

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
และผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยเก็บข้อมูล

รายชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยทักษิณ

รายชื่อผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยเก็บข้อมูล

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. นายพิทักษ์ สุริยะใจ | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ |
| 2. นางสมศรี ไชยมาภรณ์ | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน |
| 3. นางสาวนา นิลบรรพ์ | สถาบันัญญารักษ์ |
| 4. นายสาธิต สมศรี | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น |
| 5. นางสาวฐิติมา เจริญสุข | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี |
| 6. นางวนา พรหมมา | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คำชี้แจงและพิกัดสิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้านายธนรัตน์ พุทธชาติ นายแพทย์ 7 ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศดสงขลามีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดในสถานบำบัดรักษาเยสพิศด ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ติดยาเสพติดและนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเข้าร่วมโครงการโดยตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่านและท่านมีสิทธิยกเลิกเข้าร่วมการศึกษาเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและการรักษาเยสพิศดของท่าน ไม่มีการระบุชื่อในงานวิจัย และข้อความในแบบสอบถาม ในระหว่างการให้ข้อมูล หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามกระผมได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลของการวิจัยในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ข้าพเจ้ายินดีตอบข้อสงสัยหรือให้ติดต่อแพทย์ธนรัตน์ พุทธชาติ ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศดสงขลา (0-7446-7453)

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

.....

(นายธนรัตน์ พุทธชาติ)

นายแพทย์ 7

ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิศดสงขลา

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวข้างต้น โดยรายละเอียดและมีความเข้าใจ พร้อมทั้งยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

หลักฐานแสดงความสมัครใจโดยวาจา

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดในสถานบำบัดรักษายาเสพติด ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ลงชื่อสมัครใจ

ข้าพเจ้านายแพทย์ธนรัตน์ พุทธรชาติ ได้ให้ข้อมูลในรูปเอกสารจำนวน 1 หน้าและโดยวาจา แก่ผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและสิ่งที่คุณเข้าร่วมโครงการต้องปฏิบัติถ้าสมัครใจเข้าร่วม รวมถึงสิทธิที่คุณเข้าร่วมจะยกเลิก/ถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสิทธิและประโยชน์ที่คุณเข้าร่วมพึงจะได้รับ โดยข้าพเจ้าได้ให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสได้ซักถามจนเป็นที่เข้าใจ ก่อนที่คุณเข้าร่วมจะแสดงความสมัครใจโดยวาจา โดยมีพยานรับรู้ 2 ท่าน

ลงชื่อ.....(พยาน)

ลงชื่อ.....(พยาน)

**แบบสอบถามสภาพปัญหาของผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดในสถานบำบัดยาเสพติด ในสังกัดกรมการแพทย์**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งเป็น 7 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2 ประวัติการใช้สารเสพติด
- ตอนที่ 3 สภาพแวดล้อมด้านครอบครัว
- ตอนที่ 4 สภาพแวดล้อมด้านเพื่อน
- ตอนที่ 5 สภาพแวดล้อมด้านชุมชน
- ตอนที่ 6 ด้านความเชื่อ/จิตวิญญาณ
- ตอนที่ 7 ด้านทัศนคติต่อสารเสพติด

2. กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อตามคำอธิบายแต่ละตอน อย่างไรก็ตามถ้าท่านไม่สบายใจที่จะตอบคำถามในข้อใด ท่านสามารถที่จะไม่ตอบในคำถามข้อนั้นได้

หมายเหตุ ข้อมูลทั้งหมดจะปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ภูมิลำเนา จังหวัด.....

4. ศาสนา

- 1.พุทธ 2.อิสลาม 3.คริสต์ 4.อื่นๆ(ระบุ).....

5. สถานภาพสมรส

- 1.โสด 2.สมรส 3.หย่าร้าง 4.แยกกันอยู่ 5.หม้าย

6. การศึกษาสูงสุด

- 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ 2.ประถมศึกษา 3.มัธยมศึกษา/ปวช.
 4.อนุปริญญา/ปวส. 5.ปริญญาตรี 6.สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพปัจจุบันของท่าน

- 1.ว่างงาน 2.นักเรียน/นักศึกษา 3.เกษตรกร
 4.รับจ้างทั่วไป 5.ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 6.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 7.คาราโอเกะ 8.มอเตอร์ไซค์รับจ้าง 9. อื่น ๆ(ระบุ).....

8. รายได้โดยประมาณจากการประกอบอาชีพเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

- 1.ไม่มีรายได้ 2. 1- 3,000 3. 3,001 – 6,000
 4. 6,001 – 10,000 5. 10,001 – 15,000 6.มากกว่า 15,000

9. ก่อนการบำบัดรักษาท่านมีปัญหาสุขภาพ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่

1.ไม่มี

2.มี (ระบุ)..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

2.1 โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (เช่น หอบหืด ไชนัส ภูมิแพ้)

2.2 โรคหัวใจ ความดัน 2.3 วัณโรค

2.4 ภาวะเบาหรือดื้อไส้อักเสบ 2.5 ฟันผุ

2.6 ปวดข้อ กล้ามเนื้อหรือกระดูก 2.7 โรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน

2.8 ภาวะเบาปีสสาวะอักเสบ 2.9 เบาหวาน

2.10 โลหิตจาง 2.11 โรคตับ

2.12 โรคลมชัก 2.13 ไมเกรน 2.14 อื่นๆ(ระบุ).....

10. ปัจจุบันท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ระหว่างการรักษา)

 1. ไม่มี 2. มี (ระบุ)..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 2.1 โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด ไซนัส ภูมิแพ้ 2.2 โรคหัวใจ ความดัน 2.3 วัณโรค 2.4 ภาวะแพ้หรือลำไส้อักเสบ 2.5 ฟันผุ 2.6 ปวดข้อ กล้ามเนื้อหรือกระดูก 2.7 โรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน 2.8 ภาวะแพ้ปัสสาวะอักเสบ 2.9 เบาหวาน 2.10 โลหิตจาง 2.11 โรคตับ 2.12 โรคลมชัก 2.13 ไมเกรน 2.14 อื่นๆ(ระบุ).....

11. อาการทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

 1. ไม่มี 2. มี (ระบุ)..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 2.1 Inorganic insomnia 2.2 Adjustment Disorders 2.3 Anxiety Disorders (Panic,OCD,GAD,Hyperventilation Syndrome) 2.4 Depressive disorders (Major depressive,Dysthymia) 2.5 Bipolar Disorder (Bipolar I , Bipolar II) 2. 6 Schizophrenia Disorders (Simple, Paranoid, Others) 2.7 Acute Psychosis Disorders 2.8 Substance Induced Psychosis Disorders

ตอนที่ 2 ประวัติการใช้สารเสพติด

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ในรอบปีที่ผ่านมามีการใช้สารเสพติดดังต่อไปนี้หรือไม่	บุคคลในครอบครัว	เพื่อนสนิทของท่าน	ตัวท่านเอง
1. เฮโรอีน			
2. ยาบ้า			
3. สุรา			
4. สารระเหย			
5. กัญชา			
6. บุหรี่			
7. ยานอนหลับ			
8. ยาแก้ไอ			
9. กระต่อม หรือ สี่คูณร้อย			
10. ยาลดความอ้วน			
11. ยาอี			
12. ยาไอซ์			
13. ยาเค			
14. โคเคน			
15. อื่นๆ ระบุ.....			

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

- ท่านใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
- สาเหตุสำคัญที่ทำให้ท่านใช้สารเสพติดครั้งแรก

<input type="checkbox"/> 1.อยากลอง	<input type="checkbox"/> 2.เพื่อนชวน	<input type="checkbox"/> 3.เพื่อความสนุกสนาน
<input type="checkbox"/> 4.เครียด/ไม่สบายใจ	<input type="checkbox"/> 5.ช่วยงานอาชีพ	<input type="checkbox"/> 6.เพิ่มความมั่นใจ
<input type="checkbox"/> 7.อื่น ๆ (ระบุ).....		
- ชนิดสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก (ยกเว้นบุหรี่และสุรา) คือ.....
- ท่านจัดอยู่ในผู้ป่วยประเภท

<input type="checkbox"/> 1. ผู้เสพ	<input type="checkbox"/> 2. ผู้ติด	<input type="checkbox"/> 3. เสพติดรุนแรง
------------------------------------	------------------------------------	--

5. ลักษณะการใช้สารเสพติดของท่านในปัจจุบัน

1. ใช้เป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
 2. ใช้เป็นประจำทุกสัปดาห์ หรือเกือบทุกสัปดาห์
 3. ใช้เป็นประจำทุกเดือน หรือเกือบทุกเดือน
 4. ใช้เป็นบางครั้งเมื่อมีความต้องการหรือหาซื้อได้

6. วิธีการเสพ 1. กิน 2. สูบ 3. ฉีด 4. อื่นๆ ระบุ.....

7. สาเหตุสำคัญที่ทำให้ท่านต้องใช้สารเสพติดอยู่ในปัจจุบัน

1. คิดว่าไม่สามารถเลิกได้ 2. เพื่องานอาชีพ
 3. เพื่อลดความเครียดหรือความกังวลใจ 4. เพื่อให้เกิดความมั่นใจ
 5. เพื่อการเข้าสังคม 6. ติดใจในรสชาติ/ฤทธิ์ยา
 7. เพื่อความสนุกสนาน 8. ไม่เคยคิดจะเลิก
 9. อื่นๆ ระบุ.....

8. ส่วนใหญ่ท่านมักจะซื้อสารเสพติดได้จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เพื่อนที่ใช้สารเสพติดด้วยกัน 2. มีผู้มาจำหน่ายให้ถึงที่
 3. จากสถานบันเทิง 4. จากร้านค้า
 5. อื่นๆ ระบุ.....

9. ค่าใช้จ่ายในการเสพยาประมาณ (บาท/วัน)

1. 1 - 50 2. 51 - 100 3. 101 - 200
 4. 200 - 300 5. 300 - 500 6. มากกว่า 500 บาทขึ้นไป

10. บุคคลที่ใกล้ชิดที่ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านใช้สารเสพติด

1. ไม่ทราบ 2. ทราบ
 3. อื่นๆ (ระบุ).....

11. ก่อนหน้านี้ท่านเคยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง

12. ขณะนี้ท่านเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นระยะเวลานานเท่าไรแล้ว

- 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 4 เดือน

13. ท่านถูกจับกุมในคดียาเสพติดชนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา กระท่อม
 อื่นๆ(ระบุ).....

ตอนที่ 3 สภาพแวดล้อมและลักษณะสัมพันธภาพของครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. สถานภาพการครองเรือนของบิดา - มารดาของท่าน

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. บิดา - มารดา อยู่ด้วยกัน | <input type="checkbox"/> 2. บิดา - มารดา หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ |
| <input type="checkbox"/> 3. บิดาถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> 4. มารดาถึงแก่กรรม |
| <input type="checkbox"/> 5. บิดาและมารดาถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> 6. อื่น ระบุ..... |

2. ในกรณีที่บิดา - มารดา แยกกันอยู่

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บิดาและมารดามีครอบครัวใหม่ | <input type="checkbox"/> 2. มารดามีสามีใหม่ |
| <input type="checkbox"/> 3. บิดามีภรรยาใหม่ | <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

3. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร

- | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. คนเดียว | <input type="checkbox"/> 2. บิดา - มารดา | <input type="checkbox"/> 3. บิดา | <input type="checkbox"/> 4. มารดา |
| <input type="checkbox"/> 5. สามี/ภรรยา | <input type="checkbox"/> 6.ญาติซึ่งเกี่ยวข้องเป็น | <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

4. อาชีพหลักของบิดา

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ว่างงาน | <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 3. เกษตรกรรม |
| <input type="checkbox"/> 4. รับจ้างทั่วไป | <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

5. อาชีพหลักของมารดา

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ว่างงาน | <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 3. เกษตรกรรม |
| <input type="checkbox"/> 4. รับจ้างทั่วไป | <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

6. รายได้ของบิดาและมารดา (บาท/เดือน)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 5,000 | <input type="checkbox"/> 2. 5,001 – 10,000 | <input type="checkbox"/> 3. 10,001 – 15,000 |
| <input type="checkbox"/> 4. 15,001 – 20,000 | <input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 20,000 | |

7. จำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกันมี.....คน ท่านเป็นคนที่.....

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบัน.....คน

9. คุณมีสถานภาพใดในครอบครัว

- | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. หัวหน้าครอบครัว | <input type="checkbox"/> 2. สมาชิก | <input type="checkbox"/> 3. ผู้อาศัย | <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|

10. ท่านให้ความไว้วางใจใครในครอบครัวของท่านมากที่สุด

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บิดา | <input type="checkbox"/> 2. มารดา | <input type="checkbox"/> 3. สามี/ภรรยา | <input type="checkbox"/> 4. พี่/น้อง | <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ (ระบุ)..... |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|

11. ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องในครอบครัวของท่าน

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. รักใคร่กลมเกลียวกันดี | <input type="checkbox"/> 2. ทะเลาะกันบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> 3. ทะเลาะกันเป็นประจำ | <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (ระบุ)..... |

12. ท่านได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวแบบใด

1.เลี้ยงดูอย่างเข้มงวดกวดขัน

2.เลี้ยงดูอย่างทอดทิ้ง

3.เลี้ยงดูอย่างใช้เหตุผล

4.อื่น ๆ (ระบุ).....

13. เมื่อท่านมีปัญหาส่วนใหญ่จะปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากใครในครอบครัว

1.บิดาและมารดา

2.บิดา

3.มารดา

4.พี่/น้อง

5.สามี/ภรรยา

6.อื่น ๆ (ระบุ).....

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อมีปัญหาสำคัญท่านจะปรึกษานุคคลในครอบครัว					
2. บุคคลในครอบครัว รับฟังความคิดเห็นของท่าน					
3. บุคคลในครอบครัวให้ความไว้วางใจในตัวท่าน					
4. ทุกคนในครอบครัวของท่านรักใคร่ ช่วยเหลือดูแลกันดี					
5. ท่านมักจะมีการโต้เถียงอย่างรุนแรง หรือมี ความคิดเห็นไม่ตรงกับบุคคลในครอบครัว					
6. บุคคลในครอบครัว มักจะถามความรู้สึกหรือความ คิดเห็นของท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว					
7. ท่านได้ไปพักผ่อนร่วมกับบุคคลในครอบครัวเมื่อมีเวลา ว่าง					
8. มักจะมีเหตุการณ์การต่อสู้หรือทำร้ายร่างกายระหว่าง ท่านกับบุคคลในครอบครัว					
9. ครอบครัวมีความกังวลหรือกลัวเรื่องภาวะสุขภาพ ของท่าน					
10. ครอบครัวรู้สึกกังวลหรือกลัวกับปัญหาด้านกฎหมาย เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของท่าน					
11. บุคคลในครอบครัวของท่านเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย					
12. บุคคลในครอบครัวของท่านดื่มสุรา					

ตอนที่ 4 สภาพแวดล้อมด้านเพื่อน

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เพื่อนสนิทของท่านใช้สารเสพติด					
2. เพื่อนที่ท่านคบอยู่ตอนนี้ยังใช้ยาเสพติด					
3. เพื่อนที่เสพยาชักชวนให้ท่านกลับไปเสพยาเสพติดอีก					
4. ท่านไปเที่ยวกับกลุ่มเพื่อนสนิทที่ยังเสพยาเสพติดอยู่					
5. เพื่อนนำยาเสพติดมาให้ท่านเสพ					
6. ท่านทำในสิ่งที่เพื่อนต้องการทุกอย่าง					
7. ท่านปฏิเสธเพื่อนไม่ได้เมื่อถูกชักชวนให้เสพยาเสพติด					
8. กลุ่มเพื่อนที่ท่านคบ ไม่เสพยาเสพติด					
9. เพื่อนของท่านชักชวนให้ท่านเลิกยาเสพติด					
10. การเสพยาเสพติดทำให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน					
11. กลุ่มเพื่อนสนิทของท่านส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด					
12. เมื่อมีปัญหาดับข้องใจท่านมักไปปรึกษากลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด					

ตอนที่ 5 สภาพแวดล้อมด้านชุมชน

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.สภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของท่านอยู่ใกล้แหล่งที่มีการจำหน่ายหรือใช้สารเสพติด

1. ไม่ใช่

2. ใช่

2. ในชุมชนของท่านมีแหล่งจำหน่ายยาเสพติดหรือไม่

1. ไม่มี

2. มี ประมาณ.....แห่ง

3. ในชุมชนของท่านมีโครงการรณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดหรือไม่

1. ไม่มี

2. มี ระบุวิธีการรณรงค์.....

4. ท่านเคยจำหน่ายหรือเกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาเสพติดหรือไม่

1. ไม่เคย

2. เคย

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่สามารถหาซื้อยาเสพติดได้ง่าย					
2. บริเวณที่ท่านทำงาน หรือบริเวณ โรงเรียน หรือบริเวณบ้านของท่านมีแหล่งค้ายาเสพติดที่หาซื้อได้ง่าย					
3. บริเวณที่ท่านทำงาน หรือบริเวณ โรงเรียน หรือบริเวณบ้านของท่านมีเพื่อนเสพยาเสพติด					
4. ท่านรู้สึกว่าคุณในชุมชนรังเกียจที่ท่านใช้ยาเสพติด					
5. คนในละแวกบ้าน (เพื่อนร่วมงาน) ไม่ยอมรับท่าน เพราะคิดว่าท่านเสพยาเสพติด					
6. ตั้งแต่ท่านเสพยาเสพติดท่านไม่เคยย้ายบ้าน					
7. ท่านปรับตัวเข้ากับคนในละแวกบ้านหรือเพื่อนร่วมงานไม่ได้					
8. ที่ทำงาน หรือ โรงเรียน หรือชุมชนของท่าน มีการปราบปรามยาเสพติดอย่างจริงจัง					
9. ท่านมักไปในสถานที่ที่มีผู้เสพยาเสพติด					
10. ชุมชนของท่านมีกิจกรรมต่อต้านยาเสพติด					

ตอนที่ 6 ด้านความเชื่อ/จิตวิญญาณ

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
1. ท่านมีศาสนาหรือสิ่งที่คุณนับถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ					
2. การใช้สารเสพติดที่ท่านเชื่อว่าจะไม่ได้เป็นการทำผิดหลักศาสนา					
3. เมื่อเจอปัญหาหรือเรื่องเลวร้าย ท่านมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจซึ่งทำให้เข้มแข็งขึ้น					
4. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของท่าน เหมือนกับคนส่วนใหญ่ในชุมชน					
5. ท่านนึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมากกว่าบุคคลรอบข้าง					
6. ท่านเชื่อว่าการติดยาเสพติดเป็นเพราะกรรมเก่าที่ได้ถูกกำหนดไว้แล้ว					
7. ท่านเชื่อว่าการใช้ยาเสพติด เราไม่สามารถควบคุมมันได้ ต้องอาศัยพลังอำนาจที่อยู่เหนือขึ้นไป					
8. ท่านเชื่อว่า ท่านไม่มีพลังในการเอาชนะยาเสพติดได้					
9. ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถเลิกยาเสพติดได้ด้วยตัวเอง					
10. การติดยาเสพติดสามารถเลิกได้โดยไม่ต้องเข้าสถานบำบัด					

ตอนที่ 7 ด้านทัศนคติต่อสารเสพติด

คำชี้แจง ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การเสพยาเสพติดทำให้เสียบุคลิกภาพ					
2. การเสพยาเสพติดทำลายสุขภาพ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม					
3. การเสพยาเสพติดทำให้ขาดความ รับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และ สังคม					
4. สังคมไม่ยอมรับผู้ติดยาเสพติด					
5. การเสพยาเสพติด ทำให้กลายเป็นคน ที่ขี้ขลาด					
6. การเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ					
7. การเสพยาเสพติดช่วยให้มีความสุขใน ชีวิตมากขึ้น					
8. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว พิษภัยจากการเสพยา เสพติด					
9. การเสพยาเสพติดช่วยแก้ทางการเงิน อายุได้					
10. ยาเสพติดเป็นสิ่งที่มียุติพลต่อข้าพเจ้า					
11. ข้าพเจ้าไม่ควรเสพยาเสพติด					
12. การเสพยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต					
13. การเสพยาเสพติดเป็นพฤติกรรมปกติ ของมนุษย์					
14. การเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่โก้ เก๋ ทันสมัย					
15. การเสพยาเสพติดทำให้มีความกล้าหาญ					

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

ประวัติคณะผู้วิจัย

1. ชื่อ นายแพทย์ธนรัตน์ พุทธชาติ
 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการ
 วุฒิการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพติดสงขลา

2. ชื่อนางกาญจนา รัตนพันธุ์
 ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน
 วุฒิการศึกษา
 สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพติดสงขลา

3. ชื่อนางสาวเสาดาทรอ โสดาติส
 ตำแหน่งปัจจุบัน เกษชกรชำนาญการ
 วุฒิการศึกษา เกษศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพติดสงขลา

4. ชื่อ นางสาวนุรมา ยีคะหมะ
 ตำแหน่งปัจจุบัน นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
 วุฒิการศึกษา สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์บำบัดรักษาเยสพติดสงขลา