสพติดให้มี

ความพร้อมรองรับสถานการณ์ต่างๆ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558⁴

จากรายงานผลการศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมการผลิตกำลังคนสู่การเป็นประชาคมอาเซียนและเปิดเสรีการค้า บริการด้านอุดมศึกษาของผู้อำนวยการบริหารเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน เกี่ยวกับทัศนคติและการตระหนักรู้เกี่ยวกับอาเซียน โดยสำรวจจากนักศึกษาจำนวน 2,170 คน จากมหาวิทยาลัยชั้นนำในประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ พบว่า นักศึกษาจากประเทศไทยมีความรู้เกี่ยวกับอาเซียนอยู่ในอันดับสุดท้าย ซึ่งผู้อำนวยการบริหารเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียนได้สะท้อนความคิดเห็นในภาพรวมว่า คนไทยยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นพลเมืองอาเซียนเท่าที่ควร⁵ ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาบุคลากรและผลิตภาพบุคลากรเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนในปี 2558 ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรทางการศึกษากว่าร้อยละ 70-80 มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนน้อยมาก และไม่รู้ว่านโยบายเกี่ยวกับประชาคมอาเซียนมีอะไรบ้าง⁶ นอกจากนี้แล้วยังพบรายงานผลการศึกษาของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้แสดงความคิดเห็นว่า ภาคราชการไทยจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าเป็นประชาคมอาเซียนในด้านสมรรถนะหลักให้กับบุคลากรซึ่งประกอบด้วยความเป็นนานาชาติ (International) ความเป็นมืออาชีพ (Professional) และความเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator)⁷ กล่าวได้ว่า นโยบาย

การก้าวสู่การเป็นประชาคมอาเซียนของประเทศไทย จำเป็นต้องมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรและหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้สามารถร่วมมือ ประสานผลประโยชน์และแข่งขันกับประเทศต่างๆ ในอาเซียนได้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของประเทศไทย มีพันธกิจเพื่อพัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านบำบัดรักษา ยาเสพติด รวมถึงการพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของกรมการแพทย์ และตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะความสามารถและความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมจากการเปิดประชาคมอาเซียนโดยหน่วยงานภาครัฐและสถานบำบัดยาเสพติด สามารถนำข้อมูลไปใช้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ และเป็นแนวทางเพื่อวางแผนและกำหนดนโยบายในการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และประชุมระดมสมองกับบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจาก สบยช. และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2558-กันยายน 2559 กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาขาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งให้การบำบัดฟื้นฟูโดยตรงกับผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ นักอาชีวบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 530 คน มีบุคลากรที่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 471 คน คิดเป็นร้อยละ 88.87 และมีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวนทั้งสิ้น 79 คน การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก สบยช. และได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันฯ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง โดยประสานงานผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละสถานบำบัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติและแปลผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำนวน 9 ข้อ 2) แบบสอบถามความพร้อมในการทำงานด้านยาเสพติด จำนวน 41 ข้อ ได้แก่ ด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษา ยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำนวน 20 ข้อ ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำนวน 12 ข้อ ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำนวน 9 ข้อ และการสนทนากลุ่ม เพื่อหาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่และร้อยละ (Frequency & percentage) 2. ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทั้งรายด้านและรายข้อ ในสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันและสภาพที่คาดหวัง โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวังในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวังในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวังในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวังในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับน้อยที่สุด

2. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ได้จากการถอดเทปคำสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้องตามเนื้อหา ของแบบสอบถาม จากนั้นนำร่างแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจของผู้ทรงคุณวุฒิ มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 41 ข้อ ใช้ได้จำนวน 41 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่ใช้ได้มีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66-1.00

2. หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มี

ลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษา สำนวน ความชัดเจน ตลอดจนครอบคลุมแนวคำถาม แต่ละประเด็น แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงทั้งหมด 0.772

ผล

ส่วนที่ 1 ความพร้อมของบุคลากรด้าน ยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ ประชาคมอาเซียน

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่าผู้ที่ตอบ แบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.9 อายุเฉลี่ย 40.07 ปี อายุุน้อยที่สุดคือ 21 ปี อายุ มากที่สุดคือ 60 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.3 เป็นข้าราชการร้อยละ 95.7 อยู่ในวิชาชีพพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.7 มีประสบการณ์ ทำงานยาเสพติดเฉลี่ย 13 ปี 9 เดือน ประสบการณ์ น้อยสุดคือ 1 เดือน มากที่สุดคือ 38 ปี (ตาราง ที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในการตอบแบบสอบถาม (N=471)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	16.1
หญิง	395	83.9
อายุ		
	$\bar{X} = 40.07$ ปี , $SD = 8.84$, $MIN = 21$ ปี , $MAX = 60$ ปี	
สถานภาพ		
โสด	142	30.2
สมรส	294	62.4
หม้าย/หย่า/แยก	35	7.4
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	2.6
ปริญญาตรี	336	71.3
ปริญญาโทและสูงกว่า	123	26.1
ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	451	95.7
พนักงานราชการ	14	3.0
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	6	1.3
สาขาวิชาชีพ		
แพทย์	21	4.5
ทันตแพทย์	2	0.4
เภสัชกร	16	3.4

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล	366	77.7
นักจิตวิทยา	16	3.4
นักสังคมสงเคราะห์	19	4.0
นักเทคนิคการแพทย์	7	1.5
อื่นๆ (นักวิชาการสาธารณสุข, นักอาชีวบำบัด)	24	5.1
ประสบการณ์การทำงานยาเสฟตติ	$\bar{X} = 13$ ปี 9 เดือน , $SD = 9.7$ MIN = 1 เดือน, MAX= 38 ปี	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้าน ยาเสฟตติสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนภาพรวม จำแนกตามรายด้าน

ภาพรวมรายด้าน	สภาพที่เป็นจริง			สภาพที่คาดหวัง		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติ	2.40	0.36	น้อย	3.45	0.39	มากที่สุด
ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติ	2.21	0.47	น้อย	3.41	0.48	มากที่สุด
ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติที่เป็นมาตรฐานสากล	2.68	0.45	มาก	3.57	0.43	มากที่สุด
รวม	2.40	0.34	น้อย	3.46	0.40	มากที่สุด

บุคลากรด้านยาเสฟตติสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ภาพรวมจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติในสภาพที่เป็นจริงยังมีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.40$ และ $\bar{X}=2.21$ ตามลำดับ) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติที่เป็นมาตรฐานสากลมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.68$) ส่วนสภาพที่คาดหวังนั้นผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่าทั้ง 3 ด้านควรจะพัฒนาความพร้อมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.41-3.57$) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 2 ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสฟตติสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

2.1 ด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสฟตติเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบ 4 ประเด็นสำคัญคือ

- 1) บุคลากรที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้มีจำนวนน้อย จึงส่งผลให้เกิดปัญหาอุปสรรคด้านการบริการโดยเฉพาะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ ที่ต้องใช้ภาษาสื่อสารซึ่งมีความละเอียดลึกซึ้งมากกว่าการสนทนาทั่วๆ ไป
- 2) บุคลากรที่สามารถทำงานวิจัยในระดับนานาชาติ

ยังมีน้อย 3) มีอัตราการกำลงน้อย 4) บุคลากรขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของแต่ละประเทศ ได้แก่ สถานการณ์และชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในแต่ละประเทศ สิทธิประโยชน์ในการบำบัดเกี่ยวกับยาเสพติด กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศ

2.2 ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่า โครงสร้างองค์กรเพื่อทำงานเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนยังขาดความชัดเจนทำให้เกิดปัญหาในการขับเคลื่อน และการบริหารจัดการระบบภายในสถานบำบัดไม่เอื้อต่อการพัฒนาองค์กร

2.3 ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล พบว่า ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่า ผู้รับบริการที่เป็นชาติอาเซียนมีจำนวนน้อย ทำให้องค์กรไม่ได้จัดบริการให้มีความเฉพาะสำหรับผู้ใช้บริการในกลุ่มอาเซียน สำหรับรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดนั้นบุคลากรส่วนใหญ่คิดว่ามีความพร้อม มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย มีเทคโนโลยีการบำบัดที่ทันสมัย และเป็นผู้นำด้านการบำบัดยาเสพติดในอาเซียนได้ รวมถึงเป็นแหล่งศึกษาดูงานแก่ประเทศต่างๆ ทั้งในและนอกอาเซียนได้

วิจารณ์

ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดในภาพรวมซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านศักยภาพ

บุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2) ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล พบว่าสภาพที่เป็นจริงโดยภาพรวม มีความพร้อมของบุคลากรอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.40$, $SD=0.34$) ส่วนสภาพที่คาดหวังโดยภาพรวม มีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.46$, $SD=0.40$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความพร้อมของบุคลากรอยู่ในระดับน้อย มี 2 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาองค์กรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาคือ ด้านพัฒนาบุคลากร ($\bar{X}=2.21$, $SD=0.47$ และ $\bar{X}=2.40$, $SD=0.36$ ตามลำดับ) ส่วนด้านรูปแบบการบำบัดมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.68$, $SD=0.45$) ส่วนสภาพที่คาดหวังทั้ง 3 ด้าน มีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.41-3.57$, $SD=0.41-0.57$) แสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างสภาพความเป็นจริงกับความคาดหวังของบุคลากรที่ทำงานด้านการบำบัดรักษาเสพติดโดยพบว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ ด้านศักยภาพบุคลากร ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล จึงส่งผลให้มีความคาดหวังในระดับมากที่สุดในการพัฒนาทั้ง 3 ด้าน ส่วนสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ บุคลากรมีความคิดเห็นว่าทั้งตัวบุคลากรที่ปฏิบัติงานและองค์กรยังมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนไม่มากนัก ควรเพิ่มโอกาสการพัฒนาให้มีความพร้อมในด้านต่างๆ มากขึ้น

ยกเว้นด้านรูปแบบการบำบัดรักษาที่บุคลากรมีความคิดเห็นว่า หน่วยงานที่บำบัดรักษาเยาเสพติดของกรมการแพทย์มีรูปแบบการบำบัดเป็นสากล มีมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้ สำหรับประเด็นที่มีปัญหาควรได้รับการพัฒนามีดังนี้

1. ความพร้อมด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

1) การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ใช้ยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน เช่น หลักประกันสุขภาพ สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา ข้อกฎหมายของแต่ละประเทศ การติดต่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังไม่พบระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร เกิดความยุ่งยากในการบริหารจัดการ โดยปัจจุบันผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดของกรมการแพทย์ยังมีไม่มากนัก บุคลากรที่ปฏิบัติงานสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นรายกรณีได้ อย่างไรก็ตามสำหรับความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของผู้ป่วยยังเป็นเรื่องจำเป็น เพราะเป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการคุ้มครองตามสิทธิขั้นพื้นฐานของแต่ละประเทศ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา และยังสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ของประเทศไทยได้อีกทางหนึ่งด้วย

2) การใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยมองประเด็นการเพิ่มประสิทธิผลการบำบัด เพราะในการบำบัดนั้นภาษาไม่ได้ใช้เพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวันเท่านั้น ภาษาที่ใช้

จะช่วยในกระบวนการของการบำบัดรักษา เพราะผู้ป่วยเสพติดจะมีปัญหาทางด้านจิต-สังคม และพฤติกรรม ดังนั้น นักบำบัดที่สามารถสื่อสารภาษาให้ผู้ป่วยเสพติดเข้าใจได้ดีมากเท่าใด ก็เท่ากับเป็นการช่วยให้การบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นไปได้ดีและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางวิชาการ และงานวิจัย โดยเฉพาะเรื่องการใช้ภาษาอังกฤษ แม้ว่าสถานบำบัดแต่ละพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาภาษาอังกฤษเพื่อใช้ในการสื่อสาร โดยการจัดฝึกอบรมหลักสูตรภาษาอังกฤษให้กับบุคลากร บางแห่งมีการจัดส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงานต่างประเทศ แต่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นเพิ่มเติมว่าเป็นการดำเนินการที่อยู่ในลักษณะการฝึกอบรมหลักสูตรสั้นๆ และขาดความต่อเนื่อง จึงทำให้ยังไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากหน่วยงานไม่ได้มีการวางแผนเพื่อพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบชัดเจน ทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่ทันต่อสถานการณ์และความต้องการ อย่างไรก็ตามการดำเนินการของหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสารเมื่อพบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มอาเซียนเข้ามารับการบำบัดรักษา หรือเป็นผู้มาศึกษาดูงานก็จะเป็นลักษณะการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจที่เป็นสหวิชาชีพ เพื่อดูแลเป็นรายกรณี โดยให้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษมาร่วมในทีม รวมทั้งให้บุคลากรในสถานบำบัดซึ่งเป็นคนในพื้นที่ ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาอาเซียนมาช่วยสื่อสาร ได้แก่ ภาษายาวี ภาษาเขมร ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วย

กลุ่มอาเซียนที่มารับบริการในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มากจึงสามารถให้การดูแล แก้ปัญหาเป็นรายบุคคลได้

2. ความพร้อมด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

บุคลากรเห็นว่าหน่วยงานยังไม่มีการบริหารจัดการที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษา ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงานเฉพาะ การกำหนดผู้รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน ป้ายหรือสัญลักษณ์ที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาในกลุ่มอาเซียนที่บอกทิศทางและจุดบริการต่างๆ การจัดอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต ได้แก่ ห้องละหมาด อาหารฮาลาล เป็นต้น รวมทั้งองค์กรยังไม่มีความพร้อมในด้านการจัดระบบการบำบัดรักษาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ได้แก่ การสร้างฐานข้อมูลยาเสพติดร่วมกันในกลุ่มอาเซียน ขาดการจัดระบบข้อมูลข่าวสารการบำบัดที่เป็นสากลเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยเสพยาติดยาเสพติดกลุ่มอาเซียน เช่น คู่มือการบำบัด กิจกรรมการบำบัดต่างๆ ซึ่งในด้านการบริหารจัดการขององค์กรจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย และจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเป็นสำคัญ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าในการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์มีนโยบายเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยมีการตั้งคณะกรรมการเพื่อเตรียมการรองรับเข้าสู่ประชาคมอาเซียน แต่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง จึงไม่เห็นเป็นรูปธรรม และนโยบายจากผู้บริหารสถานบำบัดไม่ลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่ง

สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์บุคลากรพบว่า ผู้ปฏิบัติงานบางส่วนไม่ทราบนโยบายและ ทิศทางการดำเนินงานของอาเซียน รวมทั้งในการดำเนินการของแต่ละหน่วยงานไม่ได้รับงบประมาณในการปรับปรุง หรือจัดเตรียมเรื่องของอาคาร สถานที่ เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มอาเซียน ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนที่เข้ารับการบำบัดรักษายังมีจำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัด ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยเสพยาติดยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในแต่ละสถานบำบัดมีไม่ถึง 10 คนต่อปี นอกจากนั้นแล้วในแต่ละสถานบำบัดยังมีข้อจำกัดที่เหมือนกันคือปัจจุบันจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน ส่งผลให้ในการบริหารจัดการองค์กรให้มีโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้เป็นสัดส่วนเฉพาะกลุ่มอาเซียน ก็จะต้องจัดเตรียมบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีมีจำนวนและศักยภาพเพียงพอควบคู่ไปด้วย เหตุนี้จึงทำให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในองค์กรยังไม่พบการดำเนินงานอย่างจริงจัง เป็นรูปธรรม

3. ความพร้อมด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

พบว่าบุคลากรในกรมการแพทย์ แสดงความคิดเห็นว่ามีความพร้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.68$, $SD=0.45$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับพันธกิจหลักของกรมการแพทย์ ที่มุ่งพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์อย่างได้มาตรฐานในระดับสากล^๑ ซึ่งเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนา

คุณภาพงานภายใน สบซย. และโรงพยาบาลธัญญา
รักษ์ทั้ง 6 แห่ง การพัฒนาองค์กรเพื่อก้าวเข้าสู่
การเป็นกรมวิชาการที่เน้นพัฒนาการบำบัดรักษา
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด มีบทบาท หน้าที่
ในการพัฒนาวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยี
ด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดไปสู่สถานบริการ
อื่นๆ ทั่วประเทศ จึงมีการศึกษา ทำงานวิจัยเพื่อ
ต่อยอดองค์ความรู้ และพัฒนารูปแบบการบำบัด
ให้มีมาตรฐาน และมีประสิทธิผลในการบำบัด
แม้ว่าความพร้อมด้านรูปแบบการบำบัดที่เป็น
มาตรฐานสากล ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ จะม
ความพร้อมอยู่ในระดับมาก แต่คะแนนเฉลี่ยก็
ไม่สูงมากนัก บุคลากรในหน่วยงานก็ยังคงม
ความคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาและเตรียม
ความพร้อมให้ถึงระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.57$,
 $SD=0.43$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกลุ่ม
อาเซียน มีขั้นตอนดำเนินการตั้งแต่แรกรับ
จนจำหน่ายกลับบ้าน และมีการติดตามดูแล
ต่อเนื่อง (Continuous care) ดังนั้นในกระบวนการ
บำบัดรักษาจึงมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน
ที่มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน เช่น หน่วยงานดูแล
สิทธิและผลประโยชน์ของผู้ป่วย การประกัน
สุขภาพ การส่งต่อการบำบัดรักษา เป็นต้น ฉะนั้น
การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบจะช่วยสนับสนุน
ให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้

แนวทางการบริหารจัดการระบบต่างๆ ให้ม
การเชื่อมต่อกัน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการ
ให้บริการ ผู้บริหารระดับสูงในสถานบำบัดควรมี
การกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดของ
กลุ่มประเทศสมาชิก ให้มีความชัดเจนเพื่อให้แต่ละ
หน่วยงานสามารถติดต่อประสานงานและดำเนินการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนได้อย่าง
มีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาโครงสร้างการบริหาร
งาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงาน
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่ม
อาเซียนให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีการ
ควบคุมกำกับให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผน
การดำเนินการของอาเซียนอย่างจริงจัง

3. ควรเพิ่มกรอบอัตรากำลังของบุคลากร
ในการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอาเซียน
รวมทั้งงบประมาณที่จะใช้เพื่อการพัฒนาอาคาร
สถานที่ให้เหมาะสม สอดคล้องกับผู้ติดยาเสพติด
กลุ่มประเทศอาเซียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. สุชาดา รัชชกุล ข้าราชการบำนาญจากคณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้
คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้
ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ลิ้มชัยกิจ. หนังสือพิมพ์รายปักษ์ บม. เศรษฐกิจ ปีที่ 4 ฉบับที่ 191: วันที่ 16-30 มิถุนายน 2551.
2. กองวิจัยตลาดแรงงาน ฝ่ายวิเคราะห์ตลาดแรงงาน. เงื่อนไขเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน; 2553.
3. คณะรัฐมนตรี. 2554. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีแถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554. [สืบค้น 7 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.sobkroo.com/imgnews/file/A48906198.pdf>.
4. สำนักงาน ป.ป.ส. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ในปี 2558. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ป.ป.ส.; 2556.
5. คม ชัด ลึก. วิจัยชี้คนไทยรู้เรื่องอาเซียนต่ำ แนะนำสถาบันการศึกษารับมือ. [สืบค้น 6 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.news.mutt.ac.th/archives/11856>.
6. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานการวิจัย เรื่องการวิจัยเปรียบเทียบการปฏิรูปการศึกษาของประทศในกลุ่มอาเซียน; 2549.
7. ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ภาครัฐ. [สืบค้น 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nic.go.th/>.
8. กรมการแพทย์. นโยบายการดำเนินงานกรมการแพทย์ ปี 2560 [สืบค้น 28 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://2013.157.39.21/dms2559/duties.phd>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัด รักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

รุ่งรัตน์ สายทอง พย.ม.

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

Abstract : Cognitive Behavioral Therapy Program in Alcohol Harmful use disorder and Alcohol dependence: 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province. Saithong R
50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province.

The Objective aimed to the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy; CBT for the alcohol harmful use disorder and dependence; after-effects and post care alcohol withdrawal in the 50 Pansa Maha Vajiralongkorn hospital, Ubon Ratchathani province.

Methodology: Quasi-experimental research. The study population consisted of outpatients who had problems or effects of alcohol use and inpatients who had after-effects and post care alcohol withdrawal, evaluated by AWS <5. The Inpatients were admitted to the hospital in the 50 Pansa Maha Vajiralongkorn Hospital, in the fiscal year 2557-2559. The 429 samples of alcoholics aged 18 years and over were

diagnosed with primary alcohol or dangerous drink. AUDIT Alcohol: Harmful use 16-19 scores. Dependence score >20 scores and who have voluntary acceptance for one treatment session per week, total 8 times. Tools used include Cognitive and Behavioral Therapy (CBT) program developed from Osilla's cognitive and behavioral therapy. All 8 sessions highlight the fine thoughts and behaviors to reduce or stop drinking alcohol and study the results after one-year follow up. The descriptive statistics: frequency and percentage. The inferential statistics: Chi-square statistics were used to test the difference in the outcome of reduce or stop drinking alcohol of inpatient versus outpatient. The Odds ratio, the correlation of reducing or stopping alcohol consumption among inpatients per outpatients.

Result:

1. The results of alcohol treatment with CBT showed that stop drinking alcohol was 20.3%, alcohol reduced by 52.9% and continued to drink alcohol by 26.8%.

2. Analyze the results of the treatment for the years 2014-2016, outpatients were found that 20.2%, 17.9% and 13.1% stop drinking alcohol, and 27.4%, 57.1%, and 63.1% reduce drinking alcohol respectively. Inpatients were found that 48.2%, 24.2% and 27.9% stop drinking alcohol, 40.7%, 63.6%, and 60.5% reduce alcohol respectively.

3. Comparison of treatment outcomes in the two groups showed that the inpatients were significantly likely to reduce or stop drinking alcohol more than the outpatients (P -value <0.001), and inpatients were more likely to reduce or stop drinking alcohol than outpatients, 3,503 (95% CI of OR = 1.837 - 6.680). But by the same picture, the two groups behaved better than before, not to increase drinking to the amount of health hazards. Finally, the samples were satisfied with good or very good healing more than 85 percent.

Conclusion and Recommendation: Cognitive Behavioral Therapy useful in nursing practice. That makes alcoholic patients reduce or stop drinking in long term study.

Keywords: Alcohol Harmful use and Alcohol Dependence, alcohol withdrawal, Cognitive Behavioural Therapy

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยสุราหลังภาวะถอนพิษสุราหรือมีปัญหาจากการดื่มสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยนอกที่มีปัญหา/ผลกระทบจากการดื่มสุราและเป็นผู้ป่วยในหลังภาวะถอนพิษสุราโดยประเมินจากค่าคะแนน AWS < 5 ที่เข้ารับการบำบัดใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 429 คน มีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็นผู้ดื่มสุราแบบอันตรายหรือดื่มแบบติด มีค่าคะแนน AUDIT Alcohol: Harmful use 16-19 คะแนน, Dependence คะแนน >20 คะแนน ต้องยินยอมและสมัครใจเข้ารับการบำบัดตามนัดหมายต่อเนื่อง 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) พัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Osilla ทั้งหมด 8 Session ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง นัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละ Session เน้นปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา ศึกษาผลการบำบัดเมื่อครบ 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน สถิติ Chi-square เพื่อทดสอบความแตกต่างในผลการลดหรือเลิกดื่มของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน และค่า Odds ratio ค่าระดับความสัมพันธ์ของการลดหรือเลิกดื่มสุราของกลุ่มผู้ป่วยในต่อกลุ่มผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษา

1. ผลการบำบัดผู้ป่วยสุราด้วย CBT พบว่า เลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 20.3 ดื่มสุราลดลง ร้อยละ 52.9 และยังคงดื่มสุรา ร้อยละ 26.8 ตามลำดับ
2. วิเคราะห์จำแนกผลการบำบัด ประจำปี 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยนอกเลิกดื่มสุราได้ ร้อยละ 20.2, 17.9 และ 13.1 ลดการดื่มสุรา ร้อยละ 27.4, 57.1 และ 63.1 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน เลิกดื่มสุรา ร้อยละ 48.2, 24.2 และ 27 ลดการดื่มสุรา ร้อยละ 40.7, 63.6 และ 60.5 ตามลำดับ
3. เปรียบเทียบผลการบำบัดของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยในลดหรือเลิกดื่มได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และพบว่าผู้ป่วยในมีโอกาสลด

หรือเลิกดื่มสุราได้มากกว่าผู้ป่วยนอก 3.503 เท่า (95% CI ของ OR = 1.837–6.680) แต่โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้นจากเดิม คือ ไม่ดื่มติดลม ไม่เพิ่มปริมาณจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในการบำบัดในระดับดี/ดีมาก มากกว่าร้อยละ 85

สรุปและข้อเสนอแนะ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา มีประโยชน์ในการปฏิบัติทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสุราลดหรือเลิกดื่มได้ และอาจติดตามผลระยะยาวมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยสุรา ภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุรามีการแพร่ระบาดสูง เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกายรวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตโดยส่งเสริมให้อาการรุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มสูงขึ้น ยากต่อการรักษาให้หายและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า¹ พบความชุกร่วมกับการเกิดโรคอื่นได้ถึงร้อยละ 44 และยังเพิ่มปริมาณและความถี่ของการใช้สารเสพติดสูงขึ้นเกิดภาวะพึ่งพิง ขาดความมั่นใจ ความคิดผิดปกติ ความจำ การรับรู้การแก้ไขปัญหาลดลง มีพฤติกรรมไม่สนใจตนเอง ไม่รวมมือรักษาความคิดจิตสังคมเสื่อมถอย ครอบครัวแตกแยก เสี่ยงการงาน สังคม และใช้สุราจนติดยรุนแรงมากขึ้นถึง 3.07 เท่า²

การดื่มสุราเชื่อมโยงปัจจัย ดังนี้ 1) ชิวเคมีในสมองไม่สมดุล หรือถ่ายทอดทางพันธุกรรม 2) ปัจจัยในตัวบุคคล เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายหรือพฤติกรรมเรียนรู้กลไกเผชิญปัญหา เช่น การสูญเสีย เครียด วิตกกังวล บวกกับความคิดที่บิดเบือน เช่น เหล้าทำให้รู้สึกดี นอนหลับ ลืม

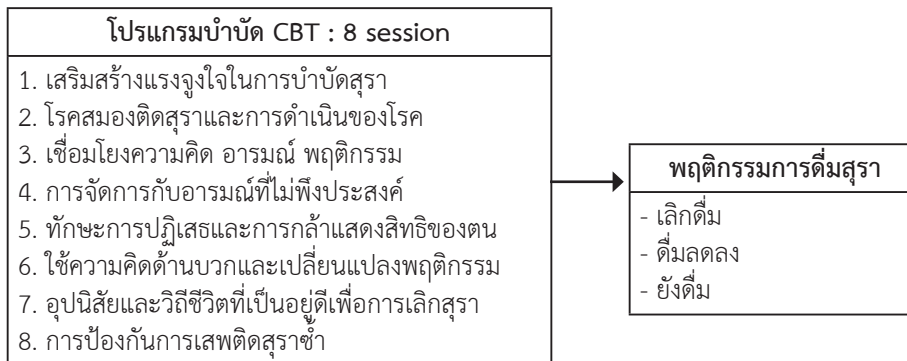
ทำให้เกิดพฤติกรรมไปดื่มสุราและใช้อย่างต่อเนื่อง 3) ประสบการณ์เรียนรู้ในครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม เช่น สภาพครอบครัวที่ขัดแย้ง หย่าร้าง สังคมที่เป็นแหล่งชักนำ 4) มโนทัศน์การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ อ่อนแอ ไม่ควบคุมความอยาก คาดหวังผลดีของสุรา³ ผู้ดื่มสุราแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 4 ระยะ คือ 1) แบบเสี่ยงต่ำ 2) แบบเสี่ยง 3) แบบอันตรายที่มีภาวะพึ่งพิงสารทางจิตใจแต่ไม่ติดจนมีอาการทางกาย 4) แบบติด โดยเฉพาะในผู้ที่พึ่งพิงทางจิตใจ จะคาดหวังเพื่อตอบสนองความสุข ผ่อนคลายได้เร็วสุด⁴ โดยถ้าประเมินได้ชัดเจนจะนำไปสู่การบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหากจากการเป็นเพียงผู้ใช้สุราแบบอันตราย (Harmful Use) ไม่กลายเป็นผู้ติด (Dependence) เพราะจะทำให้มีภาวะพึ่งพิงและไม่สนใจเปลี่ยนแปลงตนเอง ส่งผลทำให้การบำบัดไม่ได้ผล⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยสู่การปฏิบัติทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) บำบัดผู้ป่วยสุราได้มีรายงาน

ผลการวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสามารถใช้ในการบำบัดรักษา ลดหรือเลิกดื่มสุราลงได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการติดตามที่ 1ปี 3 ปี6-12 ทั้งยังช่วยในด้านการป้องกันไม่กลับเป็นซ้ำหรือป่วยเรื้อรัง13, 14 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ

ในการใช้โปรแกรมบำบัด CBT เข้ามาบำบัดผู้ป่วยสุราเพื่อช่วยให้ลดหรือเลิกดื่มสุราได้

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยสุราหลังภาวะถอนพิษสุราหรือมีปัญหาจากการดื่มสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลหลังการทดลอง

กลุ่มประชากร

ผู้ดื่มสุราที่วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ารับการบำบัดใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาใน รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จำนวน 429 คน เป็นผู้ป่วยนอก 326 คน และเป็นผู้ป่วยใน 103 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ได้แก่ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีค่าคะแนน AUDIT Alcohol คะแนน 16 ขึ้นไป 3) คะแนนประเมินสภาพจิตด้วย MMSE ค่าคะแนนมากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป 4) พุดคุยสื่อสารเข้าใจ 5) ค่าคะแนน AWS < 5 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ชุด

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยสุรา (Cognitive Behavior Therapy; CBT) ผู้ศึกษาได้พัฒนาและปรับจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Osilla ที่เน้นปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดหรือเลิกดื่มสุรา

ทั้งหมด 8 Session ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง นัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในแต่ละ Session มีกระบวนการ ดักจับ ตรวจสอบ ความคิดด้านลบที่เกิดจาก ตัวกระตุ้นภายนอกหรือภายในที่ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการดื่มของตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนแก้ไข ใหม่ เน้นที่การตระหนักรู้ตนเอง ทำความเข้าใจ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ความสำคัญกับการแก้ไขเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันกับการเผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามา กระตุ้นความคิดอยาก ให้สามารถหยุดความคิด และมีทักษะการปฏิเสธ ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหรือเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง จำนวน 8 ครั้ง ได้แก่

1. ค้นปัญหา วางแผน แนะนำ เสริมสร้าง แรงจูงใจ ให้เข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม

2. ไรศมองติดสุรา การดักจับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก ที่สำคัญ

3. เชื่อมโยงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ใช้ CBT Model วงจรความสัมพันธ์ของตัวกระตุ้น ความคิดความอยาก และพฤติกรรมการดื่มสุรา

4. การจัดการอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วางเป้าหมายที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน ปรับคิดใหม่ เลือกริธีแก้ไขปัญหา ไม่กลับไปดื่มสุรา

5. ทักษะการปฏิเสธและการกล้าแสดงสิทธิ ของตนอย่างเหมาะสม เผื่อระวัง และตรวจสอบ ความคิดอันตรายที่เสี่ยงต่อความอยากดื่มสุรา ฝึกทักษะการหยุดความคิด ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม ไม่ดื่มหรือลดการดื่มลง

6. ใช้ความคิดด้านบวกและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ให้มีวิถีจัดการ อารมณ์ หยุดหรือลดใช้สุราต่อเนื่อง

7. อุปนิสัยและวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ประจำวัน เพื่อการเลิกสุรา ครอบครัวหรือผู้ดูแลช่วยแก้ไข ปัญหาสุรา

8. การป้องกันการเสพติดสุราซ้ำ ประเมิน ผลการบำบัดและติดตามต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.98 และ หาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดียวสัมภาษณ์ ซ้ำ ห่างกัน 1 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยดื่มสุรา หรือเสพยาบ้าแบบสมัครใจ จำนวน 30 คน และ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วม จำนวน 12 คน ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการ ดื่มสุราของผู้เข้ารับการรักษา

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับ การบำบัด ใช้ประเมินความพึงพอใจ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่มีต่อการบำบัดครบ 8 สัปดาห์ พัฒนาโดยผู้ศึกษา ถ้ามประเมินความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้มีความรู้มากขึ้นและสามารถ นำไปปฏิบัติ ความเหมาะสมของระยะเวลา และ ความพึงพอใจต่อการบำบัดในภาพรวม มีระดับ

ความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยประเมิน หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 8 โดยผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นผู้เขียนตอบในแบบประเมินความพึงพอใจ

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คือ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นแบบประเมินตามมาตรฐานผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาใช้วัดประเมินเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการบำบัด โดยผู้บำบัดเป็นผู้สัมภาษณ์และประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลง ความถี่หรือปริมาณของการลดหรือเลิกดื่มสุรา ซึ่งในแต่ละวันให้บันทึกเหตุการณ์การดื่ม ความถี่ และปริมาณการดื่มสุราสุรประจำวัน/วัน/สัปดาห์ คิดปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้ง คิดปริมาณการเทียบเคียงคือ 1 ดื่มมาตรฐานหมายถึง สุรากลั่น 30 ซีซี หรือ เบียร์ 285 ซีซี หรือไวน์ 120 ซีซี มีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด 15 มิลลิกรัม และใช้แบบประเมิน AWS ติดตามภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งวัดติดตามผลในทุกครั้งที่มารับการบำบัดจนครบ 1 ปี

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. เตรียมผู้ป่วยสุราเข้ารับการบำบัด ประเมินคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า สร้างสัมพันธภาพอธิบายความสำคัญขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรวมทั้งโปรแกรมการบำบัดทั้ง 8 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้ารับการบำบัด ณ คลินิกยาเสฟตีด โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏ

2. นัดเข้ารับกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 8 สัปดาห์ ให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกข้อมูลลงในใบกิจกรรมที่แจกให้ ผู้บำบัดนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและสรุปผลเชื่อมโยงเข้ากับโปรแกรมการบำบัดทุกครั้งในแต่ละสัปดาห์

3. นัดติดตามผลการบำบัดครบ 1 ปี คลินิกยาเสฟตีด โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏ สามารถลด เลิกดื่ม หรือยังดื่ม เป็นบทสรุปผลการบำบัดสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square เพื่อทดสอบความแตกต่างในผลการลดหรือเลิกดื่มของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน และคำนวณค่า Odds ratio พร้อม 95% CI ด้วยโปรแกรม Epi Info™ 7 เพื่อหาค่าระดับความสัมพันธ์ของการลดหรือเลิกดื่มสุราของกลุ่มผู้ป่วยในหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบติดต่อกับกลุ่มผู้ป่วยนอกหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย

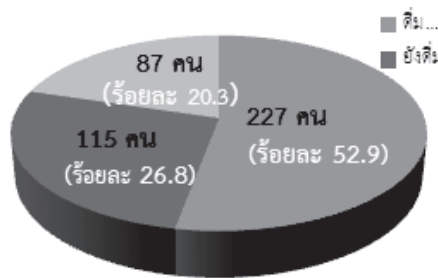
ผล

1) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 429 คน เป็นผู้ป่วยนอกหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย 326 คน ผู้ป่วยในหรือกลุ่มผู้ดื่มแบบติดต่อดื่ม 103 คน ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 82.2 กลุ่มอายุมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 33.3 ปัจจัยกระตุ้นพบว่า ดื่มเพราะเพื่อนชวนร้อยละ 25.9 อยากรู้เองร้อยละ 44.4 ดื่มเพราะปัญหาครอบครัวร้อยละ 18.6 และดื่มเพราะมีงานบุญร้อยละ 11

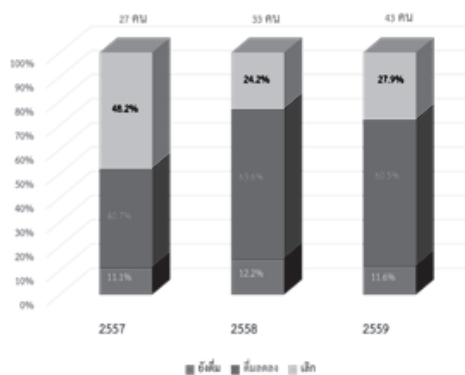
2) ผลการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครบ 8 สัปดาห์ และหลังติดตามครบ 1 ปี พบว่า จำนวน 87 คน (ร้อยละ 20.3) เลิกดื่มสุรา จำนวน 227 คน (ร้อยละ 52.9) ต่ำลง และมีจำนวน 115 คน (ร้อยละ 26.8) ยังคงดื่ม (แผนภูมิ 1) และเมื่อวิเคราะห์แยกตามปีงบประมาณ 2557-2559

พบว่า ผู้ป่วยนอก จำนวน 84, 112 และ 130 คน เลิกดื่มสุราร้อยละ 20.2, 17.9 และ 13.1 ลดการดื่มสุราร้อยละ 27.4, 57.1 และ 63.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยใน จำนวน 27, 33 และ 43 คน เลิกดื่มสุราร้อยละ 48.2, 24.2 และ 27.9 ลดการดื่มสุราร้อยละ 40.7, 63.6 และ 60.5 ตามลำดับ (แผนภูมิ 2 และแผนภูมิ 3)

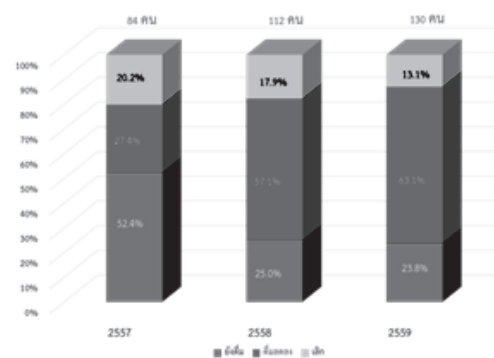
แผนภูมิ 1 ผลการบำบัดผู้ป่วยสุราหลังการบำบัด CBT และติดตามครบ 1ปี (จำนวน 429 คน)



แผนภูมิ 2 ร้อยละของผลการบำบัดผู้ป่วยสุราในกลุ่มผู้ป่วยใน



แผนภูมิ 3 ร้อยละของผลการบำบัดผู้ป่วยสุราในกลุ่มผู้ป่วยนอก



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการบำบัดของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน หลังการบำบัด CBT และติดตาม 1 ปี

ผู้ป่วยสุรา	ผลการบำบัดด้วย CBT		รวมจำนวน (ร้อยละ)	Chi Square Test (P-value)
	ปีงบประมาณ 2557-2559			
	เลิก/ดื่มลดลง จำนวน (ร้อยละ)	ยังดื่ม จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้ป่วยใน	91 (88.4)	12 (11.6)	103 (100.0)	15.869*
ผู้ป่วยนอก	223 (68.4)	103 (31.6)	326 (100.0)	
รวม	314 (73.2)	115 (26.8)	429 (100.0)	

* Significant $\alpha = 0.05$ (P-value < 0.05) Odds Ratio = 3.503 (95% CI ของ OR = 1.837-6.680)

เปรียบเทียบผลการบำบัด CBT และติดตาม 1 ปี ใน 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยในลดหรือเลิกดื่มได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) และพบว่า ผู้ป่วยในมีโอกาสลดหรือเลิกดื่มสุราได้มากกว่าผู้ป่วยนอก 3.503 เท่า (95% CI ของ OR = 1.837-6.680) แต่โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นจากเดิม คือ ไม่ดื่มติดลม ไม่เพิ่มปริมาณจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และจากปี 2558-2560 ผู้ป่วยพึงพอใจการบำบัดภาพรวมในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 89.0, 89.0 และ 92.0 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ตั้งไว้ ร้อยละ 85.0

วิจารณ์

จากผลการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรม CBT ของ Osilla, K.C. et al.⁶ พบว่า มีความเหมาะสม

ได้ผลดี ทำให้ลดหรือเลิกการดื่มสุราได้ โปรแกรมการบำบัดที่นำมาประยุกต์ใช้มีขั้นตอนและกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน ค้นหาความคิดช่วยในการดักจับความคิด และจัดการกับตัวกระตุ้นที่ส่งผลนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือเลิกสุราของตนเองได้ตรงกับผลการศึกษาของ Hunter et al.⁸ ที่ใช้ CBT ในกลุ่มผู้บำบัดที่ศูนย์บำบัดสารเสพติดในสหรัฐอเมริกา 6 แห่ง ช่วยยืนยันว่า โปรแกรมการบำบัด CBT ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพกับการใช้โปรแกรมบำบัด ของ Osilla, K.C. et al.⁶ ที่มีการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราลดลง ภายหลังจากติดตามที่ 3 และ 6 เดือน

ผลด้านตัวโปรแกรมบำบัด มีขั้นตอนและกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน ทำความเข้าใจได้เร็ว มีความเหมาะสม ดักจับความคิดและอารมณ์ ระบุปัญหา นำมาวิเคราะห์ได้ตรงจุด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือหยุดการดื่มสุราของตนเองได้ดีขึ้น ด้านผู้ป่วยพบว่ามีความแตกต่างด้านเพศ

ชัดเจนระหว่างเพศหญิงกับเพศชายโดยเพศหญิงจะเน้นไปที่การจัดการความคิดความรู้สึกด้านอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภายในมากกว่าการแก้ไขที่ตัวกระตุ้นภายนอก แต่เพศชายมุ่งไปที่การควบคุมความคิดความอยาก เพื่อให้ตนเองหยุดดื่มสุราจากตัวกระตุ้นภายนอกมากกว่าสนใจที่จะจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกของตน เพศชายเริ่มมีการใช้สุราอายุน้อยกว่าเพศหญิง โดยมากเริ่มในช่วงวัยรุ่น คิดอยากลอง เชื่อว่าดีช่วยให้คลายเครียดลงได้ ทำให้สนุกสนาน มีกลุ่มเพื่อนชักชวนโดยอายุน้อยที่สุดคือ 19 ปี มากสุด 48 ปี ในผู้ที่มีการได้รับผลกระทบชัดเจนรุนแรงเกิดการเจ็บป่วยจากการดื่ม เช่น การมีภาวะถอนพิษสุราหรือเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจะมีแนวโน้มเลิกได้ดีกว่า อายุที่มากขึ้นจะมีความรับผิดชอบในการบำบัด เห็นความสำคัญในการหยุดดื่ม ตระหนักในสุขภาพตนเองหรือครอบครัวมากกว่าอายุน้อย ในผู้ติดสุราเล็กน้อยกว่าผู้ดื่มแบบอันตรายจะขอลดการดื่มมากกว่าหยุดดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liese, B.S.9 วิเคราะห์การใช้สารเสพติดและสุราเกี่ยวข้องกับอายุ เชื้อชาติ เพศ การเปลี่ยนแปลงด้านลบจากความเสื่อมถอยลงของสภาพจิตใจ และร่างกายหรือการกลับไปเสพสารซ้ำ โดยเพศชายพบอายุน้อยกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นช่วงอายุ 19-24 ปี และพบว่าอายุที่น้อยมีผลต่อความร่วมมือและออกจากโปรแกรมก่อนกำหนด

สรุป

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยสุรา มีประโยชน์ในการปฏิบัติทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสุราลดหรือเลิกดื่มได้ และผู้ป่วยในหลังการรักษาภาวะถอนพิษสุราที่สมัครใจบำบัดต่อเนื่องด้วยโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหลังติดตามครบ 1 ปี มีโอกาสลดหรือเลิกดื่มมากกว่าผู้ป่วยนอกที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การบำบัดผู้ป่วยสุราด้วยโปรแกรมทางความคิดและพฤติกรรม หรือ CBT ต้องใช้เทคนิคขั้นสูงโดยผู้มีความชำนาญเฉพาะทางด้านจิตเวช ผู้บำบัดจึงต้องเรียนรู้ฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญก่อนบำบัดจริง และควรรักษาประเมินผลการบำบัดและติดตามในระยะยาวมากกว่า 1 ปี ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพและผู้บำบัดในกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. Conway K. P., Compton W., Stinson F. S., & Grant B. F. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(2): 247-257.
2. Boden, J. M., & Fergusson, D. M. Alcohol and depression. *Addiction*. May, 2011; 106(5): 906-914.
3. Tiet, Q.Q., & Mautsach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007; 31(4): 513-536.
4. Beck, J. S., Liese, B. S., & Najavits, L.M. *Cognitive therapy*. Clinical textbook of addictive disorders (3rd ed.). New York: Guilford Press. 2005.
5. เพ็ญพักตร์ ดารากร. ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต*. 2556; 27(1): 1-15.
6. Osilla, K.C., et al. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009; 37(4): 412-420.
7. Baker, A.L., et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: Outcomes to 36-months. *Addiction*. 2013; 46(3): 281-402.
8. Hunter, et al. Treating depression and substance use: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2012; 43(2): 137-151.
9. Liese, B. S. *Cognitive-Behavioral Therapy for Addictions*. Clinical work with substance abusing clients (3rd ed.). New York: Guilford Press; 2014.
10. Lisa, J., & Mark A.B. *CMO Alcohol Guidelines Review*. CPH Center for public health; 2014.
11. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ. การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดสารเสพติด. *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2554.
12. ดร.ณิ ภู่อวและคณะ. การบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม. *เชียงใหม่: แผนงานวิชาการและสารเสพติดชุมชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2555.
13. แผนงานการพัฒนาาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. *วนิดาการพิมพ์*; 2557.
14. กรมสุขภาพจิตรายงานประจำปี. *การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช*. *กรมสุขภาพจิต*; 2560.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดในพื้นที่การค้าและการระบาด จังหวัดอุดรธานี

สังคม ศุภรัตน์กุล ปร.ด.

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Abstracts Abstract The Associated of Perception, Attitude with Self-defense Behavior from Drugs in the Trading and Outbreak Areas In Udon Thani Province Suparatanagool S
Udonthani Rajabhat University

This research aimed 1) to studies the perception level, attitude and self-defense behavior levels of narcotic drugs. 2) To studies the association between perception, attitudes, and self-defense behavior of narcotic drugs. The population in this study was juvenile aged 15 - 25 years in the areas of trade and outbreaks who through against drugs training in Udon Thani Province. Data were collected through 169 samples by the questionnaire that a reliability value equal to 0.78 through cluster random sampling methods. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The study found that overview have more attitude about drugs at best level (\bar{X} =4.13; SD. =0.66), Have a good attitude towards the drug abuse of youth (\bar{X} =4.02;

SD.=0.58), and have self-defense behavior from drugs at best (\bar{X} =4.27; SD.=0.59). So perceptions of drugs ($r=0.199$; p -value<0.05) and attitude of drugs from juvenile ($r=0.485$; p -value<0.01) were associated with self-defense behavior from drugs a significance statistical in 0.05 level. That found if juvenile have more perception of drugs and have agree attitude with situation from drugs so have good self-defense behavior from drugs.

Keywords: perception, attitude, self-defense behavior, drugs

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้ ระดับทัศนคติและระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ เยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 25 ปี ในพื้นที่การค้าและการระบาค ที่ผ่านการเข้าค่ายอบรมด้านยาเสพติดแล้ว จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลโดยการสุ่มแบบกลุ่ม จากจำนวน 169 ตัวอย่าง โดยแบบสอบถามที่มีค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องยาเสพติดในระดับดี (\bar{X} =4.13; SD.=0.66) มีทัศนคติที่ดีต่อการต้านภัยยาเสพติดของเยาวชน (\bar{X} = 4.02; SD.=0.58) และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.27;SD.=0.59) ในส่วนการรับรู้เรื่องยาเสพติด ($r=0.199$; p -value<0.05) และทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น ($r=0.485$; p -value<0.01) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปผลได้ว่า เมื่อมีการรับรู้เรื่องยาเสพติดมากขึ้นและมีทัศนคติที่เห็นด้วยต่อสถานการณ์การเสพยาเสพติดของเยาวชนส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดดีขึ้นตามลำดับ

คำสำคัญ : การรับรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, ยาเสพติด

บทนำ

จังหวัดอุดรธานีที่มีพื้นที่ติดกับจังหวัดหนองคายและจังหวัดเลย ซึ่งมีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน สถานการณ์การลักลอบลำเลียงยาเสพติดเข้ามาในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จึงเริ่มมีปัญหาไม่ว่าจะเป็นทางรถยนต์โดยสารประจำทางและรถยนต์ส่วนบุคคล ยิ่งกว่านั้นกลุ่มผู้ค้าและผู้เสพเองในพื้นที่การค้าและการระบาดจังหวัดอุดรธานี ได้เดินทางข้ามไปซื้อยาเสพติด (ยาบ้า) จากฝั่งประเทศเพื่อนบ้านเพื่อมาเสพและจำหน่ายด้วยต้นทุนที่ถูกกว่าในราคาเม็ดละ 60-80 บาท ถ้านำมาจำหน่ายในฝั่งประเทศไทย เม็ดละ 250-300 บาท ปัจจุบันจังหวัดอุดรธานีได้กลายเป็นแหล่ง “พักยา” ที่สำคัญในภาคอีสาน ก่อนจะส่งลำเลียงไปจำหน่ายในพื้นที่ภาคอื่นๆ รวมทั้งในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยกลุ่มเป้าหมายของการแพร่ระบาดที่น่าเป็นห่วงคือ กลุ่มเยาวชนนักเรียนนักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มติดยาเสพติดมากที่สุดในปัจจุบัน พื้นที่ที่มีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดและแพร่ระบาดรุนแรงเป็นพิเศษ ได้แก่ อำเภอเพ็ญ อำเภอนายูง อำเภอบ้านดุง อำเภอกุมภวาปี ซึ่งล้วนแต่เป็นพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงต่อการระบาดและเสพยาเสพติด นอกจากกลุ่มผู้ค้าเน้นลูกค้ากลุ่มนี้แล้ว กลุ่มผู้ใช้แรงงานในสวนยางพาราในพื้นที่อำเภอนายูงและอำเภอน้ำโสมยังผันตัวมาเป็นผู้ค้ารายย่อย (ค้าเพื่อเสพ) มากขึ้น อีกทั้งกลุ่มนักพนันและกลุ่มลูกค้าเดิมที่เคยถูกจับกุมกลับมามีพฤติกรรมซ้ำอีก ซึ่งกลุ่มนี้การค้ายาเสพติดจะทำเป็นระบบเครือข่ายที่มีตัวตายตัวแทน การปรับตัว วิธีการ

ติดต่อสื่อสาร รวมถึงการส่งและรับมอขายเสพติดเพื่อหลบหลีกเจ้าหน้าที่ อีกทั้งกลุ่มนักค้าจากนอกประเทศที่ยังมีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดเพื่อนำมาส่งให้กับนักค้าในจังหวัดอย่างต่อเนื่องทั้งจากคนลำเลียงที่เป็นคนต่างด้าวหรือรับจ้างลำเลียงเอง ซึ่งชนิดของยาเสพติดที่มีการค้ามากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า กัญชา สำหรับกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดยังคงเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้เสพระหว่างกันเอง กลุ่มชุมชนที่มีคนอาศัยอยู่หนาแน่น และกลุ่มมั่วสุมต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนนักเรียน นักศึกษา ที่พักอาศัยอยู่ตามหอพักบ้านเช่า เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อปัญหาเสพติดมากที่สุด โดยเฉพาะ “พื้นที่เฟื่องเพลิงพิเศษ” ในการนำเข้ายาเสพติดและแพร่ระบาดของยาบ้าคือ อำเภอเมืองอุดรธานี อำเภอวังสามหมอ อำเภอศรีธาตุ และอำเภอนายูง “พื้นที่ของการค้าและการระบาด” ได้แก่ อำเภอกุมภวาปี อำเภอหนองหาน อำเภอเพ็ญ อำเภอบ้านดุง อำเภอ น้ำโสม และอำเภอบ้านผือ¹

ยิ่งกว่านั้นใน “พื้นที่ของการค้าและการระบาด” อำเภอบ้านดุงยังเป็นพื้นที่ที่มีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดและแพร่ระบาดรุนแรงเป็นพิเศษด้วย² ในขณะเดียวกันสถานการณ์การนำเข้ายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี พบว่า นักค้ารายย่อยรายกลาง และรายสำคัญ ยังมีการเคลื่อนไหวของการนำเข้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเซตรอยต่อกับจังหวัดหนองคาย โดยมีเป้าหมายหลักในพื้นที่อำเภอเมืองอุดรธานี โดยเฉพาะในเขตเทศบาลนครอุดรธานีมีการผันตัวจากผู้เสมาเป็นผู้ค้ารายย่อยเพิ่มมากขึ้น และพัฒนากลายเป็นผู้ค้ารายสำคัญ

ในที่สุด ซึ่งนักค้ารายสำคัญและนักค้ารายย่อย จะติดต่อซื้อขาย และหาลูกค้าเพิ่มจากกลุ่มผู้เสพด้วยกันหรือในกลุ่มเครือข่ายคนรู้จักเพื่อเป็นการขยายเครือข่ายการค้า ส่วนสถานที่ติดต่อซื้อขายแล้วแต่จะตกลงกันเช่น หอพัก สถานบันเทิง รีสอร์ท เป็นต้น³ จากปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พัฒนาการของกลุ่มผู้เสพมาเป็นผู้ค้ารายย่อย และมีจำนวนผู้ค้ารายย่อยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดพัฒนาจากผู้ค้ารายสำคัญ ปัจจัยเหตุจุดเริ่มต้นคนกลุ่มนี้รับรู้มาอย่างไร มีทัศนคติอย่างไรต่อยาเสพติด และเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองจากยาเสพติดหรือไม่อย่างไร

ด้วยเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจ ค้นหาคำตอบว่า การรับรู้ทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของประชาชนในเขตพื้นที่การค้าและการระบาดในจังหวัดอุดรธานีหรือไม่ อย่างไร โดยเจาะลึกในพื้นที่การค้าและการระบาด โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาระดับการรับรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด รวมถึงเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลโดยการสำรวจประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ที่ผ่านการเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดแล้ว ในพื้นที่การค้าและการระบาด ได้แก่

อำเภอกุมภวาปี อำเภอหนองหาน อำเภอเพ็ญ อำเภอบ้านดุง อำเภอน้ำโสม และอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี²

การสุ่มตัวอย่าง เลือกการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ขั้นตอนแรกสุ่มกลุ่มอำเภอ โดยกำหนดร้อยละ 30 (จำนวน 2 อำเภอ) ของอำเภอในพื้นที่การค้าและการระบาด ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากได้อำเภอบ้านดุง และอำเภอบ้านผือ และอำเภอที่สุ่มได้มีประชากรที่ผ่านการเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดเยาวชนที่มีอายุ 15-25 ปี รวมทั้งสิ้น จำนวน 200 คน² ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้ตารางของ Krejcie and Morgan⁴ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 132 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก ร้อยละ 20 ของขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น จำนวน 169 คน โดยไม่จำเป็นต้องทำบัญชีรายชื่อของประชากร และสุ่มตัวอย่างจากประชากรในพื้นที่อำเภอที่สุ่มได้ตามจำนวนของขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าลักษณะของมือเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อำเภอที่อาศัย เพศ ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย บุคคลที่พักอาศัยร่วม ประสบการณ์ใช้สารเสพติด ประสบการณ์เคยเสพสิ่งเสพติด สาเหตุที่เคยเสพสิ่งเสพติด เพื่อนเคยเสพยาเสพติด ชนิดยาเสพติด

ที่เพื่อนเสพ แหล่งรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากยาเสพติด ประสบการณ์ที่ส่งเสริมการป้องกันตนเองจาก ยาเสพติด ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในวัยรุ่น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ เรื่องยาเสพติด ทักษะคิดต่อยาเสพติดและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากยาเสพติด มีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีจำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือ

โดยการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในกรณีวัดครั้งเดียวมีแนวคิด เพื่อตรวจหา ความสอดคล้องของคะแนนแต่ละคนที่แปรปรวน ไปจากคะแนนจุดตัด โดยใช้แบบวัด 30 ฉบับ

กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีของ ครอนบาค (Cronbach's) ได้ผลลัพธ์ Cronbach's Alpha ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับการรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากยาเสพติด ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเอง จากยาเสพติด ใช้การวิเคราะห์โดยการหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผล

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=169)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อำเภอ		
- บ้านฝื่อ	85	50.3
- บ้านดุง	84	49.7
เพศ		
- ชาย	89	52.7
- หญิง	80	47.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=169) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	15	8.9
- มัธยมศึกษาตอนต้น	27	16.0
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	29	17.2
- กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา	50	29.6
- อนุปริญญา / ปริญญาตรี	44	26.0
- อื่นๆ (ไม่ระบุ)	4	2.4
ที่อยู่อาศัย		
- บ้านตนเอง	134	79.3
- หอพัก	25	14.8
- บ้านญาติ	5	3.0
- อื่นๆ (ไม่ระบุ)	5	3.0
บุคคลที่พังกาศัยร่วม		
- บิดา/มารดา	128	75.7
- ญาติ/พี่น้อง	11	6.5
- เพื่อน	7	4.1
- แฟน	7	4.1
- คนเดียว	15	8.9
- อื่นๆ (ไม่ระบุ)	1	0.6
แหล่งรับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาเสพติด		
- อินเทอร์เน็ต	55	33.0
- ครู/อาจารย์	45	27.0
- ป้ายประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานต่างๆ	17	10.2
- วิทยู	11	6.6
- เพื่อน	11	6.6
- อสม.	9	5.4
- จากแหล่งที่กล่าวข้างต้นรวมกันตั้งแต่ 2 แหล่งขึ้นไป	21	12.6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=169) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์เคยเสพสิ่งเสพติด		
- เคย	55	32.5
- ไม่เคย	114	67.5
สาเหตุที่จูงใจให้เสพสิ่งเสพติดที่ผ่านมา		
- อยากรู้ อยากลอง	28	16.6
- เพื่อนชักชวน	20	11.4
- มีปัญหาครอบครัว	3	1.8
- การเจ็บป่วย	2	1.2
- การเลียนแบบ	2	1.2
- จากสาเหตุที่กล่าวข้างต้นรวมกันตั้งแต่ 2 สาเหตุขึ้นไป	112	66.6
เพื่อนเคยเสพยาเสพติด		
- เคย	100	59.2
- ไม่เคย	69	40.8
ชนิดยาเสพติดที่เพื่อนเสพ		
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	38	27.2
- บุหรี่	17	10.2
- ยาบ้า	11	6.5
- เฮโรอีน	6	3.6
- กัญชา	3	1.8
- จากชนิดยาเสพติดที่กล่าวข้างต้นรวมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	94	50.7
ประสบการณ์ที่ส่งเสริมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด		
- กิจกรรมทางกีฬา	42	24.9
- กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว	19	11.2
- กิจกรรมทางดนตรี	19	11.2
- ทำงานหารายได้พิเศษ	17	10.2
- การเข้าค่ายคุณธรรมจริยธรรม	15	8.9
- การรณรงค์ป้องกันยาเสพติด	11	6.5
- จากประสบการณ์ที่กล่าวข้างต้นรวมกันตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป	46	27.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=169) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น		
- การทะเลาะวิวาท	64	38.4
- การลักขโมย	22	13.0
- ช่มชู้	22	13.0
- เกิดอาการคลื่นไส้ จนมีอาการเหมือนบ้า	15	8.9
- ทะเลาะวิวาท	6	3.6
- ปัญหาของโรคบางอย่างเช่น โรคเอดส์	6	3.6
- จากปัญหาที่กล่าวข้างต้นรวมกันตั้งแต่ 2 ปัญหาขึ้นไป	34	23.0
รวม	169	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมาจาก อำเภอบ้านผือและอำเภอบ้านดุง จำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.3, 49.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.7 จบระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 29.6 พักอาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง ร้อยละ 79.3 โดยอาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 75.7 มีแหล่งรับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาเสพติดจาก อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 33.0 แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้สารเสพติด ร้อยละ 67.5 ส่วนกลุ่มที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด จะใช้

สารเสพติดเพราะอยากรู้ อยากลอง คิดเป็นร้อยละ 16.6 เพื่อนที่กลุ่มตัวอย่างคบส่วนใหญ่จะเคย มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด ร้อยละ 59.2 และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 27.2 อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ กิจกรรมทางการกีฬาเป็นกิจกรรมเพื่อป้องกัน ตนเองจากยาเสพติด ร้อยละ 24.9 ปัญหาที่เกิด จากการใช้สารเสพติดในกลุ่มตัวอย่างคือ การทะเลาะวิวาท คิดเป็นร้อยละ 38.4

ระดับการรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับการรับรู้เรื่องยาเสพติด (n=169)

การรับรู้เรื่องยาเสพติด	\bar{X}	SD.	แปลผล
- การติดยาเสพติดทำให้เสียคนและเสียการเรียน	4.62	0.73	ดีมาก
- การเสพยาเสพติดเป็นการทำลายเศรษฐกิจของชาติ	4.59	0.80	ดีมาก
- ผู้ที่เสพยาเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม	4.49	0.74	ดี
- ยาเสพติดทุกชนิดมีโทษต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม	2.84	1.88	ปานกลาง
เฉลี่ยภาพรวม	4.13	0.66	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องยาเสพติดในระดับดี ($\bar{X}=4.13$; $SD.=0.66$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการรับรู้เรื่องยาเสพติดว่า การติดยาเสพติดทำให้เสียคน และเสียการเรียนสูงที่สุด ($\bar{X}=4.62$; $SD.=0.73$) รองลงมาคือ การเสพยาเสพติดเป็นการทำลาย

เศรษฐกิจของชาติ ($\bar{X}=4.59$; $SD.=0.80$) และผู้ที่เข้ายาเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ($\bar{X}=4.49$; $SD.=0.80$) ในขณะที่มีการรับรู้ว่ายาเสพติดทุกชนิดมีโทษต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.84$; $SD.=1.88$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชน (n=169)

ทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การติดยาเสพติดของวัยรุ่นเกิดจากความคึกคะนอง อยากรู้อยากลอง	4.42	0.84	เห็นด้วย
การติดยาเสพติดของวัยรุ่นเกิดจากการเครียดกับปัญหาต่างๆ	4.09	0.99	เห็นด้วย
วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดเป็นผลมาจากการถูกชักจูงจากเพื่อน	4.07	0.86	เห็นด้วย
วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ติดยาเสพติดมาก	4.07	0.92	เห็นด้วย
วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมีผลมาจากการอยู่ใกล้ชิดกับแหล่งสิ่งเสพติด	4.04	1.06	เห็นด้วย
วัยรุ่นในพื้นที่ที่มีการติดยาเสพติดมาก	4.02	0.95	เห็นด้วย
วัยรุ่นที่ติดยาเสพติดขาดความรู้ในการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	3.99	0.84	เห็นด้วย
วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างนั้นมีโอกาสติดยาเสพติด	3.95	0.90	เห็นด้วย
วัยรุ่นที่ขาดการได้รับการศึกษาทำให้ติดยาเสพติด	3.93	1.05	เห็นด้วย
การที่พ่อแม่ทำงานหนักไม่มี เวลาให้ลูกอาจส่งผลให้ลูกติดยาเสพติด	3.71	1.10	เห็นด้วย
เฉลี่ยภาพรวม	4.02	0.58	เห็นด้วย

จากตารางที่ 3 ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติที่เห็นด้วยต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชน ($\bar{X}=4.02$; $SD.=0.58$) โดยเฉพาะการติดยาเสพติดของวัยรุ่นเกิดจากความคึกคะนอง อยากรู้อยากลอง ($\bar{X}=4.42$; $SD.=0.84$) สูงที่สุด รองลงมาคือ การติดยาเสพติดของวัยรุ่นเกิดจากการเครียดกับปัญหาต่างๆ ($\bar{X}=4.09$; $SD.=0.99$) และวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดเป็นผลมาจากการ

ถูกชักจูงจากเพื่อน ($\bar{X}=4.07$; $SD.=0.86$) รวมทั้งวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ติดยาเสพติดมาก ($\bar{X}=4.07$; $SD.=0.92$) และวัยรุ่นที่ติดยาเสพติดมีผลมาจากการอยู่ใกล้ชิดกับสิ่งเสพติด ($\bar{X}=4.04$; $SD.=1.06$) ในขณะที่การที่พ่อแม่ทำงานหนัก ไม่มีเวลาให้ลูก อาจส่งผลให้ลูกติดยาเสพติด ($\bar{X}=3.71$; $SD.=1.10$) เป็นประเด็นที่น้อยสุด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด (n=169)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
- การช่วยกันสอดส่องดูแลคนในสังคมจะช่วยป้องกันการติดยาเสพติดด้วยรุ่น	4.45	0.68	ดี
- การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ทำให้ท่านห่างไกลยาเสพติด	4.39	0.70	ดี
- การเล่นเกมช่วยป้องกันไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด	4.34	0.69	ดี
- การหลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันตนเองจากยาเสพติด	4.31	0.80	ดี
- การใช้ความรู้เรื่องกฎหมายยาเสพติดป้องกันตนเองจากยาเสพติด	4.10	0.95	ดี
- การใช้ความรู้เรื่องยาเสพติดเพื่อป้องกันตนเองจากการติดยาเสพติด	4.07	0.88	ดี
เฉลี่ยภาพรวม	4.27	0.59	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}= 4.27;SD.=0.59$) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดสูงที่สุดคือ การช่วยกันสอดส่องดูแลคนในสังคมจะช่วยป้องกันการติดยาเสพติดด้วยรุ่น ($\bar{X}= 4.45; SD.= 0.68$) รองลงมาคือ

การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ทำให้ท่านห่างไกลยาเสพติด ($\bar{X}=4.39;SD.=0.70$) และ การเล่นเกมไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ($\bar{X}=4.34; SD.=0.69$) รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ติดยาเสพติด เพื่อป้องกันตนเองจากยาเสพติด ($\bar{X}=4.31; SD.=0.80$)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทักษะกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การรับรู้ ทักษะกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด (n=169)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	p-value
การรับรู้เรื่องยาเสพติด	0.199 **	0.010
ทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชน	0.485 **	0.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้เรื่องยาเสพติดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอยู่ในระดับต่ำ ($r=0.199$; $p\text{-value}=0.010$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.485$; $p\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการรับรู้เรื่องยาเสพติดมากขึ้นและมีทัศนคติที่ดีต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดดีขึ้นตามไปด้วย

วิจารณ์

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงไม่สอดคล้องกับข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น 5 ที่พบว่า เป็นหญิงมากกว่าชาย อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายพักอาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง ซึ่งให้เห็นว่า ในประชากรปกติทั่วไปในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชนที่มีอายุ 15-17 ปี จะเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ที่ผ่านการเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดแล้วในพื้นที่การค้าและการระบาด ในจังหวัดอุดรธานี

(อำเภอบ้านดุง และอำเภอบ้านผือ) เป็นเพศชายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับสารเสพติดที่จะเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นชายตั้งแต่ต้นแล้ว

จากการศึกษายังพบอีกว่า ส่วนใหญ่มีแหล่งรับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาเสพติดจากอินเทอร์เน็ต ส่วนที่เคยมีประสบการณ์การใช้สารเสพติด ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่มากที่สุด มีสาเหตุการใช้สารเสพติดมาจากอยากรู้ อยากลอง และจากเพื่อนชักชวนสอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่า เหตุผลการใช้สารเสพติดครั้งแรกคือ อยากลองเพื่อทำงาน/ประกอบอาชีพ และอื่นๆ (เพื่อนชวนเป็นแฟน ลดความอ้วน แก้ปวดท้อง)⁶ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่ 7 และเพื่อนที่คบหาส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ด้านการใช้สารเสพติดคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ในทางตรงกันข้ามส่วนใหญ่จะใช้กิจกรรมทางการศึกษาเพื่อป้องกันตนเองจากยาเสพติด รองลงมาคือ กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ในวัยรุ่น ได้แก่ การทะเลาะวิวาท ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทะเลาะวิวาทของเด็กวัยรุ่น จังหวัดหนองบัวลำภู⁸

2. การรับรู้

ระดับการรับรู้เรื่องยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องการเปิดรับการสื่อสาร ทัศนคติ

ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้⁹ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี สะท้อนให้เห็นว่า โครงการเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดมีระดับการรับรู้เรื่องยาเสพติดได้เป็นอย่างดี เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นมีการรับรู้เรื่องยาเสพติดมากที่สุดคือ การเสพยาเสพติดเป็นการทำลายเศรษฐกิจของชาติและการติดยาเสพติดทำให้เสียคนและเสียการเรียน รองลงมาคือ ผู้ที่ใช้อยาเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และยาเสพติดทุกชนิดมีโทษต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมระดับปานกลาง ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับสูง มากครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 53.50 เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นติดยาเสพติด พบว่า สาเหตุที่มาจากต้องการทดลองเพื่อนชักชวนและต้องการประชดชีวิต มากที่สุด และรองลงมาคือ มีสาเหตุมาจากถูกหลอก ล่อลวง และเพื่อนบังคับสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการเปิดรับการสื่อสาร ทักษะคิดความรู้และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้⁹

3. ทักษะคิด

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดที่เห็นด้วยต่อการต่อต้านการเสพยาเสพติดของเยาวชน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยเรื่อง ทักษะคิดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นต่อปัจจัยและวิธีการป้องกันตนเองไม่ให้ใช้อยาเสพติด¹⁰ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดที่เห็นด้วยว่า ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ

ในระดับชาติ ผู้เสพและผู้ขายยาเสพติดควรได้รับการลงโทษถึงขั้นประหารชีวิต วัยรุ่นติดยาเพราะชอบทำตามอย่างเพื่อน วัยรุ่นติดยาเพราะหาซื้อได้ง่ายในสถานศึกษา การตรวจปัสสาวะในสถานศึกษา เป็นวิธีการที่ดีในการลดจำนวนผู้ติดยา การทดลองยาเสพติดเพียงครั้งเดียวทำให้ติดยาได้และปัญหาครอบครัวทำให้คนติดยาตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติคิดเป็นกลางต่อยาเสพติด คือ เห็นใจผู้เสพยาเพราะแสดงว่าผู้เสพมีปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาไม่ได้ ผู้เสพยาไม่ใช่อาชญากร ดังนั้นไม่ควรลงโทษและในกรณีที่ว่าเพื่อนติดยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยเห็นด้วยที่จะเก็บเป็นความลับและชักชวนเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาตามยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด แผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด ที่ผ่านมารูปธรรมที่เห็นชัดเจนคือ การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจหรือค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป้าหมายการดำเนินงาน 3,602 ราย สามารถดำเนินการบำบัดรักษาไปแล้วทั้งสิ้น 7,040 ราย ซึ่งได้ผลเกินคาด คิดเป็นร้อยละ 195.4 นอกจากนี้การบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด เป้าหมายการดำเนินงาน 546 ราย มีผลการบำบัดรักษาทั้งสิ้น 2,372 ราย คิดเป็นร้อยละ 434.43 ของเป้าหมาย และการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ เป้าหมายการดำเนินงาน 218 ราย มีผลการบำบัดรักษาทั้งสิ้น 360 ราย คิดเป็นร้อยละ 165.13 ของเป้าหมาย¹¹ จึงน่าจะกล่าวได้ว่า การขับเคลื่อนเพื่อต่อต้านยาเสพติดในพื้นที่การค้าและการระบาดต้องอาศัยพลังสังคมและพลังชุมชนเป็นฐาน และเคารพในสิทธิมนุษยชน (Human

Right) โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่จะยิ่งเป็นการตราหน้า (Stigma) และขาดการติดต่อในที่สุด

4. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอยู่ในระดับปฏิบัติเกือบประจำ (ระดับมาก) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยเกี่ยวกับเจตคติต่อยาเสพติดและการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด¹² ซึ่งพบว่า นักเรียนหญิงและนักเรียนชายมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติมาก สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดที่อยู่ในสถานศึกษา มีการอบรมมีระเบียบที่ชัดเจน มีกฎเกณฑ์บังคับจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติมาก ในขณะที่ในชุมชนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ผ่านการเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดมาแล้วจึงมีระดับของพฤติกรรมที่สอดคล้องกัน ซึ่งให้เห็นว่า การเข้าค่ายอบรมต้านภัยยาเสพติดนั้นเป็นกิจกรรมที่ดีมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอยู่ในระดับการปฏิบัติเกือบประจำทุกประเด็นคือ การใช้ความรู้เรื่องยาเสพติดเพื่อป้องกันตนเองจากการติดยาเสพติด การใช้ความรู้เรื่องกฎหมายยาเสพติดป้องกันตนเองจากยาเสพติด การหลีกเลี่ยง

การคบเพื่อนที่ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันตนเองจากยาเสพติด การเล่นกีฬาทำให้ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ทำให้ห่างไกลยาเสพติด การช่วยกันสอดส่องดูแลคนในสังคมจะช่วยป้องกันการติดยาเสพติดด้วยรุ่นซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัย ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นขององค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระแก้ว¹³ ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากยาเสพติดในระดับสูง นั้นอาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มียังมีประสบการณ์น้อย ในขณะที่สอดคล้องกับผลงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหาเสพติดของนักเรียนนอกระบบของศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ¹⁴ ที่พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดอยู่ในระดับดี (เกือบประจำ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนนอกระบบของศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยที่มีประสบการณ์บ้างแล้วนั่นเอง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้เรื่องยาเสพติด และทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนเห็นได้ว่า เมื่อมีการรับรู้เรื่องยาเสพติดมากและมีทัศนคติที่เห็นด้วยต่อสถานการณ์การเสพยาเสพติดของเยาวชนทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดดีขึ้น

ตามไปด้วย สอดคล้องกับผลงานวิจัย พฤติกรรมการเสพยาบ้าของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากยาบ้า เจตคติการป้องกันตนเองจากยาบ้า การรับรู้ความเข้มงวดในกฎระเบียบของสถาบัน การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สนับสนุนจากเพื่อน และการรับรู้สนับสนุนจากอาจารย์และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้แหล่งซื้อขายยาบ้า การรับรู้แหล่งเสพยาบ้า การรับรู้โอกาสเกี่ยวข้องกับยาบ้า 15

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรนำโครงการ TO BE NUMBER ONE มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการรับรู้เรื่องยาเสพติดและขยายผลการปรับทัศนคติของวัยรุ่นและเยาวชนต่อการเสพยาเสพติด ให้หลีกเลี่ยงและห่างไกลจากยาเสพติดให้มากขึ้น โดยการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ

หัวหน้าส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรวางมาตรการเฝ้าระวังป้องกันอย่างเข้มข้น/ออกกฎระเบียบในสถานศึกษา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าค่ายอบรมด้านภัยยาเสพติดเพื่อปรับทัศนคติของเยาวชนที่มีต่อการเสพยาเสพติดให้ถูกต้องมากขึ้น

หัวหน้าส่วนราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสร้างโอกาสให้กลุ่มเยาวชนที่อยู่นอกสถาบันการศึกษา กลุ่มเยาวชนที่ขาดโอกาสทางการศึกษา ได้เรียนรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกต้อง ผ่านการเรียนรู้

อย่างมีปฏิสัมพันธ์ด้วยเว็บ (Web-based Interactive Learning Environment) การศึกษาผ่านเว็บ (Web-based Education) การนำเสนออัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับยาเสพติดผ่านเว็บ (Web-based Multimedia Presentations) และช่วยให้กลุ่มเยาวชนที่อยู่นอกสถาบันการศึกษา ได้มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Education Aid) ในทิศทางบวกมากขึ้น เพื่อสร้างโอกาสให้มีกิจกรรมให้เพื่อนชวนเพื่อนไม่ให้ออกชกชวนให้ลองเสพยาเสพติด

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน/หมู่บ้าน เพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มเยาวชนที่อยู่นอกสถาบันการศึกษา กลุ่มเยาวชนที่ขาดโอกาสทางการศึกษา ได้เข้าสู่อการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกต้อง ผ่านการเรียนรู้อย่างมีปฏิสัมพันธ์ด้วยเว็บ การศึกษาผ่านเว็บ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมให้กับตนเอง

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเข้าค่ายอบรมด้านภัยยาเสพติด ควรรักษามาตรฐานการสร้างการรับรู้เรื่องยาเสพติดและพัฒนารูปแบบการสร้างการรับรู้เรื่องยาเสพติดแก่วัยรุ่นในระหว่าง การเข้าค่ายอบรมด้านภัยยาเสพติดให้มีคุณภาพมากขึ้นเรื่อยๆ

2.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการแผนงานและมอบหมายให้ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เป็นผู้

ติดตามประเมินพฤติกรรมวัยรุ่นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
เนื่อง ภายหลังการเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู

หน่วยงานทางการศึกษาควรเน้นนวัตกรรม
สื่อการเรียนการสอนให้รู้เท่าทันสารเสพติด
พร้อมทั้งแนะแนวทางวิธีการป้องกันและแนวทาง
ในการลด ละ เลิกสิ่งเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม

หน่วยงานที่รับผิดชอบระบบการบำบัดฟื้นฟู
ทั้งโดยสมัครใจ บังคับและต้องโทษคดียาเสพติด
ควรสอดแทรกความรู้ สร้างความเข้าใจ สร้าง
ภูมิคุ้มกันทางสังคม จัดกระบวนการเรียนรู้ให้
สามารถปรับตัวที่จะอยู่ในบริบทและสิ่งแวดล้อม
ทางสังคมเมื่อกลับคืนถิ่น อันเป็นที่พึงอาศัยแต่
ดั้งเดิมได้ เพื่อที่จะหาวิธีการป้องกันและแนวทาง
ในการลด ละ เลิก สิ่งเสพติดให้ได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามปัญหา ยาเสพติด. ประวัติยาเสพติด. [สืบค้น 22 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oncb.go.th/2554>.
2. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุดรธานี (ศอ.ปส.จ). [สืบค้น 25 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.udon-nccd.com/re3.php/2560>
3. สำนักนายกรัฐมนตรี. ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะ ยาเสพติด. 9 กันยายน 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2554.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2543.
5. จินตนา ศรีธรรมมา และกิตติมา ก้านจักร. การรณรงค์ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ระดับมัธยมศึกษา จังหวัด ขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น. วารสารวิชาการเสพติด. 2557; 2(1): 31-47.
6. สุกุม่า แสงเดือนฉายและคณะ. คุณลักษณะ และอาชีพ ของผู้ใช้สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบำบัด และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสาร วิชาการเสพติด. 2557; 2(1): 16-30.
7. สังคม ศุภรัตน์กุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อน จังหวัดปลอดบุหรี่ วารสารนานาชาติ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558; 5 (2): 103-114.
8. สังคม ศุภรัตน์กุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การทะเลาะวิวาทของเด็กวัยรุ่น จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารช่อพะยอม. 2556; (24): 151-162.
9. ชวิศา หนูคง. การเปิดรับการสื่อสาร ทักษะคิด ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. คณะวิทยาการจัดการ. ยะลา: สถาบันราชภัฏยะลา; 2554.
10. นवलพร ยंत्रรอด. ทักษะของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนต้นที่มีต่อปัจจัยและวิธีการในการป้องกันตนเองไม่ให้ ใช้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
11. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุดรธานี (ศอ.ปส.จ). [สืบค้น 25 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.udon-nccd.com/re3.php/2560>
12. รำไพ ไชยพาลี. เจตคติต่อยาเสพติดและการป้องกัน ตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัด สำนักงานการประถมศึกษา อำเภอเมืองร้อยเอ็ด; 2546.
13. ศศิประภา สุขแจ่ม. พฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติด ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นขององค์การบริหาร ส่วนตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสระแก้ว; 2551: 69-76.
14. พรภักดิ์ พานพิศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ปัญหายาเสพติดของนักศึกษาการศึกษานอกระบบ ของศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอพระประแดง จังหวัด สมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาสังคมศาสตร์ เพื่อการพัฒนา. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี; 2552.

15. แดงต้อย ชยสุทธิโสภณ. พฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้า
ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคลในกรุงเทพมหานคร.
(ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). ภาควิชา
สุขศึกษา. คณะบัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่มีต่อ ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

พิชศาล พันธุ์วัฒนา ปร.ด.

โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

Abstracts The Opinion of Working Age Smoker to Influence Pictorial Warnings on Cigarette Packs Phanwattana P

Royal Police Cadet Academy

The purposes of this research were to study the opinion of working age smoker about knowledge, believe and mental with to pictorial warnings on cigarette packs. This study was conducted applying 2 research methodologies (quantitative & qualitative). quantitative approach, questionnaire were used to collect data from 116 of working age smoker. The data was analyzed, using descriptive statistics. To the qualitative approach, in-depth interview, structured observation and memos was conducted with working age smoker. The results indicated that the working age smoker in Bangkok district had a knowledge and believe pictorial warnings on cigarette packs and influence to the mental of working age smoker.

Keywords: The opinion, Smoker, Pictorial warnings on cigarette packs

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานด้านความรู้ ความเชื่อ และจิตใจที่มีต่อค่าเตือนบนซองบุหรี่ ใช้แนวทางการวิจัยแบบผสม ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานในพื้นที่บางกะปิจำนวน 116 ราย เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีโครงสร้าง การบันทึกสนทนา และการบันทึกความจำ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการส่งคนไปเก็บข้อมูล จากคนเดียวกันใหม่และตรวจสอบข้อมูลในส่วนต่างๆ ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ วิเคราะห์ข้อมูล ปริมาณใช้สถิติพรรณนาโดยใช้ค่าอัตราส่วนร้อยละ เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูบบุหรี่วัยทำงานในเขตบางกะปิส่วนใหญ่มีความรู้และเชื่อในคำเตือนบนซองบุหรี่ ซึ่ง คำเตือนเหล่านี้มีผลต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่

คำสำคัญ: ความคิดเห็น ผู้สูบบุหรี่ คำเตือนบนซองบุหรี่

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดอย่างอ่อนที่ถูกต้องตามกฎหมายของประเทศไทยแต่เป็นภัยร้ายที่ทำให้ประชาชนในประเทศเสียชีวิตมากกว่าปีละ 42,000 คน การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดต้นทุนแก่ผู้สูบ สังคม และรัฐบาลในรูปของค่าบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ที่สูญเสียไปจากการขาดงานของผู้สูบบุหรี่ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เงิน เวลา และแรงงานที่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ต้องสูญเสียเพื่อดูแลรักษา ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เงินออกนอกประเทศ และอีกมากมาย¹ ภาครัฐตระหนักถึงภัยร้ายดังกล่าวจึงได้ดำเนินมาตรการเพื่อลดการสูบบุหรี่ของประชาชนด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ (1) แบบบังคับใช้ด้วยกฎหมาย เช่น นโยบายทางด้านภาษี นโยบายควบคุมการลักลอบนำเข้า

บุหรี่หนีภาษี นโยบายห้ามโฆษณา นโยบายที่เกี่ยวกับแบบซองและคำเตือนต่างๆ และ (2) แบบสมัครใจ เช่น การให้การศึกษา การรณรงค์และสนับสนุนให้คนเลิกสูบบุหรี่ และรวมถึงการจัดตั้งองค์กรอิสระต่างๆ ที่ส่งเสริมการงดสูบบุหรี่ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)² มาตรการของประเทศไทยทั้งหลายเหล่านี้เป็นแนวทางปฏิบัติตามข้อตกลง FCTC³ แต่มีอาจปฏิเสธว่ามาตรการที่มุ่งหวังให้ประชาชนงดหรือลดการสูบบุหรี่ยังไม่ได้ผลสำเร็จมากเท่าใดนัก ประชากรในประเทศอีกจำนวนมากยังคงสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรเพศชายที่อยู่วัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี⁴ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรตั้งแต่อายุ 25 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ อัตราการสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศและอายุ

กลุ่มเพศ / อายุ		ผู้สูบบุหรี่ในรอบปีที่แล้ว			
		รวม	สูบประจำ	สูบนานๆ ครั้ง	อัตราการสูบ
เพศ	ชาย	10,746.8	9,490.0	1,256.8	40.5
	หญิง	616.6	512.5	104.1	2.2
อายุ	25-59 ปี	8,290.2	7,368.3	921.9	23.5
	60 ปีขึ้นไป	1659.5	1,526.6	132.9	16.6

หมายเหตุ: อัตราการสูบของประชากรหมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในแต่ละเพศและอายุ⁴ และ หน่วย : พันคน

ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นมาตรการหนึ่ง ที่มุ่งหวังลดประชากรที่สูบบุหรี่ โดยช่วยให้ข้อมูลแก่ผู้สูบให้ตระหนักถึงภัยที่มีต่อสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดความคิดหยุดสูบบุหรี่ ข้อดีของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่สามารถเผยแพร่ข้อมูลให้รับรู้กันได้ทั่วไป รวมทั้งผู้สูบบุหรี่ที่อ่านหนังสือไม่ออก ก็สามารถเข้าใจความหมายของภาพได้⁵ ซึ่งประเทศไทยเริ่มใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2548 เป็นลำดับ 2 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเพื่อกำหนดให้มีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่เป็นภาพ 4 สี จำนวน 6 ภาพ และเพิ่มอีก 4 ภาพ รวมเป็น 10 ภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งเพิ่มขนาดของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ให้มีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 จวบจนปัจจุบัน

ขนาดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เพิ่มอีกร้อยละ 30 เป็นภาพคำเตือนที่มีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ของด้านที่มีพื้นที่มากที่สุดอย่างน้อย 2 ด้านของซองบุหรี่⁶ ซึ่งจัดว่าเป็นขนาดภาพคำเตือนที่ใหญ่เป็นอันดับสองของโลก โดยประเทศ 5 อันดับแรกของโลกประกอบด้วย (1) เนปาล (ร้อยละ 90) (2) ไทย (ร้อยละ 85) (3) ออสเตรเลีย (ร้อยละ 82.5) อูรุกวัย และศรีลังกา (ร้อยละ 80) เป็นอันดับ 4-5⁷



ภาพที่ 1 ตัวอย่างภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ในประเทศ

ผลของการบังคับใช้ภาพคำเตือนที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย หรือไต้หวัน พบว่า ภาพคำเตือนช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่² ยิ่งถ้าขนาดภาพคำเตือนที่ใหญ่ขึ้นก็จะได้ผลดีขึ้นเท่านั้น³ ในงานวิจัยพบว่า ภาพคำเตือนมักได้ผลดีต่อผู้สูบบุหรี่หรือผู้ที่คิดสูบบุหรี่ที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ซึ่งการใช้ภาพคำเตือนจะได้ผลที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย⁹ ส่วนการศึกษาผู้สูบบุหรี่วัยทำงานในประเทศแคนาดาพบว่าภาพคำเตือนมีผลต่อพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ไม่ว่าจะภาพเล็กหรือภาพใหญ่¹⁰ ทั้งนี้งานวิจัยชิ้นใหม่ระบุว่าภาพคำเตือนที่โดดเด่นจะมีผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่ที่ระดับการศึกษาของผู้สูบบุหรี่เป็นสำคัญ¹¹ แต่ภาพคำเตือนดูเหมือนจะไม่เป็นผลสำเร็จเนื่องจากอัตราการเข้าออกโรงพยาบาลของผู้สูบบุหรี่ไม่ลดลง

จากแต่เดิมเท่าใดนัก อย่างไรก็ตามนโยบายภาครัฐที่พยายามควบคุมพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของประชาชนในประเทศจำเป็นต้องดำเนินสืบหน้าต่อไป¹² ควบคู่กับการออกมาตรการอื่นเพื่อลดหรือชะลอการสูบบุหรี่ของผู้บริโภค ซึ่งปัจจัยที่มีผลทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงได้ผลเป็นรูปธรรมคือนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะต่างๆ รวมทั้งการเพิ่มราคาของบุหรี่ขายปลีก¹³

ขณะที่ผลของการบังคับใช้ภาพคำเตือนที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประเทศไทย จากงานวิจัยพบว่าการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีขนาด 85% ทำให้นักเรียนจดจำภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ได้จำนวนภาพมากกว่าการเห็นภาพขนาด 55%⁵ อย่างไรก็ตามการใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ยังมีผลต่อการช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่น้อยมาก และได้ผลดีกับเฉพาะกลุ่ม

วัยรุ่นและคนชราเท่านั้น ขณะที่ราคาบุหรี่ยาสูบที่เพิ่มขึ้นกลับมีผลช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่านโยบายภาษาคำเดือนบนซองบุหรี่ยังได้ผลดีกว่าในกลุ่มคนในชนบทเมื่อเทียบกับกลุ่มคนในเมืองแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาหรือการอ่านออกเขียนได้เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อประสิทธิผลของการใช้นโยบายภาษาคำเดือนบนซองบุหรี่ย²

งานวิจัยนี้เป็นเรื่องเฉพาะภาษาคำเดือนบนซองบุหรี่ยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรคุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ความคิดเห็นด้านความรู้ ระดับความเชื่อ และผลต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงาน ซึ่งตัวแปรคุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลเป็นตัวแปรพื้นฐานที่มีคุณสมบัติเปลี่ยนแปลงได้ยากและพบในงานวิจัยได้ทั่วไป^{8,10} แต่การคัดเลือกปัจจัยมาใช้วิเคราะห์ในแต่ละงานย่อมมีความแตกต่างกันตามความต้องการหาข้อค้นพบซึ่งจำต้องพิจารณารายละเอียดเป็นรายกรณี สำหรับงานวิจัยนี้ใช้เรื่องของ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ สถานภาพ การศึกษา สถาน ที่พักอาศัย รายได้ต่อเดือน เนื่องจากพิจารณาเห็นความเหมาะสมโดยมีนักการศึกษาในอดีตต่างเคยศึกษา^{5,11} ผู้วิจัยมุ่งศึกษาความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่มีต่อภาษาคำเดือนบนซองบุหรี่ยต่างๆ ตาม (1) ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ระบุว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี⁴ และ (2) ข้อมูลภาษาคำเดือนของกระทรวงสาธารณสุขที่ออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเดือนเกี่ยวกับพิษภัยฯ ในราชกิจจานุเบกษา⁶ มุ่งหวังได้ข้อมูล

ที่ต้องการ ตรงตามสภาพแห่งความจริง เพื่อนำข้อมูลนี้ไปใช้เผยแพร่เป็นความรู้แก่นักการศึกษา นักวิจัย ผู้ที่เกี่ยวข้อง บุคคลทั่วไปที่สนใจ และใช้เป็นแหล่งอ้างอิงสืบค้นข้อมูลเพื่อต่อยอดความรู้ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาขึ้นในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานด้านความรู้ ความเชื่อ และจิตใจที่มีต่อภาษาคำเดือนบนซองบุหรี่ย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาใช้ทั้งแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพและแนวทางการวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กัน (Mixed Method) เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่มีลักษณะการเกี่ยวเนื่องกันของข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในพื้นที่เขตบางกะปิ สัมภาษณ์เจาะลึกจนกระทั่งข้อมูลเกิดการอิ่มตัวจำนวน 14 ราย¹⁴

การวิจัยเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในพื้นที่เขตบางกะปิจำนวน 116 ราย คำนวณจากตารางสำเร็จรูปของเคอซีและมอแกน¹⁵ จากประชากรจำนวน 45,780 คน¹⁶ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นกลุ่มคนผู้สูบบุหรี่ 2) มีอายุระหว่าง 25-59 ปี และ 3) อาศัยในพื้นที่เขตบางกะปิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์
เจาะลึก (In-Depth Interview) ให้ผู้ทรง คุณวุฒิ
ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content
Validity) และนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม
ผู้สุ่มหรือ จำนวน 30 คน นำมาทดสอบความสอดคล้อง
ภายใน (Internal consistency) โดยพิจารณา
ค่าสัมประสิทธิ์ $>.80$ ขึ้นไป และหาค่าความเชื่อมั่น
ได้เท่ากับ 0.81

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ทฤษฎี
ติดพื้นที่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตมี
โครงสร้าง และบันทึกความจำ ซึ่งผู้วิจัยตั้งใจ
ใช้หลากหลายวิธีแบบที่เรียกว่าพหุวิธีเพื่อใช้
การยืนยันข้อค้นพบ ว่ามีความถูกต้องและตรวจสอบ
ความเชื่อถือได้ของข้อมูลข้อสนเทศที่ได้ภายใต้
ความหลากหลาย วิธี การจัดเก็บข้อมูลคำนึงถึง
ความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสองข้อ
เป็นสำคัญ¹⁷ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากกลุ่ม
ตัวอย่างใช้การเก็บจากแบบสอบถาม โดยสร้าง
คำถามเป็นข้อความเข้าใจง่ายไม่สลับซับซ้อนให้
ผู้ตอบเกิดข้อสงสัยในข้อความ คำถามมีการ

แบ่งคำถามเป็นหมวดหมู่ตามที่ศึกษาเพื่อ ให้เกิด
ความสะดวก ครอบคลุมทุกประเด็นของการศึกษา

ทั้งนี้ในการศึกษาผู้วิจัยต้องมีปฏิสัมพันธ์
โดยตรงกับบุคคล เช่น ขณะทำการสัมภาษณ์
เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ยึดหลักจริยธรรมการทำวิจัย
กับคน (belmont report) ที่มี 3 ประการ
เป็นสำคัญ ประกอบด้วย (1) หลักความเคารพ
ในบุคคล โดยเคารพความเป็นส่วนตัว รักษาความลับ
ของข้อมูลส่วนตัวประชากรเป้าหมาย และให้
ประชากรเป้าหมายได้ตัดสินใจที่จะให้หรือไม่ให้
ข้อมูลอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่หรือบังคับ
(2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย โดยได้ประเมิน
ความเสี่ยงหรืออันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดจาก
การวิจัยได้แก่ อันตรายต่อร่างกาย จิตใจ สถานะ
ทางสังคม และการได้ความรู้ นำไปใช้เป็นประโยชน์
ได้ในอนาคต และ (3) หลักความยุติธรรม โดยใช้
เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกชัดเจน ไม่มีอคติ
คำนึงถึงการกระจายประโยชน์และความเสี่ยง
อย่างเท่าเทียมกันโดยวิธีการสุ่ม¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis) ส่วนการวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้จำนวนร้อยละ

ผล

ตารางที่ 2 คุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิ (n=116)

	รายการที่ใช้วัด	อัตราส่วนร้อยละ
เพศ	ชาย	83.8
อายุ	25-34 ปี	17.4
	35-44 ปี	30.3
	45-54 ปี	38.7
	55 ปีขึ้นไป	13.6
	การศึกษา	มัธยมหรือเทียบเท่า
	ปริญญาตรี	54.1
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	28.6
ประสบการณ์สูบบุหรี่	ไม่เกิน 5 ปี	12.3
	5-10 ปี	27.1
	11-15 ปี	32.5
	16-20 ปี	11.7
	มากกว่า 20 ปี	16.4
สถานภาพ	โสด	38.6
	สมรส	49.7
	หย่า/ม้าย	11.7
สภาพการพักอาศัย	คนเดียว	40.4
	ครอบครัวเดี่ยว	47.6
	ครอบครัวขยาย	12.0
อาชีพ	พนักงานเอกชน	30.3
	พนักงานภาครัฐ/เจ้าหน้าที่รัฐ	11.7
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	36.2
	ลูกจ้างรายวัน	14.7
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้านแม่บ้าน	7.1
รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า 10,000 บาท	3.7
	10,000-20,000 บาท	23.4
	20,001-30,000 บาท	31.4
	30,001-40,000 บาท	26.0
	40,001-50,000 บาท	6.2

จากตารางที่ 2 พบว่าสภาพทั่วไปของประชากรเป้าหมายหรือผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิส่วนใหญ่ผ่านประสบการณ์ในการสูบบุหรี่มา 11-15 ปี เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 44-54 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีสถานภาพสมรส อาศัยในครอบครัวเดี่ยว ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 30,001-40,000 บาท

ส่วนประชากรเป้าหมายหรือผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิมีความคิดเห็น

ต่อภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นอย่างไร ผลที่ได้ปรากฏในตารางที่ 3 ซึ่งพบว่าในภาพรวมตามความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิส่วนใหญ่มีความเห็นในด้านความรู้เกี่ยวกับคำเตือนบนซองบุหรี่ที่เป็นความรู้เดิมที่รู้อยู่แล้วไล่เรียงสามลำดับแรกได้แก่ สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด สูบบุหรี่ในบ้านทำร้ายครอบครัวและสูบลแล้วทรมานจนตายจากถุงลมพอง ส่วนที่เป็นความรู้เดิมลำดับท้ายได้แก่ สูบบุหรี่ทำให้เซ็กซ์เสื่อม (53.8)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิ

รายการที่ใช้วัด	ความรู้		ระดับความเชื่อ (คำเตือน)			ผลต่อจิตใจ (ภาพ)		
	เดิม	ใหม่	น้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่มี	มี	มีมาก
	%	%						
คว้นบุหรี่ฆ่าเด็กได้	76.0	24.0	19.6	44.3	36.1	12.0	57.7	30.3
คว้นบุหรี่มีสารยาเบื่อหนู	41.7	58.3	40.2	52.8	7.0	16.2	42.4	41.4
คว้นบุหรี่มีสารยาตองศพ	22.6	77.4	37.3	42.6	20.1	4.8	38.8	56.4
สูบบุหรี่ทำให้เซ็กซ์เสื่อม	53.8	46.2	17.4	46.2	36.4	7.3	19.0	73.7
สูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก	78.1	21.9	13.3	42.3	44.4	9.7	61.7	28.6
สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับ	24.4	75.6	56.2	40.3	3.5	45.4	32.9	21.7
สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งกล่องเสียง	72.4	27.6	22.5	44.7	32.8	21.0	48.7	30.3
สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปาก	47.3	52.7	36.9	43.5	19.6	27.7	37.7	34.6
สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด	91.5	8.5	-	13.7	86.3	15.7	37.8	46.5
สูบบุหรี่ทำให้หัวใจวาย	63.4	36.6	15.3	36.4	48.3	12.0	56.8	31.2
สูบบุหรี่ทำให้เท้าเน่า	7.1	92.9	60.4	32.5	7.1	58.6	20.7	20.7
สูบบุหรี่ในบ้านทำร้ายครอบครัว	87.0	13.0	25.0	54.3	20.7	12.0	62.4	25.6

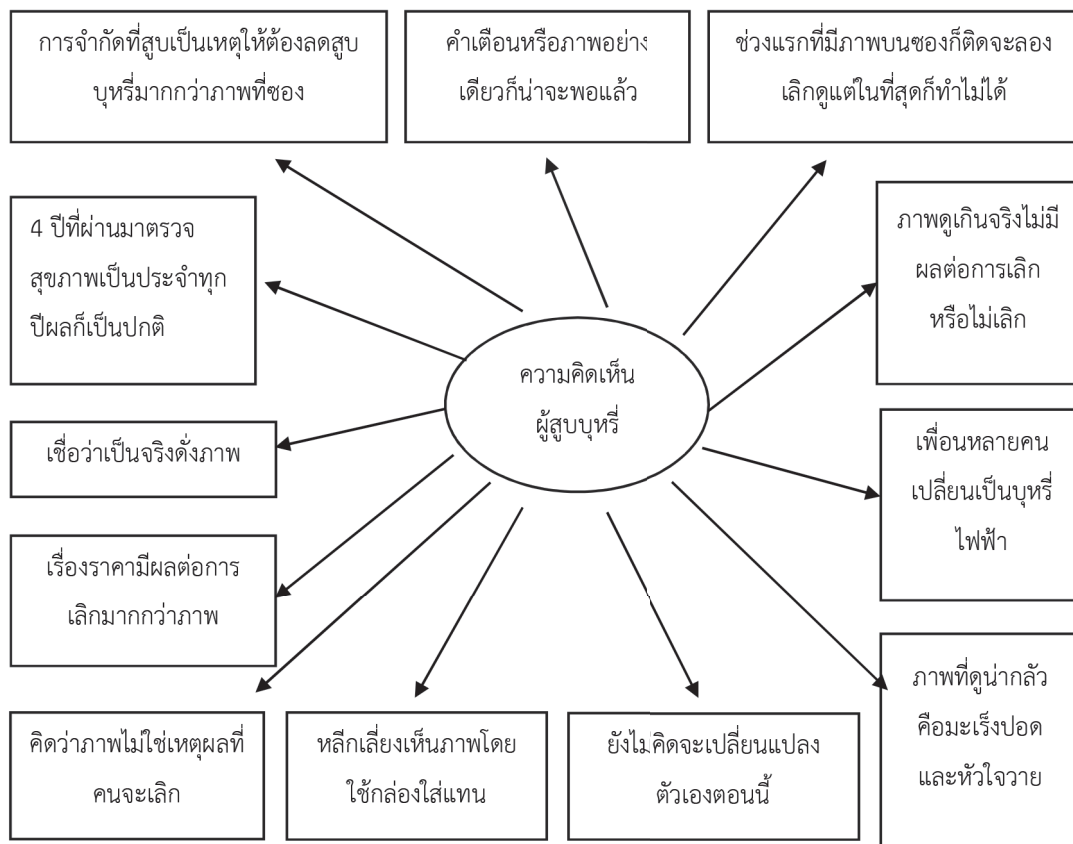
ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในเขต
บางกะปิ (ต่อ)

รายการที่ใช้วัด	ความรู้		ระดับความเชื่อ (คำเตือน)			ผลต่อจิตใจ (ภาพ)		
	เดิม	ใหม่	น้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่มี	มี	มีมาก
	%	%						
สูบแล้วปากเหม็นบุหรี่	75.8	24.2	16.1	48.7	35.2	16.7	54.5	28.8
สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพอง	82.6	17.4	-	35.2	64.8	7.1	32.6	60.3
นิโคตินในบุหรี่ใช้ทำลายฆ่าแมลง	14.3	85.7	26.7	51.6	21.7	14.9	37.7	4.74
มีสารพิษ 250 ชนิดในบุหรี่	27.5	72.5	25.3	57.4	17.3	11.4	30.3	58.3
อยากเลิกต้องไม่สูบบุหรี่ที่บ้าน	36.7	63.3	37.6	54.2	8.2	48.4	29.0	22.6
เป็นวัณโรคง่ายถ้าสูบบุหรี่	28.8	71.2	26.6	57.0	16.4	16.3	51.2	32.5
140 คนต่อวันคนไทยตายจากบุหรี่	11.7	87.3	7.1	64.6	28.3	14.0	41.7	44.3
พ่อแม่สูบลูกเลียนแบบ	62.0	38.0	10.0	53.7	36.3	43.6	28.7	27.7

ภาพรวมทั้งหมดด้านความรู้ของผู้สูบบุหรี่อยู่ในระดับเท่ากันกล่าวคือ เป็นความรู้เดิม 10 คำเตือนและเป็นความรู้ใหม่ 10 คำเตือนในด้านความเชื่อตามความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิที่เชื่อมากสามลำดับแรก ได้แก่ สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพอง สูบบุหรี่ทำให้หัวใจวาย และพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความเชื่อระดับปานกลางและมากเกือบทุกเรื่อง เว้นแต่สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับ (56.2) และสูบบุหรี่ทำให้ทำเนา (60.4) ที่ผู้สูบบุหรี่มากกว่าครึ่งไม่เชื่อหรือเชื่อคำเตือนบนซองบุหรือน้อย ซึ่งภาพรวมทั้งหมดของผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อต่อคำเตือนบนซองบุหรี่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง และในด้านภาพที่ปรากฏ

บนซองต่อการมีผลทางจิตใจของผู้สูบบุหรี่พบว่า ภาพมีผลทางจิตใจต่อผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ โดยภาพที่มีผลทางจิตใจมากที่สุด ได้แก่ ภาพสูบบุหรี่ทำให้เช็สเสื่อม (73.7) รองลงมาอีก 2 ลำดับคือ สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพองและมีสารพิษ 250 ชนิดในควันบุหรี่ตามลำดับ (60.3, 58.3) ต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับภาพสูบบุหรี่ทำให้ทำเนา (58.6) ที่ไม่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่

ทั้งนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อาศัยในพื้นที่บางกะปิ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี รู้ถึงพิษภัยของบุหรีก่อนมีภาพบนซองบุหรี มีความคิดเห็นดังภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 ความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ที่มีต่อคำเตือนบนซองบุหรี่

หมายเหตุ: ข้อความ “เชื่อว่าเป็นจริงดังภาพ” ผู้สูบบุหรี่กล่าวตรงกัน 3 ราย

จากภาพ 2 ความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ที่สรุปประเด็นพบว่า ผู้สูบบุหรี่วัยทำงานที่อายุระหว่าง 44-54 ปี อาศัยในพื้นที่เขตบางกะปิ ส่วนใหญ่มีความเชื่อในภาพของซองบุหรี่แต่ที่แต่ละคนยังไม่เลิกสูบบุหรี่เพราะมีเหตุผลต่างกัน ซึ่งผู้สูบบุหรี่ 6 รายที่กล่าว (1) คำเตือนหรือภาพอย่างเดียวก็น่าจะพอแล้ว (2) ช่วงแรกที่มีภาพบนซองก็คิดจะลองเลิกดูแต่ในที่สุดก็ทำไม่ได้ (3) ภาพที่ดูน่ากลัวได้แก่ มะเร็งปอดและหัวใจวาย (4) เพื่อนหลายคนเปลี่ยนเป็นบุหรี่ไฟฟ้า (5) หลีกเลี่ยงเห็นภาพโดยใช้

กล่องใส่แทน และ (6) เชื่อว่าเป็นจริงดังภาพ สื่อความหมายที่ดีความได้ว่า ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีผลต่อจิตใจพอสมควร ต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับผู้สูบบุหรี่ที่กล่าวว่า (1) ภาพดูเกินจริงไม่มีผลต่อการเลิกหรือไม่เลิก (2) ยังไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงตัวเองในตอนนี้ (3) คิดว่าภาพไม่ใช่เหตุผลที่คนจะเลิก (4) 4 ปีที่ผ่านมาตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีซึ่งผลก็เป็นปกติดีจึงยังไม่คิดจะเลิก (5) การจำกัดที่สูบเป็นเหตุให้ต้องลดสูบบุหรี่มากกว่าภาพที่ซอง และ (6) เรื่องราคามีผลต่อการเลิกมากกว่าภาพ

สื่อความหมายที่ดีความได้ว่าภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ในสัดส่วนที่ไม่ห่างกันมากนัก (8:6) ทั้งนี้จากตาราง ไม่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้ ที่ 3 สามารถสรุปความรู้ ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง จึงสามารถสรุปความข้อมูลนี้ทั้งหมดได้ว่า ภาพ ได้ดังนี้ คำเตือนบนซองบุหรี่มีผลต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่

ตารางที่ 4 สรุปความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานที่อาศัยในเขตบางกะปิ (n=116)

รายการ	ความคิดเห็นลำดับ 1-3 ตามความคิดของผู้สูบบุหรี่วัยทำงานฯ
ความรู้เดิม (รู้อยู่แล้ว)	1. สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด 2. สูบบุหรี่ในบ้านทำร้ายครอบครัว 3. สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพอง
ความรู้ใหม่ (เพิ่งรู้จากคำเตือน)	1. สูบบุหรี่ทำให้เท่าเนา 2. 140 คน ต่อวันคนไทยตายจากบุหรี่ 3. นิโคตินในบุหรี่ใช้ทำลายฆ่าแมลง
ความเชื่อมาก	1. สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด 2. สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพอง 3. สูบบุหรี่ทำให้หัวใจวาย
ความเชื่อน้อย	1. สูบบุหรี่ทำให้เท่าเนา 2. สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับ 3. ควันบุหรี่มีสารยาเบื่อหนู
ผลต่อจิตใจมาก	1. สูบบุหรี่ทำให้เช็กส์เสื่อม 2. สูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมพอง 3. ควันบุหรี่มีสารยาตองศพ
ไม่มีผลต่อจิตใจ	1. สูบบุหรี่ทำให้เท่าเนา 2. อยากเลิกต้องไม่สูบในบ้าน 3. สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับ

วิจารณ์

ในภาพรวมทั้งหมดพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอดเป็นเรื่องเดิมที่ผู้สูบบุหรี่รู้อยู่แล้ว อีกทั้งมีความเชื่อมาก ต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้เท่าเนาที่เป็นความรู้ใหม่ที่ทราบจากคำเตือนบนซองบุหรี่ ซึ่งไม่มีผลต่อจิตใจของผู้สูบแต่อย่างใด อาจเป็นเพราะผู้สูบบุหรี่ไม่เชื่อว่า จะเกิดอาการเท่าเนาหากสูบบุหรี่ อีกทั้งผู้สูบบุหรี่เชื่อมากกว่าสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งปอด สอดคล้องกับผลที่มีต่อจิตใจในลำดับรองว่าสูบแล้วทรมาณจนตายจากถุงลมโป่งพอง ในเรื่องนี้เป็นไป

ได้ที่ภาครัฐและหน่วยงานต่างๆ ได้มีการประชาสัมพันธ์กันล้มหลามและเป็นเวลานานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง จึงทำให้ติดตรึงใจของบรรดาผู้สูบก็น่าจะเป็นได้ ซึ่งหากตรงกับความคิดเห็นแสดงว่า การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ต้องใช้ระยะเวลาซึ่งต้องมากพอที่จะทำให้ประชาชนคนไทยเกิดความเชื่อถือนในข้อมูลที่สื่อออกไป ไม่สามารถกำหนดได้เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจของบุคคล¹⁹ ส่วนเรื่องที่มีผลต่อจิตใจมากของผู้สูบบุหรี่วัยทำงานในเขตบางกะปิ คือ การสูบบุหรี่ทำให้เช็กส์เสื่อมเรื่องทำนองนี้

คิดเห็นตรงกับเด็กเยาวชน^{20,21} ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าประหลาดใจว่า ภาพในเรื่องนี้ไม่สร้างความน่ากลัวหวาดวิตกกังวลแต่อย่างใด เป็นแค่เพียงภาพนิ้วชี้และนิ้วกลางที่คีบบุหรี่ไว้เพียงเท่านั้น (ภาพที่ 1) ควรศึกษาประเด็นนี้ในเชิงลึกต่อไปว่าเพราะเหตุใดจึงมีผลต่อจิตใจต่อผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ซึ่งหากได้ข้อค้นพบก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ในอนาคตก็เป็นได้

อย่างไรก็ดีประเด็นเชิงศีลธรรม สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้สูบบุหรี่ โดยผู้สูบบุหรี่รายหนึ่งกล่าวว่า ภาพการสูบบุหรี่ทำให้เชิงศีลธรรมมีผลต่อจิตใจมาก เมื่อสอบถามว่าเพราะเหตุใดก็ไม่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นเชิงสาระวิชาการ เพียงแต่กล่าวว่า “พ้ออายุมากแล้ว” เมื่อวิเคราะห์ประเด็นนี้จึงมีความเห็นส่วนตัวว่ากรณีมีผลต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่รายนี้มีแนวโน้มที่จะเป็นการสื่อด้วยข้อความมากกว่าสื่อด้วยรูปภาพ ด้วยเหตุผลว่ารูปภาพเป็นดั่งที่กล่าวไว้ข้างต้นซึ่งไม่น่าจะเกิดผลกระทบต่อจิตใจแต่อย่างใด ทั้งนี้เรื่องของผู้สูบบุหรี่ที่มีความเชื่อที่น้อยใน 3 ลำดับแรก และเรื่องที่ไม่มีผลต่อจิตใจ 3 ลำดับแรก มีรายละเอียดที่ได้จากผู้สูบบุหรี่ที่ให้สัมภาษณ์ตามตัวอย่างพอสังเขปดังนี้

ประเด็นสูบบุหรี่ทำให้ทำเนา สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับ และควันบุหรี่มีสารเบื่อหนูได้ข้อมูลจากผู้สูบบุหรี่ว่าทั้ง 3 ประเด็นนี้ไม่ตรงกับความคิดของตน ซึ่งตนเห็นว่าไม่เกี่ยวข้องกับข้อสงสัยเกี่ยวกับการที่สูบบุหรี่แล้วทำให้ทำเนา ส่วนสูบแล้วเป็นมะเร็งตับก็ไม่เห็นด้วยเนื่องจากคิดว่าสาเหตุของมะเร็งตับที่สำคัญเกิดจากการดื่มสุรามากกว่าเรื่องการสูบบุหรี่ และควันมีสารยาเบื่อหนูก็คิดเห็น

ว่าไม่เป็นความจริงโดยทิ้งคำถามให้ว่าถ้าทุกโรงงานที่ผลิตบุหรี่ให้ผู้บริโภคผสมยาเบื่อหนูจริง ทำไมโรงงานทั้งหลายยังคงอยู่ได้จวบจนปัจจุบันนี้

ส่วนประเด็นที่สูบบุหรี่แล้วทำให้ทำเนาอยากเลิกต้องไม่สูบในบ้าน และสูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับที่เป็น 3 เรื่องลำดับแรกที่ไม่มีผลต่อจิตใจของผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ เพราะคิดเห็นว่าเรื่องทั้งสามประเด็นนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงจึงไม่มีผลต่อจิตใจ โดยให้เหตุผลในประเด็นอยากเลิกต้องไม่สูบบุหรี่ในบ้านว่าเป็นเพียงแค่เหตุผลมุมหนึ่งเท่านั้น และไม่เป็นความจริงด้วยเพราะตนเองขณะอยู่บ้านกับครอบครัวก็ไม่สูบบุหรี่ จะสูบบุหรี่เฉพาะอยู่ที่ทำงานหรือนอกบ้านแล้วทำไมไม่เห็นอยากเลิกสูบบุหรี่เลย และในประเด็นสูบบุหรี่แล้วทำให้ทำเนาทำเป็นมะเร็งตับตนไม่เชื่อถือในข้อมูลนัก จึงไม่มีผลใดๆ ที่จะมากระทบต่อจิตใจ

อย่างไรก็ดีทางเลือกใหม่กับการผลิตซองบุหรี่แบบเรียบ (ภาพที่ 2) ตามอนุสัญญาควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลกมาตรา 1129 แนะนำให้ประเทศต่างๆ ใช้ซองบุหรี่แบบเรียบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ เนื่องจากบริษัทบุหรี่พยายามออกแบบลวดลายสีสันซองเพื่อกลบเกลื่อนความเด่นชัดของภาพคำเตือน โดยประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส ฟินแลนด์ นิวซีแลนด์ และนอร์เวย์ใช้ในประเทศตนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว²² ขณะที่ประเทศไทยได้มีการรณรงค์ให้ใช้ซองบุหรี่เรียบเช่นกัน โดยมีคำขวัญประจำวันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม พ.ศ.2559 “ซองบุหรี่แบบเรียบ ลดภัยเงียบ ลดโรค” พร้อมผลักดันให้ออกกฎหมายเพื่อใช้แต่ยังไม่เกิดข้อสรุปเนื่องจากมีกรณีพิพาทกับบริษัทผลิตยาสูบ



ภาพที่ 3 ตัวอย่างของบุหรี่แบบเรียบ

สรุป

ข้อค้นพบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่วัยทำงานในเขตบางกะปิส่วนใหญ่มีความรู้และเชื่อในคำเตือนบนซองบุหรี่ ซึ่งคำเตือนเหล่านี้มีผลต่อจิตใจผู้สูบบุหรี่ ดังนั้นจึงเป็นการดีหากภาครัฐรณรงค์ให้ลด ละ เลิกอย่างเข้มข้นและประชาสัมพันธ์ถึงภัยร้ายในรายละเอียดเชิงลึกกว่าปัจจุบัน ซึ่งเป็นการใช้หลักป้องปรามควบคู่กับการผลักดันกฎหมายบุหรี่ของเรียบดังเช่นหลายประเทศที่ปฏิบัติแล้วเชื่อว่าอัตราผู้สูบบุหรี่ในวัยทำงานมีแนวโน้มว่าจะลดลงได้ แต่ทั้งหมดนี้จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านอื่นๆ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลสำหรับกรณีของผู้สูบบุหรี่อีกส่วนหนึ่งไม่เชื่อถือในข้อความของคำเตือนบนซองบุหรี่ ได้แก่ สูบบุหรี่ทำให้ทำเนา สูบบุหรี่ทำให้เป็นมะเร็งตับ และคว้นบุหรี่มีสารยาเบื่อหนู ภาครัฐต้องเผยแพร่ความรู้ประเด็นทั้งสามนี้ให้เกิดความกระจ่างชัดเจน เชื่อว่าหากผู้สูบบุหรี่ได้รับความรู้ที่เป็นจริง มีการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล

มีแนวโน้มว่าผู้สูบบุหรี่จะเชื่อถือในข้อความของคำเตือนบนซองบุหรี่ทั้งสามเรื่องนี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยสำเร็จลุล่วงดี ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุขเกษม ที่มอบความรู้ด้านวิจัย ขอขอบคุณ พล.ต.อ.พรชัย พันธุ์วัฒนา บิดาที่มอบปัจจัยสีในการดำรงชีพ ขอขอบคุณ พล.ต.ท.ปิยะ อุทาโย ผู้บัญชาการโรงเรียนนายร้อยตำรวจ ในฐานะผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัดที่มอบเวลาให้ทำวิจัย ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้อำนาจใจ ขอขอบคุณประชากรเป้าหมายทุกท่านที่ให้ข้อมูล เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิประจำวารสารยาเสพติดที่ให้คำแนะนำแก้ไขงาน และขอขอบคุณวารสารยาเสพติดที่มอบพื้นที่ให้เผยแพร่ความรู้สู่สาธารณะ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการการวิจัยและพัฒนาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติและคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการดำเนินงานด้านการวิจัยร่วมกับสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. สรุปผลการสัมมนานำเสนอข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์ในกระบวนการนิติบัญญัติเรื่อง ข้อดี ข้อเสีย ในทางสังคมและเศรษฐกิจการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2558.
2. ภาณุทัต ลัษณะไชย. ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่ออัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์ปริทรรศน์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 9; 2558: 8-30.
3. World Health Organization. Plain packaging of tobacco products: Evidence, design and implementation. (serial online) 2016. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207478/1/9789241565226_eng.pdf.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหาร: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557; 2557.
5. ฉวีวรรณ เพ็งรักษา ธีราตล เก่งการพานิช มณฑา เก่งการพานิช และศรีณญา เบญจกุล. ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. Veridian E-Journal, Science and technology Silpakorn University 2; 2558: 1-12.
6. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการ แสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบในฉลากของบุหรี่ ซิกกาเรต พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 130 ตอนพิเศษ 45ง; 2556: 17-21.
7. ผู้จัดการออนไลน์. คุณภาพชีวิต: ภาพคำเตือนของ บุหรี่ เนปาลใหญ่ที่สุดในโลก ไทยรั้งอันดับ 2; 2558. [สืบค้น 15 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9580000122038>.
8. Thrasher, J.F., Rousuc, M.C., Hammond, D., Navarro, A., & Corrigan, J.R. Estimating the impact of pictorial health warnings and “plain” cigarette packaging: Evidence from experimental auctions among adult smokers in the United States. Health Policy 2011; 102:41-48.
9. Noar, S.M., Hall, M.G., Francis, D.B., Ribisl, K.M., Pepper, J.K., & Brewer, N.T. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. Tob Control 25, 341-354. (serial online) 2016. Available from <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/25/3/341.full.pdf>.
10. Environics Research Group. Consumer research on the size of health warning messages quantitative study of Canadian adult smokers. Prepared for Health Canada;

- Toronto, ON: Environics Research Group; 2008.
11. Shang, C., Huang, J., Cheng, K.W., He, Y., & Chaloupka, F.J. The Association between warning label requirements and cigarette smoking prevalence by education-findings from the global adult tobacco survey (GATS). *International journal of environmental research and public health* 14,98. (serial online) 2017 Available from file://C:/Users/Administrator.XHG 8GJAQDWTDTWZ/Downloads/ijerph-14-00098.pdf.
 12. Xu, X, Bishop, E.E., Kennedy, S.M., Simpson, S.A., & Pechacek, t.f. Annual healthcare spending attributable to cigarette smoking. *Am J Prev Med.* 2015; 48: 326-333.
 13. Stead, M., Moodie, C., Angus, K., Bauld, L., McNeill, A., Thomas, J., Hastings, G., Hinds, K., O'Mara-Eves, A., Kwan, I., Purves, R.I., & Bryce, S.L. October, 2013. Is consumer response to plain /standardised tobacco packaging consistent with framework convention on tobacco control guidelines? A systematic review of quantitative studies *PLOS One* 2016; 8: 1-10.
 14. สุขชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามลดา; 2555.
 15. Krejcie R.V., & Morgan D.W. Determining samplesize for research activities. *Educational & psychological measurement* 1970; 30: 607-610.
 16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สัมมะโนประชากรและเคหะ: ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำงาในรอบปีจำแนกตามหมวดอายุ กลุ่มอายุ และเพศ กรุงเทพมหานคร; 2553. [สืบค้น 22กุมภาพันธ์ 2560]. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsocenter/project/search_center/23project-th.htm
 17. Palinkas, L.A., Horwitz, S.M., Green, C.A., Wisdom, J.P., Duan, N., & Hoagwood, K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health* 2015; 42: 533-544.
 18. สำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. การวิจัยและหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์; 2559. [สืบค้น 28 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก www.ohrs.nrct.go.th/lms/upload/course1/lesson2/lessonpdf/Chapter2_Basic%20principle.pdf
 19. สุนิสา ถาวรวงศ์สกุล. ประสิทธิผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีต่ออารมณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
 20. ไทยรัฐออนไลน์. เขาวชนกกลัวภาพเช็กส์เสื่อมบนซองบุหรี่; 2559. [สืบค้น 19 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thairath.co.th/content/678168>.

21. คมชัดลึกออนไลน์. เผยภาพเตือนเช็กส์เสื่อม
บนซองบุหรี่เด็ก-เยาวชนกลัวที่สุด; 2559 [สืบค้น
19 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.komchadluek.com/news/edu-health/235953>

22. WHO Framework Convention on Tobacco
Control. FCTC. Guidelines for implementation.
(serial online) 2013 Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80510/1/15185_eng.pdf

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน (เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมจะตีพิมพ์ กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ วัตถุประสงค์ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ของผู้ย่อประกอบด้วย

7. จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ชี้ความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น พ.บ. (M.D) หรือ พย.บ. (B.N.)

บทคัดย่อ วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบย่อหรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรงพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมา ที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจน ให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก web site <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (Vol.): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. สุกุมมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณะ ชั่ววัลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19:29-41.

2. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. Can J Psychiatry. 2012; 57:677-86.

หากมีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่เพียงชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษ หรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ลิมบราเดอร์ การพิมพ์; 2545.
2. Beck. Aaron T. Cognitive Therapy Substance Abuse. New York : The Guilford Press; 1993.

หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิโรจน์ วีระชัย, อังกร ภัทรากกร, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, ลำซ่า ลักขณาภิชนซซ์, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. The social psychology of drug abuse. Philadelphia: Open University Press; 2001.

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก- หน้าสุดท้าย

1. ธวัชชัย ลีพนาจ. ระบาดวิทยาของโรค ติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร ทิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติด สารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบลู๊อก; 2549 หน้า 3-23.

2. Leshner, Alan I. Drug Addiction is a Disease. In: Roman, Espejo, editor. California: Greenhaven Press; 2002. p. 19-24.

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conferance Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Kimura J, Shibaski H, edtiors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. (ประเภทปริญญา). ภาควิชา. คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. จรรยา ลากศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
2. Silpakit C. A Staudy of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London: University of London ; 1998.

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์:
หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์.

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1) : [24 screens]. Available form : URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.
2. Hemodynamics III : the ups and downs of hemodynamics (computer program).Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

3. CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H.CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA; 1995.

7. อื่นๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.
2. พระราชบัญญัติว่าตฤออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 23 ง. (ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539.)

