

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กันยายน - ธันวาคม 2556

Vol.1 No.1 September-December 2013

วารสารวิชาการเสพติด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด

เจ้าของ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
สมาคมชุมชนบำบัดไทย
มูลนิธิธัญญารักษ์

ที่ปรึกษา

สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์
บุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ภาสกร	ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
อัญชลี	ศิริทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายา เสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
มณีรัตน์	บุญฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ
ชาญชัย	เอื้อชัยกุล	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์
สมาน	พุตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
ปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
วิยะดา	อัศวฤติ	เภสัชกรเชี่ยวชาญด้านวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
สินเงิน	สุขสมปอง	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
วิโรจน์	วีรชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี
วรพงษ์	สำราญทิมาวัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
สรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ธวัช	ลาพินี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
อดิศักดิ์	งามจรรยาวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
วีรวัฒน์	อุครานันท์	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน
ธิตี	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
ประเมิน	จิตพิทักษ์	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์

บรรณาธิการ

ลำคำ ลักษณะภูมิชนชั้น

กองบรรณาธิการ

กฤติกา	เฉิดโฉม	สิริกกุล	วงษ์สิริโสภาคย์
ชนิษฐา	ตันติศิรินทร์	สุกัมา	แสงเดือนฉาย
ชลนที	รอดสว่าง	สุพจน์	ชุติดำรง
นันทา	ชัยพิชิตพันธ์	อภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์
นิวัตติ	เอี่ยมเที่ยง	อรพิน	ทนันชิต
สำเนา	นิลบรรพ์		

ผู้ทรงคุณวุฒิ

พันเอกนายแพทย์พิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายแพทย์อรุณพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.แพทย์หญิงรัศมี	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.นายแพทย์ตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ผศ.นายแพทย์สุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รศ. ดร.มรรยาท	รุจิวิชชญ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ดร.อุษณีย์	พึงปาน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.สุชาดา	รัชชกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
ดร.ประภาพรรณ	จูเจริญ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ดรุณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสุมาลี	มาคำ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
นางสาวบุญศิริ	จันทร์ศิริมงคล	กรมสุขภาพจิต
นางนัยนา	พัชรไพศาล	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาววลัยลักษณ์	เมธาภัทร	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุคุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
นางสาวศรัญญา	เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

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
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0-2215-3612, 0-2218-3556, 0-2218-3557 โทรสาร. 0-2215-3612
www.cuprint.chula.ac.th E-mail: cuprint@hotmail.com

สารบัญ

หน้า

ถ้อยแถลงการจัดทำวารสารวิชาการเสพติด

บรรณาธิการแถลง

คำกล่าวเนื่องในโอกาสพิธีเปิดการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 14

บทพินิจวิชา

โรคสมองติดยา

1

ประภาพรรณ จูเจริญ ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาสารกลุ่มแอมเฟตามีนของผู้ป่วยใน
สถาบันธัญญารักษ์

6

วรางคณา รัชชาน พ.บ., ัญญา สิ่งโต วท.ม., สดุติ น้อยกรณ พย.ม.

สุภาพ พลสำโรง พย.บ., ดวงมณี นวนนุ่ พย.บ., สมจิตร พาเจริญ ภ.บ.

กระบวนการเสพติด ผลกระทบต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพยาไอซ์

15

สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม., รัตนา ดีปัญญา ศศ.ม.

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยา

32

อินทร์ทิพย์ อินทรสุข สส.ม., ระพีพรรณ คำหอม สส.ม., กิตติยา นรามาศ สส.ม.,

ชนิษฐา บุรณพันคักดิ์ ศษ.ด., มาดี ลิ้มสกุล สส.ด.

การศึกษานุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่ม Ex-addict staffs

44

ลักขณา ใจตรง วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

จรรยาพร ปัญจะวัฒน์นันท วท.บ. (จิตวิทยา)

ถ้อยแถลง

การจัดทำวารสารวิชาการเสพติด

โดย

นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบัน ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงและสร้างปัญหาต่อความสูญเสียทั้งการสาธารณสุขและสังคม การดำเนินงานตามกระบวนการ ทั้งด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสารเสพติด เป็นแผนงานที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมควบคู่ไปกับการปราบปราม

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ตระหนักถึงภารกิจในการเป็นสถาบันวิชาการด้านยาเสพติดแห่งชาติ รวมทั้งภารกิจ การส่งเสริมและสนับสนุน การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ด้านยาเสพติด โดยหวังมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย หายหรือเป็นปกติจากโรคสมองติดยา กลับเป็นพลังของสังคมเพื่อพัฒนาประเทศชาติ และเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ดังกล่าว การให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการติดตามความรู้ใหม่ๆ การติดตามความเคลื่อนไหวในแง่มุมต่างๆ ทางด้านวิชาการด้านยาและสารเสพติด เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งในปัจจุบันการสื่อสารและสื่อสิ่งพิมพ์ ได้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเผยแพร่ข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการใหม่ๆ การป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จึงได้จัดทำวารสารวิชาการเสพติดขึ้น

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ ได้จัดพิมพ์เป็นฉบับปฐมฤกษ์ ความสำเร็จของการจัดทำวารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ เป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นความร่วมมือ ร่วมใจ ของหน่วยงานต่างๆ ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมมือกันแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ได้ผลดียิ่งขึ้น โดยมีหน่วยงานด้านการป้องกันและปราบปรามหน่วยงานด้านการบำบัดรักษา หน่วยงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ปกป้องและคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากการบริโภค และหน่วยงานที่สนับสนุนและผลักดันนโยบาย เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งได้ให้ความสำคัญ และมีความเห็นพ้องร่วมกัน ที่จะร่วมเป็นเครือข่ายวิชาการเสพติด โดยมีความมุ่งหวังให้วารสารวิชาการเสพติด เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย วิชาการด้านยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้ให้ความกรุณาพิจารณาบทความ และขอขอบคุณหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำวารสารวิชาการเสพติดครั้งนี้ ได้ร่วมเป็นคณะกรรมการ และกำหนดแนวทางการบริหาร และพัฒนาวารสาร โดยมีความมุ่งหวังให้บทความวารสารวิชาการเสพติด ให้ผู้สนใจได้ใช้อ้างอิงและนำไปใช้ประโยชน์ต่อทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ระดับชาติและนานาชาติ ต่อไป

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ นับเป็นวารสารวิชาการเสพติดฉบับแรกของประเทศไทย ที่เกิดขึ้นจากความมุ่งมั่นตั้งใจของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติที่ทำงานด้านการป้องกัน แก้ไขปัญหาเสพติดมาเกือบทั้งชีวิต ด้วยจิตพิสูทธิ์ต่อการพัฒนางานวิชาการด้านยาเสพติด และตั้งมั่นว่าจะพัฒนาวิชาการด้านนี้ให้ทัดหน้าเทียมตางานวิชาการด้านอื่นๆ ในวงการสาธารณสุขไทย แม้ว่าจะต้องใช้ความเพียรพยายามมากเพียงใดก็ตาม แต่ด้วยความเพียรอันบริสุทธิ์นี้เองจึงเกิดแรงบันดาลใจให้เกิดการผลิตและรวบรวมผลงานวิชาการที่ป่มเพาะจากประสบการณ์การทำงานร่วมกับการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ จนได้ผลงานวิชาการที่หลากหลายและทรงคุณค่า

ทั้งนี้ภายในเล่มฉบับปฐมฤกษ์นี้ ได้รับความกรุณาจากนายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ ท่านได้อนุญาตให้นำคำกล่าวเนื่องในโอกาสพิธีเปิดการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 14 ซึ่งท่านได้กล่าวไว้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อครั้งที่ท่านทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ นอกจากนี้แล้วภายในเล่มมีบทความวิจัยที่น่าสนใจ ซึ่งเป็นผลงานวิชาการจากผู้ปฏิบัติที่ดำเนินการวิจัยด้วยความมานะอดทน สร้างสรรค์ผลงานผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยความตั้งใจเพื่อสรุป และต่อยอดองค์ความรู้จากประสบการณ์การทำงานสู่เวทีวิชาการ ซึ่งหากท่านผู้อ่านสนใจจะนำแนวคิดวิธีการและผลสรุปจากงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทในพื้นที่ของท่านก็จะยังประโยชน์แก่ผู้ใช้ยาและสารเสพติดสืบไป

ผมในฐานะบรรณาธิการวารสารวิชาการเสพติด ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดี ท่านรองอธิบดีกรมการแพทย์ ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กองบรรณาธิการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดวารสารฉบับนี้ขึ้น ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าพื้นที่ในทุกรายการนี้ของวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อๆ ไปจะเป็นเวทีวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติกับนักวิชาการ

ในโอกาสนี้จึงขอเชิญชวนทุกท่านนำผลงานวิชาการดีๆ มาเผยแพร่ ส่งต่ออาวุธทางปัญญาให้กับผู้ร่วมวิชาชีพ เพื่อขยายขอบฟ้าแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยคุณความดีของวารสารฉบับนี้จะสามารถเอื้อประโยชน์ต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดที่จะก่อให้เกิดพลังสติปัญญาพลังกายและพลังใจให้ประเทศชาติสามารถเอาชนะปัญหาเสพติดอย่างยั่งยืน

ลำซ่า ลักขณาภิชนชัช

บรรณาธิการ

คำกล่าวเนื่องในโอกาสพิธีเปิดการประชุมวิชาการ ยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 14

“วิชาการยาเสพติด สู่อาเซียน : สร้างเครือข่าย สร้างคุณภาพ”
Quality and Network of Drug Abuse Treatment in ASEAN

วันที่ 17-19 กรกฎาคม 2556

ณ ห้องประชุมอิมแพ็ค คอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ ฮอลล์ 9 เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

โดย

นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เรียนท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข นมัสการพระคุณเจ้า ท่านรองอธิบดีกรมการแพทย์
ท่านผู้มีเกียรติ และผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติทุกท่าน

ผมรู้สึกยินดีเป็นเกียรติอย่างยิ่ง ที่ได้รับเชิญให้มาเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการ
ยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 14 ปี 2556 ในวันนี้

ยาเสพติดเป็นเรื่องที่ทางรัฐบาลชุดปัจจุบันให้ความสำคัญอย่างมาก จึงมีนโยบายเร่งด่วน
กำหนดให้การแก้ไขและป้องกันปัญหาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีการกำหนดเรื่องของการบำบัด
รักษาผู้เสพ ผู้ติดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ ในอดีต เรามองผู้เสพ ผู้ติดเป็นอาชญากร ปัจจุบันนี้
เรามองเป็นผู้ป่วยซึ่งมีปัญหา เป็นโรคสมองติดยา โรคสมองติดสารเคมี ซึ่งทำให้มีผลต่อพฤติกรรม

รัฐบาลมองในเรื่องนี้ว่าเป็นเรื่องของการรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะมองว่าเป็นเรื่อง
อาชญากรรม สำหรับผู้ที่เสพ เราก็เห็นว่าผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการบำบัดรักษาให้กลับมาเป็นคน
ดีของสังคม เป็นกำลังของสังคมที่จะช่วยงานประเทศชาติในการสร้างเศรษฐกิจให้เจริญก้าวหน้าต่อไป
โดยรูปแบบที่รัฐบาลสนับสนุน ก็อยากให้มีทั้งกลไกการบำบัดรักษา การติดตามและช่วยเหลืออย่าง
เป็นระบบอย่างแท้จริง นอกจากนี้ในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด ก็จะเน้นการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง หรือ
ประชาชนทั่วไปไม่ให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ดังนั้นจึงขอให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม มีการรวม
พลังกัน ให้เป็นพลังของแผ่นดินในการที่จะเอาชนะยาเสพติด

รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักในเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพ ผู้ติดยา
เสพติดโดยมีฐานความคิดที่ว่า ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย เป็นโรคเรื้อรัง สมองติดยาเสพติด
เกิดความผิดปกติหรือเสียสมดุลของสารสื่อประสาทต่างๆ ในสมองทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องไปใช้ยาเสพติด
หรือสารเคมีต่างๆ เพื่อทดแทนสารเคมีที่บกพร่องในสมอง ดังนั้นเมื่อเรามีฐานแนวความคิดอย่างนี้
ก็อยากให้ทุกหน่วยงานดำเนินการอย่างชัดเจนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยทำทั้งเรื่องการป้องกัน

การคัดกรอง การบำบัดรักษา รวมทั้งการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่ผ่านการบำบัด ซึ่งการดำเนินการนี้สิ่งสำคัญที่สุด คือ ภาคสังคมต้องเข้ามามีส่วนร่วม ประสานความร่วมมือกันทุกอย่าง

ขณะนี้ปัญหาทางยาเสพติดของประเทศได้มีการเปลี่ยนแปลงไปพอสมควร จากสมัยที่ผมทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เมื่อ 20 กว่าปีก่อน รูปแบบจากสมัยผมก็เป็นเรื่องของ การติดยาเสพติด พวกเฮโรอีน พวกสารอีกกลุ่มหนึ่ง ปัจจุบันรูปแบบนั้นก็มีการพัฒนา ไม่ใช่พัฒนาดีกว่าครับ เป็นเรื่องของ การเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการติดยาจำพวกกระตุ้นประสาทเยอะ พวกยาบ้า สารโคเคนหรืออะไรต่างๆ ซึ่งปัญหาสิ่งที่เกิดขึ้นก็คือว่า สารเหล่านี้ รูปแบบการรักษายังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจน เหมือนการรักษาผู้ที่ติดยาเฮโรอีนที่เราได้มีการพัฒนาไปค่อนข้างมากแล้ว

ดังนั้น การที่สถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาค กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติขึ้น รวมทั้งเพื่อสนองต่อนโยบายรัฐบาลที่จะมีการเตรียมตัวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ได้มีการขยายจากวาระแห่งชาติเป็นวาระแห่งภูมิภาค โดยการจัดประชุมวิชาการขึ้นมาเป็นระดับภูมิภาค ก็เป็นการสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะสิ่งที่เราต้องการขณะนี้ในเรื่องวิชาการคือ การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่ม Stimulant ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะเท่าที่ทราบความรู้ปัจจุบันนี้ ยังไม่มีรูปแบบการรักษาที่ชัดเจน

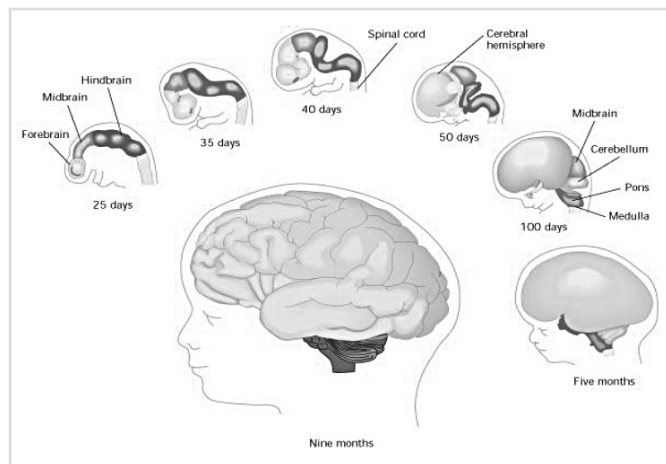
ฉะนั้นผมหวังว่าการประชุมวิชาการในวันนี้จะสามารถหาข้อสรุป ได้ความคิดใหม่ๆ ที่จะเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มยาบ้าที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม แต่อย่างไรก็ตามในเชิงนโยบาย สิ่งที่รัฐบาลมองกันขณะนี้ ก็อยากจะให้เน้นในเรื่องรูปแบบของการบำบัดรักษาว่า ขณะที่เรายังไม่มีการรักษาชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยนี้ สิ่งที่เราควรจะเน้นในเรื่องของระดับนโยบายคือการป้องกันไม่ให้มีการเข้าไปเสพติด ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ การป้องกันจึงเป็นเรื่องสำคัญ ฉะนั้นผมจึงเห็นว่า ภาคชุมชนจะเข้ามาช่วยป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเสพติดรายใหม่ได้ รวมทั้งการใช้มาตรการทางกฎหมายในเรื่องการตรวจจับผู้ที่เสพติดรายใหม่

สำหรับในการประชุมวิชาการ เรื่องวิชาการยาเสพติดสู่อาเซียน สร้างเครือข่าย สร้างคุณภาพ ในครั้งนี้ ก็ขอให้การประชุมวิชาการบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกประการ และขออวยพรให้ทุกท่าน ประสบแต่ความสุข ความเจริญ ทั้งด้านส่วนตัวและหน้าที่การงานตลอดไป ขอขอบคุณมากครับ

โรคสมองตึดยา

ประภาพรรณ จูเจริญ ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



รูปที่ 1 พัฒนาการสมองมนุษย์หลังปฏิสนธิวันที่ 25 ถึง 9 เดือน
ที่มา <http://www.apa.org/education/k12/brain-function.aspx>

สมองเป็นอวัยวะที่มีพัฒนาการของการเจริญเติบโต¹ ในแต่ละการเจริญเติบโตแสดงออกถึงความสามารถของพฤติกรรม นั้นหมายถึงมีกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ พัฒนาการของการเจริญเติบโตใช้เวลา ถึงแม้ว่าจะเร่งเวลาไม่ได้แต่เติมเต็มศักยภาพในแต่ละจังหวะของช่วงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสมองอัจฉริยะได้ไม่ยาก

มนุษย์เราทุกคนมีพัฒนาการของสมองตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา (รูปที่ 1) เริ่มตั้งแต่ประมาณ สัปดาห์ที่สามหลังจากการปฏิสนธิ จากนั้นจะมีพัฒนาการตลอดระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์โดยอัตรา

การแบ่งตัวอยู่ที่ประมาณ 250,000 เซลล์สมอง ต่อนาที ดังนั้นระหว่างการจัดครรภ์จึงต้องดูแล สุขภาวะครรภ์ให้ดีมีฉะนั้นจะส่งผลทั้งทางกายภาพที่มองเห็น และที่มองไม่เห็นเช่นภูมิคุ้มกันทาน ความล่าช้าในพัฒนาการการเรียนรู้รวมถึงสภาวะความมั่นคงทางใจถ้าตลอดการจัดครรภ์มีสุขภาวะดีจะส่งผลให้หนึ่งชีวิตมีต้นทุนชีวิตที่ดีไปแล้ว ครั้งหนึ่ง อีกครั้งหนึ่งเป็นองค์ประกอบแวดล้อมภายนอกหลังคลอด

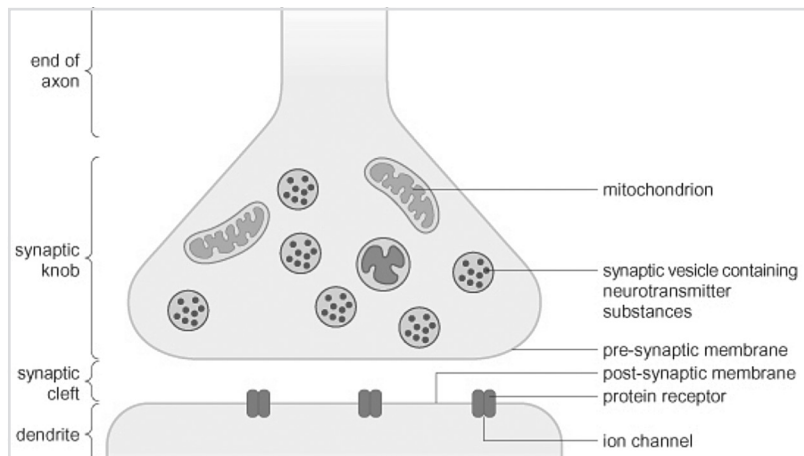
จากความรู้เรื่องประสาทวิทยาศาสตร์ทำให้เกิดความเข้าใจในพัฒนาการมนุษย์ในหลากหลายมิติ² รวมถึงพัฒนาการของการเสพติด เนื่องด้วย

สมองมีพัฒนาการการเรียนรู้ผ่านอายตนะ³ ถ้าสร้างสิ่งแวดล้อมผ่านอายตนะให้เป็นบวกในตลอดทุกช่วงวัย จะทำให้มนุษย์ผู้นั้นมีพฤติกรรมและการเรียนรู้เจริญได้ถึงปัญญาและความปราดเปรื่อง แต่ถ้าสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบบวกเข้าไปกับเงื่อนไขทางพันธุกรรมที่เป็นลบ ผลลัพธ์ทางพฤติกรรมจะแสดงออกถึงความลบสุดโต่งของหนึ่งชีวิตนั้นๆ⁴ ในกรณีการติดสิ่งเสพติดเมื่อสมองถูกสอนให้เรียนรู้และจดจำยาเสพติด สมองจะติดยา และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาได้ สมองจะสั่งการให้มีการเพิ่มขนาดของยาไปเรื่อยๆ จากพฤติกรรมเริ่มใช้ จนติดหนักในที่สุด

กลไกของสมองติดยาคือ ยาทุกชนิดเมื่อผ่านวิธีการเสพติดแล้ว จะวิ่งเข้าสู่สมองของผู้เสพ และจะไปจับกับตัวรับจำเพาะ (รูปที่2) ของยาใน

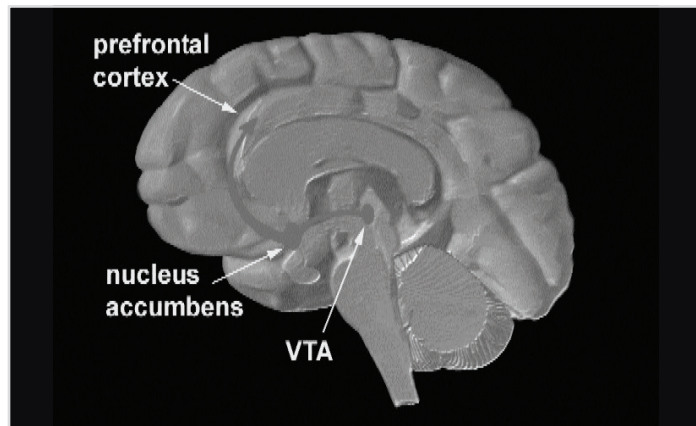
สมองเพื่อออกฤทธิ์ให้ผู้เสพรู้สึกถึงความสุข และติดอยู่กับความสุขนี้ ผู้เสพเรียนรู้ความสุขเกิดจากการได้ยา จะโยยหาความสุขจำเพาะนี้ เมื่อผู้เสพต้องการมีความสุขจึงพยายามพึ่งยา (dependence) ทุกครั้งเมื่อไม่มีความสุข หรืออยากมีความสุข และเกิดการเรียนรู้ใหม่ว่าชีวิตจะมีความสุขได้ก็ต้องใช้ยาเท่านั้น (รูปที่3) เป็นการไปสอนให้สมองสุขได้เพราะยา ยอมเป็นทาสยาเพียงเพราะต้องการไปถึงความสุขสุดยอด⁷

เมื่อสมองติดความสุขจากยา สมองก็จะสั่งการให้พยายามหายามาเพื่อไปถึงความสุข แต่ยาและสารเสพติดทุกชนิดเมื่อใช้แล้ว กลไกการออกฤทธิ์ของตัวรับจำเพาะนั้นๆ จะมีความสามารถต่ำลง (down regulation) ต้องใช้ปริมาณตัวรับจำเพาะในปริมาณมากขึ้นถึงจะออกฤทธิ์ให้ผู้เสพ



รูปที่ 2 กลไกการทำงานของตัวรับจำเพาะ

ที่มา <http://www.rsc.org/Education/Teachers/Resources/cfb/nerves.htm>



รูปที่ 3 กลไกการทำงานของสมองติดความสุขจากยา

ที่มา <http://www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/brain-actions-cocaine-opiates-marijuana/section-ii-introduction-to-reward-system/2-reward-pathw>

ได้รู้สึกมีความสุขเท่าเดิม นั่นคือปรากฏการณ์ของสมองติดยา (Tolerance) จะเห็นว่าผู้เสพยาจะมีการเพิ่มปริมาณการเสพยามากขึ้นไปเรื่อยๆ

สมองติดยา (Addict) แล้ว สมองจะไม่ยอมหยุดใช้ยาอย่างง่าย ถ้าวันใดสมองไม่ได้ยาจะออกฤทธิ์สั่งการบังคับกล้ามเนื้อแต่ละระบบต่างๆ ให้ทำงานผิดปกติไป มีทั้งปวดหัว ตาพร่า ปวดท้อง ร้อนหนาว วูบวาบผิวหนัง ปวดไปถึงกระดูก อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ เรียกกันอย่างไม่ง่ายว่า ลงแดง (Withdrawal) เพราะสมองควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายผ่านระบบประสาท จึงเห็นผู้เสพยาบางรายทำร้ายตนเอง หูแว่ว ประสาทหลอน ได้ยินคล้ายไปว่าจะมีคนมาทำร้าย อาการลงแดงจะแตกต่างกันไปในแต่ละตัวยาและอาการแสดง และรุนแรงจนถึงเสียชีวิต ประเด็นพยาธิสภาพของโรคจึงเปรียบเสมือนอาการสมองป่วย (as a brain disease)⁷ และเป็นการป่วยเรื้อรัง เพราะใช้เวลาในการเยียวยาและบำบัด ซึ่งไม่ใช่แค่

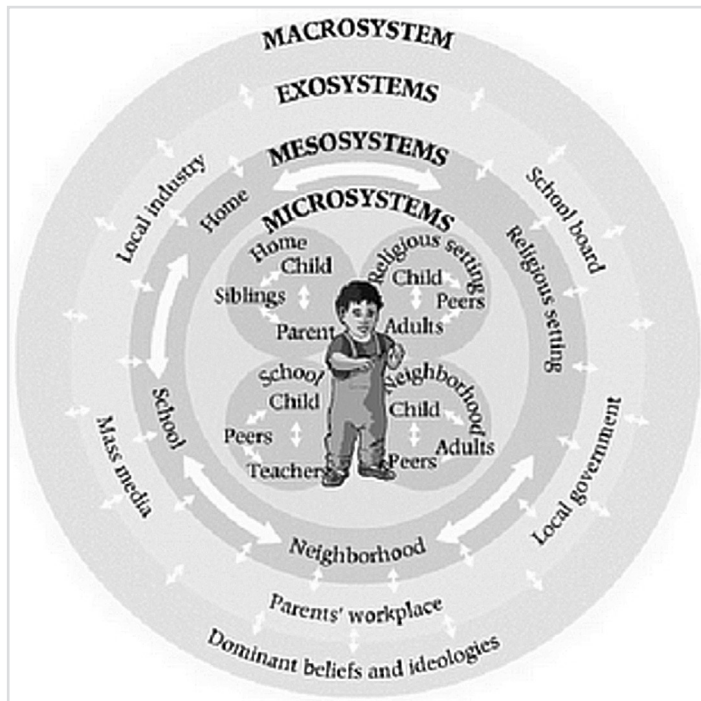
การบำบัดด้วยยา แต่ต้องบำบัดด้วยวิธีการอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม การใช้ครอบครัวบำบัด การจัดกิจกรรมบำบัด และต้องนัดมาพบผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินอาการ และป้องกันการติดยาหรือกลับไปเสพยา หากไม่ระมัดระวังก็จะกลับไปเป็นซ้ำดังเช่นโรคเรื้อรังอื่นๆ⁶

สมองติดยาไม่ยากแต่สมองลืมยายาก ความทุกข์ทรมานจากการเสพนอกจากผลลัพธ์ตรงจะมีต่อผู้เสพ ยังเกิดการทำลายระบบภูมิคุ้มกันทางโรคทำลายระบบความจำและการเรียนรู้ทำลายระบบการย่อยอาหาร ทำลายระบบเลือด ทำลายปอดทำลายสมรรถนะของร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยตามมามากมาย ทำลายพฤติกรรมและตัวตนที่แท้ของผู้เสพยาจากที่เคยเป็นคนมีพฤติกรรมดี คิดดี ทำดี เรียนหนังสือดี สมองดี ก็ต้องเปลี่ยนไป⁵ เพราะในแต่ละวันจะคิดถึงแต่จุดความสุขของยาอยากแต่จะเสพยา ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากเรียน

ไม่เอากำทำกิจกรรมใดๆ แต่จะทำอะไรก็ได้ขอให้ได้เงินมาซื้อยาเสพติด ผลลัพธ์นี้จึงกระทบไปสู่ระบบครอบครัว สายสัมพันธ์ครอบครัวค่อยๆ ขาดลงเมื่อมีครอบครัวติดยามาก ชุมชนก็อ่อนแอ ตามมาด้วยสังคมอ่อนแอ และในที่สุดประเทศชาติอ่อนแอ

การเสพติดเป็นเรื่องระดับบุคคลแต่ผลลัพธ์เป็นได้ตั้งแต่บุคคลจนถึงระดับชาติ (รูปที่4) และความมั่นคงในระหว่างชาติ ปัจจุบันปัญหาเสพติดซับซ้อนมาก ยากกลายเป็นเงื่อนไขของอาชญากรรมองค์กร ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงต้องรีบดำเนินการอย่างเร่งด่วน ในทุกมาตรการ และมาตรการที่ดีที่สุดคือมาตรการป้องกัน ถ้าป้องกันไม่ให้เกิดรายใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บวกกับการ

บำบัด เยียวยาผู้เสพ ให้กลับมาเป็นทรัพยากรดีๆ ของประเทศชาติ จำกัดผู้ค้าผู้ค้ารายใหญ่ นำผู้ค้ารายย่อยและผู้หลงผิดมาบำบัด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคมจะได้พลังของทรัพยากรคีนยุทธศาสตร์ป้องกันนำ จึงเป็นทิศทางที่ดี เริ่มวิธีป้องกันอย่างเข้มแข็งตั้งแต่ระดับปัจเจก การให้ทุกคนประจักษ์ตระหนักถึงการไม่มีความหมายของยาและสารเสพติดต่อระบบต่างๆ ของร่างกายมนุษย์จนระดับชาติ จะทำให้ลดอุปสงค์ยาและนำมาซึ่งการสมัครใจบำบัด สร้างสิ่งแวดล้อมเป็นบวกพัฒนาการของเด็กและเยาวชน ก่อเกิดพลังสร้างสรรค์ พลังแห่งปัญญา นำพาสังคมคุณภาพ ชุมชน เข้มแข็ง และยั่งยืนในที่สุด



รูปที่ 4 ทฤษฎีระบบนิเวศน์ ตามแนวคิดของ Bronfen brenner (Bron-fenbrenner’s Ecological Systems Theory) เด็กถูกแวดล้อมด้วยปัจจัยครอบครัว สังคม ที่มา <http://whatmakespeopletick.blogspot.com/2010/07/bronfenbrenners-ecological-systems.html>

เอกสารอ้างอิง

1. Eric R. Kandel, James H. Schwartz and Thomas M. Jessell, editors. Principles of Neural Science 4 th ed. New York: McGraw-Hill; 2000.
2. David Nutt Trevor W. Robbins, Gerald V. Stimson, Martin Ince and Andrew Jackson editors. Drugs and the Future: Brain Science Addiction and Society, Academic Press; 2007.
3. Jason Noel Effects of Media on Early Brain Development British Columbia Classification; 2003.
4. Paige Ouimette and Pamela J. Brown Trauma and Substance Abuse American Psychological Association (APA); 2003.
5. Takao K. Hensch, Critical Period Regulation, Annu. Rev. Neurosci. 2004; 27: 549-79.
6. Steven B. Karch, editors. Addiction and the Medical Complications of Drug Abuse CRC Press; 2008.
7. <http://science.education.nih.gov/supplements/nih2/addiction/guide/essence.htm>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วย เสพยากรกลุ่มแอมเฟตามีน ของผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์

วารางคณา รัชชงาน พ.บ., ธีัญญา สิงห์โต วท.ม., สดุดี น้อยกรณ พย.ม.
สุภาพ พลสำโรง พย.บ., ดวงมณี นวนนุ่ พย.บ., สมจิตร พาเจริญ ภ.บ.
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Psychiatric symptoms in Amphetamine-Type stimulants (ATS)
in-patients at Thanyarak Institute
Rukngan W, Singhtho T, Noikorn S, Phonsamrong S, Nuannum D,
Phajaroen S.
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The purpose of this study was to investigate of psychiatric symptoms in Amphetamine Type stimulants (ATS) with in-patients at Thanyarak Institute. The samples of the study were 401 ATS drugs in-patients who reported using Amphetamine, Ecstasy, Ice, and Cocaine. There were 91 patients who were diagnosed with psychotic symptoms and 310 patients with non-psychotic symptoms, all diagnoses made by medical doctors. The research instruments comprised of Demographic Data Sheet, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Data were analyzed by using percentage, mean standard deviation and pair t-test.

The results revealed that 54.9% patients with psychotic symptoms were female, aged 16-48 years (mean 27.3 years), single (59.3%), high-school education (40.6%), unemployed (46.1%), and average income of 9,573.30 baht. It was reported that the current drug use was Amphetamine (56%) by smoking (96.7%) with duration of usage ranging between 1-3 years (38.5%). Approximately sixty-three percent used 1-3 tablets a day and 30.8% reported using 2-3 times per week. The symptoms included anxiety, paranoia, and suspiciousness (91.2%), depressed mood (86.6%), and hallucinatory behavior (85.7%). Mean scores of psychotic symptoms of second week (Mean=27.94, SD =13.19)

decreased than first week (Mean=39.06, SD =13.35) had a statistically significant (p -value $< .05$). For patients with non-psychotic symptoms reported having difficulties with sleep problems (51.61%) and other psychiatric symptoms such as anxiety and depression. These non-psychotic symptom patients manifested higher severity than that of general population therefore, symptoms monitoring is highly encouraged to keep patients from self-harm behaviors.

Keywords : Psychiatric symptoms, Amphetamine-Type stimulants patients, Thanyarak Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาของสถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาบ้า ยาอี ยาไอซ์ โคเคน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาของสถาบันธัญญารักษ์ จำนวนทั้งสิ้น 401 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต จำนวน 91 คน และกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่มีอาการทางจิต จำนวน 310 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (Hospital Anxiety Depression Scale: HADS) และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.9) อายุอยู่ในช่วง 16-48 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.3 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 59.3) และจบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 46.1) โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,573.30 บาท ส่วนยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันเป็นยาบ้า (ร้อยละ 56.0) ใช้วิธีการสูบ (ร้อยละ 96.7) ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 38.5) ใช้ในปริมาณ 1-3 เม็ด/วัน (ร้อยละ 62.6) และเสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 30.8) พบอาการวิตกกังวลและความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 91.2) รองลงมาได้แก่อาการซึมเศร้า (ร้อยละ 86.8) และอาการประสาทหลอน (ร้อยละ 85.7) ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของสัปดาห์ที่ 2 ($\bar{X} = 27.94$, $SD = 13.19$) ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ($\bar{X} = 39.06$, $SD = 13.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่มีอาการทางจิต พบว่ามีปัญหาด้านการนอนหลับมากที่สุด (ร้อยละ 51.61) และอาการทางจิตเวช เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมักพบได้สูงกว่าในประชากรทั่วไป ดังนั้นจึงควรต้องเฝ้าระวังการเกิดอาการเหล่านี้ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่

คำสำคัญ : ลักษณะอาการทางจิตเวช ผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน สถาบันธัญญารักษ์

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติดกลายเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม บุคคล ครอบครัว และชุมชนของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้สำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ (Household Survey) ในประเทศไทย ปี 2544 พบว่าประชากรที่เคยเสพยาบ้ามีมากถึง 3,491,600 คน (ร้อยละ 7.8 ของประชากรทั่วประเทศ) มีประชากรที่เสพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาถึง 1,092,500 คน (ร้อยละ 2.4) มีประชากรที่ยังใช้ยาบ้าในช่วง 30 วัน ถึง 490,300 คน (ร้อยละ 1.1)¹ และผู้ติดยาเสพติดมักเห็นว่าการเสพยาเสพติดเป็นเรื่องธรรมดาไม่คิดว่าตนเองจะติดได้ และไม่ตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นตามมา ซึ่งลักษณะการระบาดของยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าในปัจจุบัน มีรูปแบบที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยมักพบในกลุ่มอายุที่น้อยลง เสพด้วยวิธีการสูบ เพื่อความสนุกสนานทำให้อารมณ์ดีและมีการใช้อย่างแพร่หลายจนก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและต่อสังคมตามมา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการโรคจิต หลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น²

จากสถิติของสถาบันธัญญารักษ์ในปี 2552 พบว่าสารในกลุ่มแอมเฟตามีนโดยเฉพาะยาบ้ายังคงเป็นปัญหาสำคัญและมีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดมากที่สุดคิดเป็น 62.62 % นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในร้อยละ 50 มีปัญหาทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาอาการทางจิตเวช³ และจากสถิติรายงานของสถาบันธัญญารักษ์ในปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่า ผู้ป่วยในเสพสารกลุ่มแอมเฟตามีนและมีอาการทางจิตเวชจาก 27 ราย ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 38 รายในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่มเป็น 98 ราย

ในปี พ.ศ. 2553 และมีการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยเสพยาบ้าสูงถึงวันละ 100-200 มิลลิกรัม อาจเกิดอาการทางจิต (Acute psychosis)⁴ ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการคลุ้มคลั่งหวาดระแวงประสาทหลอนหูแว่ว อาจทำอันตรายแก่ตัวเองหรือผู้อื่นได้และอาจมีอาการทางจิตเวชต่างๆ ร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า วิดกกังวล อารมณ์แปรปรวน ปัญหาพฤติกรรมในการนอน เป็นต้น โดย จงรักชัย⁵ และสุพรรณณี⁶ ได้ศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยยาเสพติดประเภทยาบ้าในสถาบันธัญญารักษ์ พบอาการทางจิตที่เด่นชัด ได้แก่ หูแว่ว ประสาทหลอน และหวาดระแวงโดยพบว่าอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 24.2 ± 6.7 ปี โดยระยะเวลาที่ใช้ในช่วง 1-3 ปี และปริมาณของยาบ้าที่ใช้ 1-3 เม็ดต่อวัน และยังมีการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยยาบ้าที่มีอาการขาดยามักพบว่ามีอาการซึมเศร้า วิดกกังวลหวาดกลัว โดยไม่มีเหตุผล ย้ำคิดย้ำทำ และอาการหวาดระแวง ส่วนลักษณะของบุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพบ่อยมาก เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม บุคลิกภาพแปรปรวน มีอารมณ์ไม่มั่นคง ขาดความมั่นใจในตนเอง และรวมถึงการมีบุคลิกภาพแบบหลงตนเอง⁷ ซึ่งในบางครั้งแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้เนื่องจากไม่ได้ประวัติที่ชัดเจน ที่ผ่านมามีงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาอาการทางจิตในผู้ป่วยยาบ้าหลายรายงาน แต่ยังไม่ครอบคลุมเรื่องภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัญหาทางด้านการนอน ซึ่งสถาบันธัญญารักษ์ก็เป็นศูนย์บำบัดรักษาเสพติดที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพสารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาบำบัดด้วยยาของสถาบันธัญญารักษ์เพื่อที่แพทย์จะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้

ประกอบในการวินิจฉัยโรครวมทั้งเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยทางคลินิกโดยใช้รูปแบบการศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาลักษณะอาการทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลาบำบัดด้วยยาของสถาบันธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาบ้า ยาอี ยาไอซ์ และโคเคน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะเวลาบำบัด ด้วยยาของสถาบันธัญญารักษ์ ในเดือนมีนาคม – กันยายน 2555 จำนวนทั้งสิ้น 401 คน^๑

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Data Sheet) มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เติมข้อความในช่องว่างและข้อคำถามให้เลือกตอบ (Check list) จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้โดยเฉลี่ย ชนิดสารที่ใช้ วิธีการเสพยา ระยะเวลาที่ใช้สาร ปริมาณของสารที่ใช้ และความถี่ของการใช้

2. แบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต โดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)^๑ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนได้ตั้งแต่ 1-7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน = ไม่มีอาการ ไปจนถึง 7 คะแนน = รุนแรงมาก

3. แบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และแบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มี

ความวิตกกังวลใช้ Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)¹⁰ ซึ่งเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert-like Scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดย คะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

4. แบบประเมินอาการผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับโดยดัดแปลงมาจาก Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)¹¹ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ การรายงานคุณภาพการนอนหลับระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย ความแปรปรวนของการนอนหลับ การใช้อายอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีการแบ่งเกณฑ์ตามคะแนนเป็นผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี โดยคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อจำแนกข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะอาการทางจิตเวชทดสอบความแตกต่างด้วย pair t-test

ผล

ในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ในระยะบำบัดด้วยยาจำนวนทั้งสิ้น 401 คน เป็นกลุ่มมีอาการทางจิต จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 22.69 และกลุ่มไม่มีอาการทางจิตจำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 77.31 ภาพรวมพบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.3) อายุอยู่ในช่วง 12-57 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.08 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 58.6) และจบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.6) สำหรับอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 20.4) และทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.2) ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 10,982.82 บาท

ในภาพรวมยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันเป็นยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 61.8) และเป็นยาบ้าร่วมกับยาไอซ์ (ร้อยละ 20.7) โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ (ร้อยละ 97.5) โดยระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.9) และใช้ในปริมาณ 1-3 เม็ด/วัน (ร้อยละ 65.9) และเสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 41.4)

ในกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.9) อายุ

อยู่ในช่วง 16-48 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 59.3) และจบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.6) สำหรับอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 46.1) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 17.6) และทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.5) ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,573.30 บาท ส่วนยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันเป็นยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 56.0) และเป็นยาบ้าร่วมกับยาไอซ์ (ร้อยละ 23.1) ซึ่งมากกว่าในกลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่มีอาการทางจิต (ร้อยละ 20.0) โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ (ร้อยละ 96.7) โดยระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.5) และใช้ในปริมาณ 1-3 เม็ด/วัน (ร้อยละ 62.6) และเสพ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 30.8)

ในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการย่อยด้านวิตกกังวลและความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 91.2) รองลงมาได้แก่อาการซึมเศร้า (ร้อยละ 86.8) อาการประสาทหลอน (ร้อยละ 85.7) และการแยกตัวทางอารมณ์ (ร้อยละ 82.4) ตามลำดับ สำหรับสัปดาห์ที่ 2 พบว่าจำนวนและร้อยละของอาการทางจิตลดลงในทุกชนิดของอาการย่อยโดยยังพบอาการวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ 78) รองมา ได้แก่ อาการประสาทหลอน (ร้อยละ 46.2) ความรู้สึกผิด (ร้อยละ 44.0) และอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 42.9) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยเสพยาเสพติดแบบผู้ป่วยในระยะ
บำบัดด้วยยาในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2**

อาการทางจิตในด้านต่างๆ	สัปดาห์ที่ 1				สัปดาห์ที่ 2			
	มีอาการ		ไม่มีอาการ		มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	33	36.3	58	63.7	17	18.7	74	81.3
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	83	91.2	8	8.8	71	78.0	20	22.0
3. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional Withdrawal)	75	82.4	16	17.6	25	27.5	66	72.5
4. ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)	58	63.7	33	36.3	30	33.0	61	67.0
5. ความรู้สึกผิด (Guilt Feelings)	54	59.3	37	40.7	40	44.0	51	56.0
6. ความตึงเครียด (Tension)	69	75.8	22	24.2	28	30.8	63	69.2
7. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and posturing)	44	48.4	47	51.6	22	24.2	69	75.8
8. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	21	23.1	70	76.9	8	8.8	83	91.2
9. อาการซึมเศร้า (Depressive mood)	79	86.8	12	13.2	39	42.9	52	57.1
10. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	57	62.6	34	37.4	31	34.1	60	65.9
11. ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness)	83	91.2	8	8.8	36	39.6	55	60.4
12. อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior)	78	85.7	13	14.3	42	46.2	49	53.8
13. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation)	30	33.0	61	67.0	17	18.7	74	81.3
14. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	41	45.1	50	54.9	18	19.8	73	80.2
15. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual Thought content)	26	28.6	65	71.4	13	14.3	78	85.7
16. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)	64	70.3	27	29.7	21	23.1	70	76.9
17. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	34	37.4	57	62.6	19	20.9	72	79.1
18. อาการไม่รู้ว่าเวลา สถานที่และบุคคล (Disorientation)	45	49.5	46	50.5	19	20.9	72	79.1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1-3) และสัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 10-14) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ($\bar{X} = 27.94$, $SD = 13.19$) ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ($\bar{X} = 39.06$, $SD =$

13.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

สำหรับในกลุ่มที่ไม่มีอาการทางจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการนอนหลับมากที่สุดโดยพบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (ร้อยละ 51.61) อาการวิตกกังวล (ร้อยละ 18.39) และอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 14.52) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1-3) และสัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 10-14) (n=91)

อาการทางจิต	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คะแนนรวม	39.06	13.35	27.94	13.19	20.15	0.000*

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับไม่ดีของผู้ป่วยเสพสารกระตุ้นแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาในกลุ่มที่ไม่มีอาการทางจิต (n = 310 คน)

ลักษณะอาการ	จำนวน	ร้อยละ
อาการวิตกกังวล	57	18.39
อาการซึมเศร้า	54	14.52
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	160	51.61

วิจารณ์

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าคนไข้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.3) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.08 ปี มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 58.6) สำหรับอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างว่างงาน (ร้อยละ 39.7) ส่วนยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันเป็นยาบ้ามากที่สุด (ร้อยละ 61.8) โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบ (ร้อยละ 97.5) โดย

ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.9) และใช้ในปริมาณ 1-3 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 65.9) และเสพ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 41.4) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณิ⁶ จากการศึกษาความสัมพันธ์ของอาการทางจิต ประสาทกับแผนการเสพแอมเฟตามีนของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญา-

รักษ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.7) ช่วงอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 51.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 45.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่เสพโดยวิธีการสูบ (ร้อยละ 97.1) ปริมาณที่เสพ 1-3 เม็ด/วัน (ร้อยละ 51.4) ระยะเวลาที่ใช้ 1-3 ปี (ร้อยละ 52.9)

2. กลุ่มตัวอย่างที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต พบว่า มีอาการวิตกกังวลและความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 91.2) รองลงมา ได้แก่ อาการซึมเศร้า (ร้อยละ 86.8) อาการประสาทหลอน (ร้อยละ 85.7) และการแยกตัวทางอารมณ์ (ร้อยละ 82.4) ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล และคณะ¹² ศึกษาลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า อาการเด่นชัดมากที่สุด คือ อาการทางบวก (positive symptoms) ได้แก่ ประสาทหลอน (92.1%) หวาดระแวง (91.6%) กระบวนการใช้ความคิดสับสน (85.1%) และอาการไม่เป็นมิตร (62.3%)

3. คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของสัปดาห์ที่ 2 ($\bar{X} = 27.94$, $SD = 13.19$) ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ($\bar{X} = 39.06$, $SD = 13.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พันธุ์ภา และคณะ⁹ ศึกษาการดำเนินโรคทางคลินิกและผลที่ตามมาของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน พบว่า ลักษณะอาการทางจิตที่พบบ่อยมาก คือ อาการหวาดระแวง และอาการประสาทหลอนทางหู ในด้านการตอบสนองต่อการรักษาประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ โดยคะแนนรวมของ BPRS เมื่อครบ 1 และ 2

สัปดาห์มีค่าต่ำกว่าคะแนนรวมของ BPRS แรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$)

4. กลุ่มตัวอย่างที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่มีอาการทางจิต พบว่า มีปัญหาด้านการนอนหลับมากที่สุด (ร้อยละ 51.61) อาการวิตกกังวล (ร้อยละ 18.39) และอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 14.52) สอดคล้องกับงานวิจัยของศิวาภรณ์¹³ ซึ่งพบว่าภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุดและกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การใช้ยาและสารต่างๆ กัน มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตื่นตัว ฤทธิ์ของยาเสพติดจะคงอยู่ระหว่าง 4-14 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับปริมาณที่เสพทำให้เกิดอาการตาแข็ง นอนไม่หลับ กระวนกระวาย ซึมเศร้า ซึ่งหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคจิตได้¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. อาการทางจิต เช่น ความคิดหลงผิด หวาดระแวงหรืออาการประสาทหลอนนั้น อาการดังกล่าวจะเริ่มเกิดทีละน้อย จากสงสัย ไม่แน่ใจ ตื่นตัว ระแวงระวังจนเกิดอาการหลงผิดอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างทันที่และป้องกันการเกิดอาการโรคจิตรุนแรงได้

2. ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดมักพบได้สูงกว่าในประชากรทั่วไป จึงควรต้องเฝ้าระวังการเกิดอาการเหล่านี้ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายในช่วงการถอนยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมพันธ์ ทัศนियม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและคณะวิทยาการที่ปรึกษาในโครงการพัฒนาการวิจัยทางคลินิก/การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ปี 2553-2554 ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนของสถาบันธัญญารักษ์ทุกท่านที่ยินดีให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย : สถานภาพการใช้จ่ายและสารเสพติด พ.ศ. 2544 การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด; 2544.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ทบทวนวรรณกรรม. วารสารสวนปรุง 2546; 19:1-15.
3. สถาบันธัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยสถาบันธัญญารักษ์ ปี 2552. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์; 2552.
4. วิโรจน์ วีรชัย และคณะ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
5. จงรักษ์ กุลเศรษฐี. การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้าโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วารสารกรมการแพทย์ 2541; 23 (4).
6. สุพรรณิ โปธิ. การศึกษาความสัมพันธ์อาการทางจิตประสาทกับแบบแผนการเสพแอมเฟตามีนของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์; 2543.
7. ก. สิ้นศักดิ์สุวรรณโชติ. ปัจจัยทางจิต-สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
8. สิ้น พันธุ์พินิจ. เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2551.
9. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. การดำเนินโรคทางคลินิกและผลที่ตามมาของโรคจิตจาก เมทแอมเฟตามีน : การสำรวจทางคลินิก. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต; 2543.
10. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรมสุขภาพจิต; 2544.
11. ฉันทนา แร่งสิงห์. คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
12. กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, สุรเชษฐ ผ่องธัญญาและวนิดา พุ่มไพศาลชัย. ลักษณะอาการผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2542.
13. ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
14. อุทัย สุขวิวัฒน์สิริกุล. ยาบ้าและยาไอซ์ผลต่อร่างกายและจิตใจ. [สืบค้นวันที่ 20 กันยายน 2555]. แหล่งข้อมูล URL; <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=658509>

กระบวนการเสพติด ผลกระทบต่อสุขภาพ และครอบครัวของผู้เสพยาไอซ์

สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม., รัตนา ตีปัญญา ศศ.ม.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Addiction Process and Effects of Crystalline Methamphetamine
Hydrochloride Users on Health and Family Problem

Nilaban S., Deepanya R.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The aims of this mixed methods research were to explore the process of crystalline methamphetamine hydrochloride addiction and to examine the impacts of crystalline methamphetamine use on health and family. The study sample consisted of 118 crystalline methamphetamine users who received treatment at Thanyarak Institute. Research instruments were a set of questionnaires and a semi-structural interview guideline. Descriptive statistics and a content analysis were used for data analysis. Study findings revealed:

1. Majority of the crystalline methamphetamine users was 25.39 ± 6.0 years old, female, single, junior high school graduate. Smoke or inhalation of vaporized methamphetamine was reported among the subjects. The average amount of crystalline methamphetamine was 0.97 grams per day for average 2.87 years. The common place for the use of crystalline methamphetamine was in private area such as one's room.

2. The process of crystalline methamphetamine addiction was reported in four stages:

1) The initial stage : curiosity, release tension, believed benefit (slender and light skin), need for occupation and long read the book for test were reported as the main reasons for taking drugs. The experienced users reported cost and benefit of amphetamine (such as less health impact) as the main reason for switching to crystalline methamphetamine

2) The continuation (Maintaining) stage : In this stage, majority of the subjects continue used of crystalline methamphetamine to fulfill their feeling of euphoria, satisfy in respond desire (improve performance at work, show courage) and enjoy nightlife.

3) The addiction stage : crystalline methamphetamine users continued the use because of benefits e.g., a) increased endurance, b) provided the feeling of

enjoyment and a sense of wellbeing, c) helped getting thin and light skin, d) increased sense of confidence in social status, and e) increased libido.

4) The abstinence stage : In this stage, the subjects decided to refrain from drugs because of negative impacts on their health and families.

3. Crystalline methamphetamine affected on the users' physical, brain, memory, mood and behavior. The impacts of family included poor family relationships and less bond of trust.

Keyword : Addiction Process, Crystalline Methamphetamine

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสม (Mixed methods research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเสพติดไอซ์และผลกระทบของการเสพไอซ์ต่อผู้เสพและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพไอซ์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันจิตเวชจำนวน 118 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้เสพไอซ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 25.39 ± 6.0 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่เสพโดยวิธีการสูบน้ำ ปริมาณที่เสพต่อวันมีค่ามัธยฐาน 1 กรัม และเสพทุกวัน ระยะเวลาที่เสพจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 2.87 ปี และใช้ที่พิกอาศัยเป็นผู้เสพ

2. กระบวนการเสพไอซ์แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น ผู้เสพไอซ์รายใหม่ ให้เหตุผลในการเสพคือ ทดลองใช้เพราะความอยากรู้อยากเห็น ช่วยปลดปล่อยความเครียดและความทุกข์ ต้องการให้มีรูปร่างผอมสวยและผิวขาว ความจำเป็นในการประกอบอาชีพ และช่วยให้จดจำหรืออ่านหนังสือได้นานขึ้นเพื่อเตรียมตัวสอบ ส่วนผู้ที่มิประสบความสำเร็จในการเสพยาเสพติดชนิดอื่นมาแล้วให้เหตุผลว่า เพราะอยากลองเทียบรสชาติกับยาเสพติดชนิดอื่น ทดแทนยาบ้าที่ราคาแพงและหาซื้อยาก มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยกว่ายาบ้า และคุ้มค่างานมากกว่ายาบ้า 2) ระยะเสพต่อเนื่อง เป็นการเสพอย่างต่อเนื่องซึ่งเกิดจากรู้สึกดีใจหรือประทับใจต่อความรู้สึกที่เกิดหลังเสพครั้งแรก พึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ มีเงินมากพอในการหาซื้อมาเสพได้ และชอบความสนุกสนานจากการเที่ยวกลางคืน 3) ระยะติดยา เป็นระยะที่ผู้เสพเชื่อว่าไอซ์สามารถตอบสนองความต้องการได้ ดังนี้ เพิ่มความขยันอดทนและมุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ ทำให้มีความสุขและรู้สึกสนุกสนานกับกลุ่มเพื่อน ช่วยให้รูปร่างผอมบางและผิวพรรณขาวเนียนสวย ปรับสภาพทางสังคมของผู้เสพให้สูงขึ้นและเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ และ 4) ระยะเลิกยา ผู้เสพเริ่มยอมรับว่าตนเองติดยาเมื่อพบว่าเกิดผลกระทบต่อสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยพยายามหยุดหรือเลิกใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง แต่ไม่สามารถเลิกได้ จึงตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษา ส่วนบางรายเข้ารับการบำบัดเพราะถูกตำรวจจับในฐานครอบครองหรือเสพยาเสพติด

3. ผลกระทบจากการเสพไอซ์ พบว่า ทางสุขภาพได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งด้านร่างกาย ด้านสมองและความจำ ด้านอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติ ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน และมีอาการทางจิตประสาทรุนแรง ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเสียไปและไม่ได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัว

สรุป กระบวนการเสพไอซ์มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการเสพยาบ้า แต่เหตุผลของการเสพไอซ์ที่มีความแตกต่างจากยาบ้า คือ เกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า ไอซ์ทำให้ผิวพรรณสวยงาม ผิวขาว หน้าใส ทำให้ตนเอง

มีสถานภาพทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่เสพยาบ้า และป้องกันไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองเสพยา เนื่องจากการเสพยาบ้าไม่ทำให้ผู้เสพยามีความผิดปกติไปจากผู้ที่ไม่เสพยา โไอซ์จะมีผลทำให้เกิดอาการทางจิตประสาทได้รวดเร็วและรุนแรงกว่ายาบ้า

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาพบว่า การเสพยาบ้าเกิดจากความเชื่อที่ผิด จึงควรมีการรณรงค์ หรือจัดทำสื่อเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องถึงโทษพิษภัยและอันตราย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่กำลังศึกษาและกลุ่มวัยทำงาน เพื่อป้องกันการเข้าไปสู่กระบวนการเสพยาในขณะนี้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โไอซ์ ผลกระทบ ครอบครัว กระบวนการเสพยา ยาเสพติด สุขภาพ

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดนับวันยิ่งมีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากขึ้น ยากต่อการป้องกันและปราบปราม ก่อให้เกิดปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างรุนแรง นับตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา พัฒนาการของยาเสพติดเปลี่ยนจากฝิ่นและเฮโรอีนเป็นประเภทยากระตุ้นประสาท ได้แก่ เมทแอมเฟตามีนในรูปแบบเม็ดที่เรียกว่า ยาบ้า โคเคน และยาไอ โดยเฉพาะในปี 2544 พบการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูงสุด มีการลักลอบนำยาบ้าเข้ามาในประเทศไทยมากกว่า 100 ล้านเม็ด แต่ในปี 2546 ปัญหาเริ่มบรรเทาความรุนแรงลง เนื่องจากผลของการใช้มาตรการเฝ้าระวังในการแก้ปัญหาของรัฐบาล แต่ในปี 2548 ปัญหาแพร่ระบาดก็กลับมาใหม่และเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน¹

ปัจจุบัน เมทแอมเฟตามีน (crystalline methamphetamine hydrochloride) ในรูปแบบเป็นผลึกใสที่เรียกว่า โไอซ์ พบการแพร่ระบาดมากขึ้น เห็นได้จากสถิติการจับกุมโไอซ์ได้ 48.3 กิโลกรัม ในปี 2550 เพิ่มเป็น 225.1 และ 726.6 กิโลกรัม ในปี 2552 และ 2553 ตามลำดับ² สอดคล้องกับจำนวนผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์ ระหว่างปี 2551-2554

มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 105 คน เป็น 146, 395, และ 897 คน ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย³ เนื่องจากโไอซ์เป็นเมทแอมเฟตามีนที่มีความบริสุทธิ์เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ จึงมีฤทธิ์เสพติดรุนแรงมากกว่าในรูปแบบอื่นๆ กลุ่มที่นิยมเสพยาบ้ามักเป็นกลุ่มไฮโซ มีฐานะทางเศรษฐกิจดี กลุ่มบุคคลในวงการบันเทิงและนักท่องเที่ยวต่างชาติ เพราะยามีราคาแพง ผลของยาทำให้ร่างกายมีความตื่นตัว มีกำลังมากขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น เพิ่มความกล้าและเชื่อมั่นในตนเอง การเสพสารเป็นระยะเวลาสั้นหรือในขนาดที่สูงจะเกิดโรคจิตประสาทจากแอมเฟตามีน (amphetamine induce psychosis)⁴ ได้ ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนเสริมให้ปัญหาการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น คือ ปัญหาค่านิยมในการบริโภคของเยาวชนรุ่นใหม่ที่มีมุ่งเน้นความสนุกสนาน แสงสว่างตฤนิยม เลือกใช้ชีวิตหาเงินที่รวดเร็วและมีผลตอบแทนสูง ทำให้มีเยาวชนกลุ่มหนึ่งผันตัวเองเข้าสู่กระบวนการค้ายาเสพติด นอกจากนั้น แหล่งสถานบันเทิงที่มีอยู่อย่างมากมายยังชวนให้เยาวชนนักเที่ยวมีโอกาสสร้างความสนุกสนานเพิ่มมากขึ้น โดยใช้ยาเสพติดเป็นตัวกระตุ้น โดยเฉพาะโไอซ์ ซึ่งตรวจพบในสถานบันเทิงมากขึ้นเรื่อยๆ กรุงเทพมหานครและจังหวัดใน

ปริมาณที่มีการกระจุกตัวของยาเสพติดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ของประเทศ ผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18–25 ปี นิยมเสพยาบ้า และยาไอซ์มากที่สุด โดยใช้สถานบันเทิงยามวิกาล หอพัก คอนโด เป็นแหล่งมั่วสุมและกระจายยาเสพติด¹

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา กระบวนการเสพติด ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะเลิกยา เหตุผลของการที่ทำให้เสพไอซ์ในแต่ละระยะ ตลอดจนผลกระทบที่ตามมาทั้งต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพไอซ์ เพื่อเป็นแนวทางการบำบัดรักษา และป้องกันการเสพไอซ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed methods research) โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพไอซ์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึงกรกฎาคม 2554 จำนวน 118 คน โดยตอบแบบสอบถามจำนวน 109 คน สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 39 คน (ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์จำนวน 31 คน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้เสพไอซ์เป็นหลัก ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดไอซ์ ไม่มีอาการทางจิต สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ข้อมูลการเสพสารเสพติด ตอนที่ 3 ผลกระทบของไอซ์ต่อสุขภาพ และครอบครัว เป็นแบบให้เลือกตอบ

“ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน โดยใช้ค่า KR-20 ได้เท่ากับ .94 ชุดที่ 2 เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structural guideline) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดครั้งแรก การเข้าสู่กระบวนการเสพไอซ์ และผลกระทบจากการเสพไอซ์ทั้งต่อตนเองและครอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายเปิดจำนวน 12 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้นำทดลองใช้เพื่อตรวจสอบภาษาสำนวน ความชัดเจน ความเป็นลำดับและความต่อเนื่อง

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันธัญญารักษ์ และได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูล กรณีที่อายุไม่ถึง 18 ปี จะขอความยินยอมจากผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีการวิจัยเชิงปริมาณ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและขอรับกลับคืนด้วยตนเอง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2553 ถึงกรกฎาคม 2554 รวมเป็นเวลา 1 ปี กรณีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนักวิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ขออนุญาตอัดเทปและดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในสถานที่ที่เป็นห้องส่วนตัว สงบ ไม่มีเสียงรบกวน และอยู่ในบริเวณที่มีคนมองเห็น เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึงกุมภาพันธ์ 2554 จนได้ข้อมูลที่อิมตัวจึงยุติการสัมภาษณ์ ได้กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด จำนวน 39 คน ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติที่มาเยี่ยม พยาบาล และจากเอกสารการสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลเอง

ผล

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.7) อายุเฉลี่ย 25.39 ± 6.0 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 64.2) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลายและปริญญาตรี

(ร้อยละ 35.8, 29.4 และ 12.8 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ว่างงาน (รวมทั้งแม่บ้านและ นักเรียน) (ร้อยละ 53.2) (ตารางที่ 1)

2. การเสฟไอซ์ ส่วนใหญ่จะเสฟโดยวิธีสูบผ่านน้ำโดยใช้อุปกรณ์ในการสูบซึ่งเรียกว่า “โจ้” (ร้อยละ 85.3) ปริมาณที่เสฟต่อวันมีค่ามัธยฐาน 1 กรัม โดยปริมาณไอซ์ที่เสฟนั้นไม่เกิน 0.5 กรัมมากที่สุด (ร้อยละ 39.4) รองลงมา คือ 0.51-1 กรัม (ร้อยละ 25.7) ความถี่ในการเสฟไอซ์ จะเสฟทุกวัน (ร้อยละ 42.2) รองลงมา เสฟวันเว้นวัน (ร้อยละ 28.4) ระยะเวลาที่เสฟเฉลี่ยนาน 2.78 ปี โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 65.1) รองลงมา น้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 25.7) สถานที่ที่ใช้เสฟ คือ ห้องพัก (ร้อยละ 74.3) หรือเช่าโรงแรมเสฟ (ร้อยละ 21.1) ช่วงเวลาที่เสฟมักจะเสฟเวลาที่อยู่บ้าน (ร้อยละ 65.1) รองลงมา คือ ก่อนออกไปเที่ยว (ร้อยละ 22) และเสฟขณะเที่ยวในสถานเริงรมย์ น้อยที่สุด (ร้อยละ 4.6)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพไอซ์จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=109)		กลุ่มที่เสพไอซ์โดยตรง (N=21)		กลุ่มที่เคยใช้ยาเสพติด ชนิดอื่นมาก่อน (N=88)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	45	41.3	4	19	41	46.6
หญิง	64	58.7	17	81	47	53.4
อายุ (เฉลี่ย + SD ปี)	25.39 ± 6.0		24.75 ± 6.28		25.54 ± 5.97	
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	4	3.7	1	4.8	3	3.4
ประถมศึกษา	9	8.3	1	4.8	8	9.1
มัธยมศึกษาต้น	39	35.8	6	28.6	33	37.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	29.4	3	14.3	29	33.0
อนุปริญญา	11	10.1	2	9.5	9	10.2
ปริญญาตรี	14	12.8	8	38.1	6	6.8
สถานภาพ						
โสด	70	64.2	16	76.2	54	61.4
สมรส	26	23.9	4	19	22	25
หม้าย/หย่า/แยก	13	11.9	1	4.8	12	13.6
อาชีพ						
ว่างงาน	48	44	7	33.3	41	46.6
รับจ้าง	12	11	4	19	8	9.1
ค้าขาย	24	22	5	23.8	9	21.6
รับราชการ	2	1.8	0	0	2	2.3
นักเรียน	10	9.2	4	19	6	6.8
พนักงานบริษัท	5	4.6	0	0	5	5.7
สถานเริงรมย์	3	2.8	0	0	3	3.4
อื่นๆ	5	4.6	1	4.8	4	4.5

3. กระบวนการเสพไอซ์

3.1 ระยะเริ่มต้น กลุ่มที่เสพไอซ์โดยตรง ครั้งแรก พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการอยากลองมากที่สุด รองลงมา คือ เพิ่มความสนุกสนาน

และเพื่อนชวน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นมาแล้ว เกิดจากอยากลอง รองลงมา คือ เพื่อนชวน และมีคนแนะนำให้ใช้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการเสพยาไอซ์ครั้งแรก

	กลุ่มที่เสพยาไอซ์โดยตรง (N=21)		กลุ่มที่เคยใช้ยาเสพติด ชนิดอื่นมาก่อน (N=88)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยากลอง	18	85.7	60	68.2
เพิ่มความสุขสนุกสนานในการเที่ยว	11	52.4	23	26.1
เพื่อนชวน	10	47.6	35	39.8
อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เสพยา	6	28.6	22	25
มีคนแนะนำให้ใช้	5	23.8	32	36.4
มีคนซื้อให้	3	14.3	13	16
ต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	2	9.5	11	12.5
อื่นๆ (เครียด, มีฤทธิ์แรงกว่ายาบ้า, ช่วยให้อม, ช่วยให้ ผิวพรรณสวย, หาเสพยาได้ง่าย)	1	4.8	11	12.5
เพิ่มความกล้า	1	4.8	6	6.8

3.2 ระยะเสพยาต่อเนื่อง เหตุผลของการเสพยาไอซ์อย่างต่อเนื่อง พบว่า ทั้งสองกลุ่มต่างให้เหตุผลในการเสพยาไอซ์อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะการติดไอซ์ที่เหมือนกัน คือ ติดใจใน

รสชาติ ร่องลงมา คือ ทำงานได้นานขึ้นและดีขึ้น และป้องกันไม่ให้คนอื่นรู้ว่าเสพยา ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการเสพยาไอซ์อย่างต่อเนื่องของผู้เสพยาไอซ์

	กลุ่มที่เสพยาไอซ์โดยตรง (N=21)		กลุ่มที่เคยใช้ยาเสพติด ชนิดอื่นมาก่อน (N=88)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ติดใจในรสชาติ	13	61.9	63	71.6
ทำงานได้นานขึ้นและดีขึ้น	10	47.6	28	31.8
ป้องกันไม่ให้คนอื่นรู้ว่าเสพยา	10	47.6	22	25
อื่นๆ (ลดความเครียด, เพิ่มความกล้าแสดงออก, มีความสุข ช่วยลดน้ำหนัก, เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้, ช่วยเพิ่มสมาธิ ในการอ่านหนังสือ)	3	14.3	13	14.8
รู้สึกเท่และได้รับการยอมรับจากกลุ่มคนชั้นสูง	2	9.5	10	11.4
ช่วยให้มีรายได้	2	9.5	8	9.1
ช่วยให้เข้าสังคมกับกลุ่มคนที่สถานภาพสูงกว่า	1	4.8	7	8.0

4. ผลกระทบของยาเสพติดต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพไอซ์

4.1 ผลกระทบทางสุขภาพร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม พบว่า จะมีอาการผอมลงหรือน้ำหนักลด รองลงมาคือ ร่างกายทรุดโทรม และความจำลดน้อยลงหรือจดจำได้ไม่นาน ด้าน

อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป คือมักจะมีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ใจร้อน และตื่นเต้น ตกใจง่าย ซึ่งนำไปสู่ปัญหาด้านการเรียนหรือการทำงาน โดยพบว่ากลายเป็นผู้ที่ขาดความรับผิดชอบต่อการหน้าที่การงาน หยุดเรียนหรือขาดงานบ่อยครั้ง และไปทำงาน/ไปเรียนสาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผลกระทบด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และพฤติกรรม การเรียนการทำงาน

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
ผอมลง หรือน้ำหนักลด	102	93.6
ทรุดโทรม	95	87.2
ความจำลดน้อยลง หรือจดจำได้ไม่นาน	89	81.7
อ่อนเพลีย หรือทำงานไม่ได้	80	73.4
สุขอนามัยส่วนตัวไม่ดี	60	55
เจ็บป่วยง่าย	58	53.2
เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ	46	42.2
ด้านอารมณ์ และพฤติกรรม		
หงุดหงิด โมโหง่าย	97	89
ใจร้อน	90	82.6
ตื่นเต้น หรือตกใจง่าย	86	78.9
เก็บตัว หรือแยกตัว	82	75.2
ไม่เชื่อฟังพ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง	70	64.2
ไม่สนใจตัวเอง หรือสิ่งแวดล้อม	68	62.4
ซึมเศร้า	68	62.4
ขาดการตัดสินใจที่ดีหรือไม่แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่างๆ	67	61.5
ด้านการเรียน/การทำงาน		
ขาดความรับผิดชอบต่อการงาน	88	80.7
หยุดเรียน หรือขาดงานบ่อยครั้ง	78	71.6
ไปทำงาน หรือไปเรียนสาย	70	64.2
ถูกว่ากล่าวหรือตำหนิติเตียนเรื่องการทำงานบ่อยครั้ง	67	61.5
ไม่ก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	66	60.6
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนในที่ทำงาน หรือผู้ร่วมงานเสียไป	64	58.7
ผลงานไม่ดี	58	53.2
ทำงานไม่เสร็จ	58	53.2

4.2 ผลกระทบต่ออาการทางจิตประสาท พบว่า อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการซึมเศร้า รองลงมา คือ หูแว่ว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน และทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 68.8, 62.4, 56, 40.4 และ 33.9 ตามลำดับ

4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเสียไปมากที่สุด รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวไม่ไว้วางใจ หรือเชื่อถือ และครอบครัวอับอายเพื่อนบ้าน ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผลกระทบต่อครอบครัวจากการเสพยาไอซ์

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเสียไป	93	85.3
สมาชิกในครอบครัวไม่ไว้วางใจ หรือไม่เชื่อถือ	87	79.8
ครอบครัวอับอายเพื่อนบ้าน	75	68.8
ทะเลาะกันบ่อยครั้ง	69	63.3
ขาดความสนใจ /ขาดความรับผิดชอบดูแลครอบครัว	68	62.4
เป็นภาระของครอบครัว	65	59.6
ครอบครัวต้องเสียรายได้	61	56
ครอบครัวแตกแยก	52	47.7
สมาชิกในครอบครัวเลิกให้ความสนใจ	50	45.9
เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนรังเกียจ	50	45.9
สมาชิกในครอบครัวเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย จากพฤติกรรมก้าวร้าว	46	42.2
สมาชิกในครอบครัวแสดงความรังเกียจ	38	34.9
สมาชิกในครอบครัวตัดความสัมพันธ์	27	24.8

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง 39 คน

1. กระบวนการเสพยาไอซ์ จากการสัมภาษณ์ พบว่ากระบวนการเสพยาไอซ์แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

1.1 ระยะเริ่มต้น จุดเริ่มต้นของการก้าวเข้าสู่การใช้ไอซ์ครั้งแรกในชีวิต คือ ได้รับการชักชวนหรือเชิญชวนจากบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองคุ้นเคย สนับสนุนและให้ความไว้วางใจมากเป็นพิเศษแต่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว เป็นการเริ่มต้นก้าวเข้าสู่การเสพยาไอซ์ แตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้เสพยาแต่ละคน เหตุผลของการเสพยาไอซ์ในผู้เสพยาใหม่ที่พบในการศึกษานี้มี 5 ประการคือ

1) ทดลองใช้เพราะความอยากรู้อยากเห็น 2) ช่วยปลดปล่อยความเครียดและความทุกข์ 3) ต้องการให้มีรูปร่างผอมสวยและผิวขาว 4) ความจำเป็นในการประกอบอาชีพ และ 5) ช่วยให้งดจำหรืออ่านหนังสือได้นานขึ้นเพื่อเตรียมตัวสอบ

“ก็แค่อยากรู้อยากลอง เพราะเพื่อนมันบอก ว่าครั้งเดียวไม่ติดหรอก และหนูก็ไม่คิดว่ามันจะติด แต่พอเล่นไปเรื่อยๆ มารู้สึกที่หนูเลิกมันไม่ได้แล้วค่ะ” (หญิงอายุ 19 ปี)

“เค้าบอกว่า มันไม่โถมหรอก มันดี คุณแล้ว ขาวนะ ไม่อ้วนด้วย เราก็ไม่อยากจะอ้วนอยากให้น้ำหนักมันลงเร็วก็เลยเล่นกับเค้า” (หญิงอายุ 20 ปี)

“แฟนขอลีก มันเสียใจทำอะไรไม่ถูก พอไปลองเล่นมันก็เหมือน อยู่กับตัวเองได้อยู่คนเดียวได้ ลืมเขาไป” (หญิงอายุ 32 ปี)

“พี่เค้าบอกว่าเล่นแล้วไม่ทำให้อ้วน หนูมาทำงานแบบนี้มันจำเป็นที่ต้องใช้รูปร่าง หน้าตา” (หญิงอายุ 32 ปี)

“จะสอบอังกฤษก็ไปติวกัน เพื่อนเค้าเล่นไปด้วยอ่านไปด้วย หนูก็เลยลอง เพื่อนบอกว่าอ่านหนังสือได้ มันไม่หลับไม่นอน เหมือนมีเวลาเยอะค่ะ” (หญิงอายุ 24 ปี)

ส่วนเหตุผลของการเสพไอซีในกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดอื่นมาก่อนนั้น มีจุดเริ่มต้นการเสพเช่นเดียวกับผู้เสพรายใหม่ คือ เกิดจากบุคคลใกล้ชิดสนิทสนมชักชวนหรือแนะนำให้ใช้ แต่จุดที่แตกต่างคือผู้เคยเสพยาเสพติดมาแล้วมักจะไม่มี ความลังเลใจหรือเลื่อนการตัดสินใจที่จะเสพออกไปแต่กลับมีความกระตือรือร้นอยากเสพและเสพทันทีเมื่อได้รับการชักชวนครั้งแรก ซึ่งเหตุผลในการเสพสรุปได้ 4 ประการ คือ 1) อยากลองเทียบรสชาติกับยาเสพติดชนิดอื่น 2) เพื่อทดแทนยาบ้าที่ราคาแพงและหาซื้อยาก 3) มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยกว่า และ 4) ราคาถูกกว่ายาบ้า

“ตอนแรกไม่รู้จัก แต่เพื่อนว่าดี เป็นหัวเชื้อไอซ์มันแรงกว่า ก็เลยลองดูว่าจะต่างจากยาบ้ากับกัญชายังไง” (หญิงอายุ 39 ปี)

“เค้าบอกว่าเค้าไม่มียาบ้า เค้ามีน้ำแข็ง (ยาไอซ์...ผู้วิจัย) ตำรวจปราบหนัก มันลงใต้ดินหมดผมก็ต้องเล่นไอซ์แทน” (ชายอายุ 18 ปี)

“เค้าบอกว่าของใหม่น้ำแข็ง เคยลองหรือยัง มันแรงกว่า ดีกว่าเยอะ หน้าตาไม่ซีดเซียวหน้าผ่องใสหน้าจะอิม ก็เลยลองดู” (ชายอายุ 24 ปี)

“ตอนนั้นผมใช้ยาบ้าวันละ 10-20 เม็ด

เพื่อนบอกว่าไอซ์ดีกว่า ได้เยอะกว่า ดูดได้ตั้งหลายทีซื้อ 500 เหมือนดูดม้า 2-3 ตัว ถูกกว่าม้าก็เลยหันมาไอซ์เรื่อยมา” (ชายอายุ 18 ปี)

1.2 ระยะเสพต่อเนื่อง เมื่อมีการเริ่มต้นเสพในครั้งแรกแล้วหากการทดลองใช้นั้นยุติไปก็เท่ากับว่าผู้เสพรายนั้นหลุดพ้นจากวงจรยาเสพติดไปได้ แต่ส่วนใหญ่กลับพบว่ายังคงมีการเสพในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ต่อๆ ไป ซึ่งผลการสัมภาษณ์พบว่า เจาะใจที่เป็นการสนับสนุนให้ผู้เสพไอซ์ยังคงมีการเสพอย่างต่อเนื่องมีด้วยกัน 4 ประการ คือ 1) รู้สึกติดใจหรือประทับใจต่อความรู้สึกที่เกิดหลังเสพยาครั้งแรก เนื่องจากชื่นชอบต่อความสวยงามและความแปลกใหม่ของอุปกรณ์การเสพไม่ต้องกังวลว่าจะมีผู้สงสัยว่าใช้ยาเสพติด และให้ความรู้สึกมีความสุข เพลิดเพลิน 2) พึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถตอบสนองสิ่งที่ตนเองขาดให้สมบูรณ์ได้ 3) มีเงินมากพอในการหาซื้อยาเสพได้ และ 4) ชอบความสนุกสนานจากการเที่ยว

“ใจส์สวยๆ เยอะเลย เป็นรูปมังกร ผู้หญิงฟักทอง มันจะหมุนไปได้อบ เราก็ไล่ควั่นควั่นก็จะขึ้นมาก ไฟมันวิ่งไปเรื่อยในใจส์สวยมาก หนูชอบมาก” (หญิงอายุ 27 ปี)

“ยาไอซ์ไม่มีกลิ่น คือเสพยังไงก็ไม่มีใครทราบ สิบบุหรี่ยาบ้ายังมีกลิ่น” (หญิงอายุ 31 ปี)

“มันเมาแบบมันเพลิน มีความสุข แต่มีสติค่ะ เล่น Hi 5 มันเพลิน หนูก็เลยชอบยาไอซ์มากกว่ายาบ้า คือพียาไอซ์มันจะดีกว่า” (หญิงอายุ 25 ปี)

“กล้าแสดงออก กล้าเชิญแขกลูกค้าที่เดินผ่านไปผ่านมา ผมก็จะแซวแซกบ้าง มันจะออกมาเองโดยอัตโนมัติ ถ้าไม่เสพ ผมก็จะยืนเฉยๆ คุยเฉยๆ” (ชายอายุ 45 ปี)

“พออดแล้วก็ออกไปเที่ยวกัน พอเริ่มสนุก เริ่มเพลินก็จะคิดทำเต๋นได้หลายแบบส่วนใหญ่ไปเที่ยวผับ คนยิ่งเยะเยิ่งสนุก ” (หญิงอายุ 19 ปี)

1.3 ระยะติดยา สาเหตุของการเสพยาอย่างต่อเนื่องจนเกิดอาการติดยา เนื่องจากผู้เสพยา มีความเชื่อว่าไอซ์มีประโยชน์และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ซึ่งสรุปได้ 5 ประการ คือ 1) เพิ่มความขยันอดทนและมีความมุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จ 2) ช่วยเพิ่มความสุขและความสนุกสนานกับกลุ่มเพื่อน 3) ช่วยทำให้รูปร่างผอมบางและผิวพรรณขาวเนียน 4) ช่วยปรับสภาพทางสังคมให้สูงขึ้น และ 5) เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ

“ทำให้เราขยันทำงาน ทำอะไรเรียบริ่อยซักผ้า รีดผ้า ไปร้านดูเรื่องหมู ไก่ ดูบิลว่า ค่าซื้อไปเท่าไร ต้องไปคุมเรื่องการเงิน ทำอะไรก็เอี่ยมไปหมด มันได้งาน” (หญิงอายุ 27 ปี)

“เหมือนเราได้อัศจรรย์ตัวเองขึ้น เรามาจากอีกที่หนึ่ง มารู้อีกอยู่กับพวกไฮโซ ใช้อะไรที่เหมือนเขาเหมือนเราเป็นกลุ่มเดียวกับเขา” (หญิงอายุ 32 ปี)

“ใช้แล้ว มันไม่ดำ หน้าไม่มัน ลิวไม่ขึ้นมัน เป็นจริงๆ ทำให้เราดูผอมและขาวขึ้นหน้าตาไม่มี ลิวไม่มีฝ้า” (หญิงอายุ 26 ปี)

“มีอะไรกับแฟนได้ทุกวันเลย ในช่วงที่ยาหมดฤทธิ์มันก็ยังมีอารมณ์ทางเพศอยู่ แฟนเขาแปลกใจว่าทำไมผมบ่อยขึ้น” (ชายอายุ 17 ปี)

ในระยะแรกนั้นผู้เสพยาไอซ์ยังไม่ได้รับผลกระทบหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเสพยา ส่วนใหญ่มักจะคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการใช้ยาได้ ผู้เสพยาบางคนจะใช้วิธีในการลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว โดยการควบคุมความถี่ในการเสพยาให้ห่างออก รับประทานอาหารเสริมบำรุงร่างกายเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลในครอบครัวหรือ

รอบข้างสงสัยว่าเสพยา แต่เมื่อเสพยาได้ระยะหนึ่งผู้เสพยาก็เริ่มยอมรับว่าตนเองกลายเป็น “ผู้ติดยาเสพติด” โดยผ่านการรับรู้ด้วยตนเองว่าไม่สามารถหยุดเสพยาได้เพราะมีความต้องการเสพยาเพิ่มมากขึ้นส่วนบางคนรับรู้จากบุคคลใกล้ชิด บอกว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

1.4 ระยะเลิกยา เมื่อผู้เสพยาเสพติดเริ่มยอมรับว่าติดยา ส่วนใหญ่จะพยายามหยุดการใช้ยาด้วยตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การหักดิบ การหักห้ามใจ การทิ้งอุปกรณ์การเสพ การไปบวช เป็นต้น แต่สุดท้ายก็ไม่สามารถหักห้ามใจตนเองได้ต้องกลับไปเสพยาอีกจนต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัด ซึ่งเหตุผลของการเข้ารับการบำบัดนั้นพบว่ามี 2 ลักษณะ คือเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ โดยครอบครัวพามาเข้ารับการบำบัด และถูกบังคับบำบัดโดยถูกตำรวจจับ ซึ่งพบว่าความมุ่งมั่นและความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดอย่างจริงจังในผู้เข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจจะมีสูงมากกว่าผู้ที่ถูกบังคับบำบัด

“พยายามฝืนตัวเอง บอกตัวเองว่าเลิกแล้วนะเลิกได้ บางทีก็เดือนสองเดือนไม่เสพเลย แต่ก็ทนไม่ได้ เข้าสภาพเดิม เพราะความรู้สึกผมยังคิดว่ามันช่วยทำให้ผมกล้า พอเราเห็นบ่อยๆ ก็อยากขึ้นมาก็กลับไปใช้” (ชายอายุ 45 ปี)

“มารู้อตัวว่าติด มีอาการสั่นแล้วอยากยามันเสี้ยน เลยบอกแฟนว่าไม่ไหวแล้วส่งมาบำบัดหน่อยเถอะ ก่อนมาก็อาละวาดที่บ้าน คิดว่าจะต้องเลิกให้ได้ ไม่เอาแล้ว” (หญิงอายุ 29 ปี)

“โดนจับค่ะ ขอรหัสยาไอซ์ไว้ในครอบครองแล้วมาคุมประพฤติที่นี่” (หญิงอายุ 20 ปี)

2. ผลกระทบของยาเสพติดต่อสุขภาพและครอบครัวของผู้เสพยาไอซ์

2.1 ผลกระทบทางสุขภาพร่างกายและพฤติกรรม ผู้เสพไอซ์ทุกคนต่างยอมรับว่าการเสพไอซ์ส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรมอย่างชัดเจน คือ มีรูปร่างหน้าตาซูบผอม แก้มตอบ ผิวหนังซีดเหลืองเหี่ยวแห้ง อ่อนเพลียไม่มีแรงปวดเมื่อยกระดูกต้นคอและกระดูกสันหลัง ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัด มีกลิ่นตัว เจ็บแสบในลำคอและจมูก คอแห้ง ขมคอ กลืนน้ำลายไม่ได้ ฯลฯ สภาพอารมณ์เปลี่ยนไป อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวโกรธและโมโหง่าย ขาดความอดทน เอาแต่ใจตนเอง ก้าวร้าว หมกมุ่นกับการใช้ยา ไม่สนใจผู้อื่น และความจำไม่ดี ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานไม่ดี เพราะไม่สนใจงาน ขาดความรับผิดชอบ ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถทำงานได้ สุดท้ายต้องลาออกหรือถูกให้ออกจากงาน

“ตัวผอม โทรมมาก มันไม่ได้ขาวขึ้น ที่ใครบอกว่าเล่นยาไอซ์แล้วจะขาวขึ้น” (หญิงอายุ 19 ปี)

“ตัวชา ไม่มีแรง หน้ามืด ผิวมันแห้ง เหี่ยวแล้วก็มีกลิ่นตัว มีกลิ่นในลำคอ รู้สึกกลืนยาอยู่ในลำคอ มันเหม็น มันขมคอ ตาก็ไม่สู้แดด” (หญิงอายุ 19 ปี)

“ใจร้อน ทำอะไรไม่ค่อยคิด ไม่ฟังใคร เอาอารมณ์ตัวเองเป็นหลักมากกว่า สมองสั่งการซ้ำจดจำไม่ค่อยได้ เหมือนความจำเราเสื่อมถอยไปทำอะไรก็หลงๆ ลืมๆ ที่ทำงานคล่องๆ กลายเป็นทำงานพลาดบ่อย จนโดนไล่ออก” (ชายอายุ 17 ปี)

2.2 อาการทางจิตประสาท พบว่า ผู้เสพไอซ์เมื่อเสพไประยะหนึ่งจะเริ่มมีอาการหลอนทางเสียงและการมองเห็นมากที่สุด เช่น อาการหูแว่วมองเห็นสิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง สับสนระหว่างความจริงกับจินตนาการ

“หลังๆ มาเริ่มเห็นผี เหมือนกับผีมันอยู่ใกล้

ตัวหนูมาก เหมือนมีเสียงลั้งให้หนูวิ่งให้รถชน หนูควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำตามทีเสียงลั้งออกไป คือหลอนจริงๆ แบบเห็นผีจริงๆ” (หญิงอายุ 31 ปี)

“เราจ้องมองมดแล้วเหมือนเราคุยกับมันในจิตคะ เราถามว่าไปไหน เหมือนมันตอบกลับมาแต่เราไม่ได้ยินนะคือจิตเราเหมือนมันตอบให้เราถาม “มด” ในใจนะว่าจะไปไหน มันก็ตอบกลับมาว่า “ชนของ” เหมือนหนูพูดคนเดียวบนตัวเอง” (หญิงอายุ 19 ปี)

2.3 ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวรับทราบว่าคุณคลอนเป็นที่รักเป็นผู้ติดยาเสพติด ทำให้สมาชิกเกิดความเครียดและทุกข์ใจอย่างมาก บางครั้งเกิดการทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกาย ซึ่งเกิดจากความไม่พอใจต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้เสพ เช่น การใช้เงินซื้อยาเสพ ขาดความรับผิดชอบ ถูกไล่ออกจากงาน ไม่ยอมไปเรียนหนังสือ ลักษณะสิ่งของในบ้าน เป็นต้น

“หนูไม่ฟังเค้าเลยตอนนั้น เค้าตีหนูๆ ก็ปล่อยให้เค้าตี เจ็บแล้วก็โกรธ พอเค้าตีเสร็จ หนูก็เดินออก แม่ก็ร้องไห้ บ้านไม่มีความสุขกันเลย หนูมีเรื่องทะเลาะกับแม่ทุกวัน” (หญิงอายุ 21 ปี)

“ที่บ้านให้ใช้เดือนละ 12,000 พอใช้ยาทุกวันก็ไม่พอ กลับบ้านต้องคอยจี้เงินแม่บ่อยๆ ทีหลังมาถาม หนูก็สารภาพว่าใช้ยา แม่ร้องไห้ทั้งวันไม่ไปทำงาน นั่งเฝ้าหนูไม่ให้ไปไหนเลยแม่ไม่ไปทำงานพ่อก็ไม่มีคนช่วย พ่อก็โกรธมาก” (หญิงอายุ 25 ปี)

“ความจำเราเสื่อมถอยไป ทำอะไรก็หลงๆ ลืมๆ ทำงานพลาดบ่อย จนโดนไล่ออก แฟนถามว่าโดนไล่ออกเพราะอะไร ผมก็บอกว่าติดยา เค้ารับไม่ได้บอกเลิกผมไปเลย” (ชายอายุ 23 ปี)

วิจารณ์

1. คุณลักษณะของผู้เสพไอซ์ พบว่า ผู้เสพไอซ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเฉพาะผู้เสพไอซ์รายใหม่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 81 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 38.1 ส่วนผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเสพยาเสพติดอื่นมาก่อน เป็นเพศหญิงและเพศชายในอัตราใกล้เคียงกัน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สอดคล้องกับสถิติของผู้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทั้งของสถาบันธัญญารักษ์³ และภาพรวมของประเทศ² พบว่า ไอซ์เป็นตัวยาเดี่ยวที่พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

2. กระบวนการเสพยาไอซ์

ระยะเริ่มต้น ผู้เสพไอซ์รายใหม่ในการศึกษานี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงให้เหตุผลในการเสพยาไอซ์เพราะต้องการให้มีรูปร่างผอมสวย ผิวขาว และเป็นความจำเป็นในการประกอบอาชีพ ซึ่งธรรมชาติของผู้หญิงนั้นเป็นเพศที่รักสวย รักงาม และจะพยายามทำให้ตัวเองดูดี ดูสวยอยู่เสมอ ต้องการมีรูปร่างที่สวยงาม สบส่วน พยายามหาวิธีการลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหาร ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานและต้องทำการควบคุมอย่างจริงจัง ใช้พลังความเข้มแข็งของจิตใจเป็นอย่างมาก บางครั้งไม่สามารถทำได้สำเร็จ อีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มผู้หญิงที่ต้องทำงานอาชีพที่ต้องใช้ความสวย มีรูปร่างดี เช่น หญิงที่ทำงานบริการในสถานเริงรมย์ เมื่อได้รับข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดว่า “ไอซ์” จะช่วยให้ตนเองมีรูปร่างผอมลงได้อย่างรวดเร็ว และช่วยให้มีผิวพรรณขาวสวยขึ้นกว่าเดิม จึงตัดสินใจใช้ไอซ์เพื่อให้ได้ผลตามที่ตนเองต้องการ เช่นเดียวกับการศึกษาของฮัทในปี 2005 พบว่าผู้หญิงเสพยาไอซ์มากกว่าโคเคน เพื่อต้องการให้มีรูป

ร่างสวยงาม⁵ และการศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่า ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน คือ กลุ่มวัยรุ่นที่เข้าไปเที่ยวในสถานเริงรมย์ ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก เกยผู้หญิงที่มีอาชีพเต้นรำ และในงานเลี้ยงสังสรรค์^{5,6}

ทั้งนี้เพราะไอซ์ประกอบด้วยเมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ มีฤทธิ์เช่นเดียวกับยาบ้า ออกฤทธิ์ควบคุมต่อศูนย์ควบคุมแอฟพิไทต์ (appetite) หรือศูนย์หิวในสมอง (hunger center)^{7,8} จะควบคุมความอยากอาหาร ทำให้ไม่รู้สึกหิว ผู้ที่เสพยาจึงไม่รับประทานอาหาร ร่างกายจึงผอมลง ส่วนการช่วยให้ผิวขาวขึ้นนั้นเป็นเพราะเมทแอมเฟตามีนจะไปเร่งการปลดปล่อยสารอะดรีนาลิน (Adrenalin) และนอร์อะดรีนาลิน (Noradrenalin) ออกมาในปริมาณที่มากกว่าปกติ ซึ่งมีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง ร่างกายจะมีอุณหภูมิสูงขึ้น เหงื่อออกมากผิดปกติ ดังนั้นผู้เสพยาจึงต้องอยู่ในที่ๆ มีอากาศเย็น จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้เสพไอซ์ส่วนใหญ่จะอยู่ในห้องพักดีดแอร์ ไม่ค่อยได้ออกนอกบ้าน ชอบใช้ชีวิตกลางคืน เพราะไม่สามารถถูกแดดจ้าได้เนื่องจากจะมีอาการแสบตามาก จากการที่ไม่ได้สัมผัสกับแสงแดดจึงทำให้ผิวขาวขึ้นได้ เช่นเดียวกับผู้เสพยาอี ร่างกายจะมีอุณหภูมิสูงขึ้น เหงื่อออกมาก และต้องอยู่ในที่ที่มีความเย็นหรือในห้องแอร์ เพราะจะทำให้ผู้เสพยาอาการดาวน์เกิดขึ้น หรือเกิดอาการดาวน์เร็วกว่ากำหนด เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาลดน้ำหนัก^{10,11} ส่วนเหตุผลของการเสพยาไอซ์ เนื่องจากความจำเป็นในการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มหญิงสาวที่ทำงานที่ต้องใช้ความสวยและความสวยในการประกอบอาชีพ เช่น งานบริการในสถานเริงรมย์ พนักงานบาร์เบียร์ บาร์ญี่ปุ่น เป็นต้น ทั้งนี้เพราะเมื่อได้เสพยาเข้าไปแล้วจะทำ

ให้มีความกล้าในการแสดง ลดความอาย และมีอารมณ์รื่นเริง เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลต่อการเพิ่มการเคลื่อนไหว (Locomotor stimulant) และเพิ่ม physical และ mental performance ทำให้ร่างกายตื่นตัว อยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องมีการเคลื่อนไหว ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า (fatigue) ไม่ง่วงนอน จิตใจสดชื่น แจ่มใส และมีความมั่นใจในตนเองสูง^{8,12} จึงทำให้ผู้เสพเห็นถึงประโยชน์จึงใช้อย่างต่อเนื่องจนเสพติด

ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์การเสพยาเสพติด จะได้รับข้อมูลว่า ไซ้แล้วดี ไม่โทรม ฤทธิ์แรงกว่ายาบ้า คนอื่นไม่รู้ว่าเป็นยาเสพยา จึงเกิดความอยากลองว่าเป็นจริงตามที่ได้รับข้อมูลหรือไม่ ประกอบกับเพื่อเป็นการทดแทนยาบ้าที่มีราคาแพงและหาซื้อยาก และคิดว่ายาไอซ์คุ้มค่าราคาถูกกว่ายาบ้า ซึ่งส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การเสพยาบ้ามาแล้ว และเสพจนมีอาการติดยา ต้องใช้ยาบ้าในปริมาณที่มากขึ้น บางรายต้องเสพวันละ 10 เม็ด คิดเป็นเงินวันละ 3,000 บาท แต่ยาไอซ์จะขายในราคาที่ถูกลง จีละ 2,500 - 4,000 บาท (น้ำหนัก 1 กรัม) ผู้ค้าบางรายจะแบ่งใส่ถุงขาย การเสพไอซ์จะเสพผ่านน้ำ ซึ่งไอซ์นั้นเป็นเมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์เกือบ 100 % ขณะที่ผู้เสพสูดไอซ์ของไอซ์ จะได้เมทแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว จึงออกฤทธิ์ได้แรงกว่าและยาวนานกว่ายาบ้า โดยจะออกฤทธิ์นานถึง 12 ชั่วโมง เมื่อนำไอซ์ไปลงไฟให้เป็นควัน ไอซ์จะเปลี่ยนเป็นของเหลว เมื่อเย็นตัวลงก็จะคืนตัวในรูปผลึกเหมือนเดิม ซึ่งสามารถนำมาเสพต่อได้อีก⁹ ส่วนยาบ้าจะเสพโดยการวางบนฟรอยด์แล้วใช้ไฟลง ผู้เสพจะสูดควันที่ระเหยออกมา ส่วนหนึ่งควันจะระเหยไปในอากาศ และกลายเป็นเถ้า ไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก ผู้เสพจึงรู้สึกว่ายาเสพยาไอซ์คุ้มค่ากว่าจึงเปลี่ยนมาใช้ไอซ์มากขึ้น

ระยะเสพอย่างต่อเนื่องและระยะติดยา

เหตุผลที่ผู้เสพไอซ์ยังมีการเสพอย่างต่อเนื่องจนเป็นกิจวัตรประจำวันในชีวิตที่ไม่สามารถหยุดได้ จนเกิดภาวะการติดยา เนื่องจากมีความเชื่อและเห็นว่าไอซ์มีประโยชน์ต่อตนเองมากกว่าโทษ จากการศึกษา พบว่า คือ เกิดจากรู้สึกติดใจในรสชาติ มีความพึงพอใจหรือความชื่นชอบต่อไอซ์ที่ช่วยตอบสนองอารมณ์หรือในสิ่งที่ตนเองขาดไปให้สมบูรณ์ขึ้น ทั้งในอารมณ์ตั้งใจเรียน ทำให้รูปร่างผอมลง ร่างกายไม่ทรุดโทรม ทำงานได้นานขึ้น และดีขึ้น คนอื่นไม่รู้ว่าเป็นยาเสพยา เพิ่มสมรรถนะทางเพศ ปรับสถานภาพทางสังคมของผู้เสพยาเสพติดให้สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษานิรนาท แสนสา พบว่า การเข้าสู่กระบวนการเสพยาบ้าแบบบางครั้งของนักเรียนวัยรุ่น เนื่องจากติดใจในรสชาติของยาบ้า เพราะผลของการเสพยาบ้าทำให้มีความรู้สึกตื่นตัว สนุกสนาน ร่าเริง จึงรับรู้ว่ายาคือสิ่งที่ดีให้รสชาติแปลกใหม่ มีความหอมมันจนทำให้รู้สึกชอบใจอยากที่จะใช้ซ้ำ¹³ ส่วนเหตุผลที่ป้องกันไม่ให้นักเรียนรู้ว่าเสพยานั้นผู้เสพไอซ์ให้เหตุผลว่า เนื่องจากไอซ์ไม่มีกลิ่น หลังเสพยาพฤติกรรมจะอยู่หนึ่ง มีความมานะ อดทนสูง ทำงานจนสำเร็จ ต่างจากยาบ้าที่มีกลิ่น จะมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ลุกลุกกลอน ใจร้อน ทำงานที่มีความละเอียด ประณีตไม่ได้ ทำให้งานเสียหาย ซึ่งผู้ที่พบเห็นสามารถรู้ได้ว่าเสพยา

ประเด็นความเชื่อในเรื่องปรับสถานภาพทางสังคมของตนเองให้สูงขึ้น พบว่า มีผู้เสพไอซ์บางรายหันมานิยมใช้ไอซ์ เพราะเชื่อว่าเป็นเสมือนยกระดับสถานภาพตนเองให้อยู่ในกลุ่มเดียวกับผู้เสพไอซ์ที่มีชื่อเสียง เนื่องจากไอซ์แพร่ระบาดมาจากต่างประเทศ จะมีราคาแพง ซึ่งผู้เสพไอซ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะที่ดี มีชื่อเสียงในสังคม

หรือนักแสดงที่มีคนรู้จัก ซึ่งมักเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า “ไฮโซ” เมื่อได้เข้ามาใช้ยา คบหาสมาคม และใช้สิ่งของที่มีราคาแพงเหมือนกับกลุ่มคนเหล่านี้ จึงรู้สึกว่าคุณเองมีสถานภาพเดียวกัน เป็นกลุ่มเดียวกันกับเขา ซึ่งการรวมกลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มทางสังคม (Social Group) มีการติดต่อกันและมีการสังสรรค์กันทางสังคม สมาชิกของกลุ่มจะมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน¹⁴

ผลการศึกษาที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นคือผู้ที่เสพยาไอซ์มีความเชื่อว่า จะทำให้สมรรถนะทางเพศดีขึ้น เป็นเพราะยาจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท คือ อะดรีนาลิน (adrenalin) แต่ก็ลดเร็ว⁷ หรือถ้าใช้ในขนาดที่สูงจะเพิ่มความต้องการทางเพศ⁸ ซึ่งอาจนำไปสู่การสำส่อนทางเพศ และนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี แต่จากผลการศึกษา พบว่า ผลกระทบจากการเสพยาไอซ์ ประการหนึ่ง คือ สมรรถภาพทางเพศลดลง ร้อยละ 42.2 มีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ที่เสพยาบ้าานานๆ มักจะเป็นหมัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้เสพยาบ้าานั้นจะมีความรู้สึทางเพศจำลอง โดยการวัดฮอร์โมนเพศชาย (testosterone) ของผู้เสพติดยาบ้า พบว่า ฮอร์โมนลดต่ำลงมากกว่าคนปกติที่ไม่เสพ⁷ แสดงให้เห็นว่า ยาบ้าหรือยาไอซ์ไม่ได้ช่วยให้มีสมรรถนะทางเพศเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด มีแต่จะบั่นทอนสมรรถนะทางเพศให้ลดลงมากกว่า

3. ผลกระทบจากการเสพยาไอซ์

3.1 ผลกระทบต่อร่างกาย พบว่าเมื่อเสพยาไอซ์ไปได้ระยะหนึ่งจะเริ่มมีผลกระทบต่อร่างกายคือ ร่างกายซูบผอมและทรุดโทรม เนื่องจากไอซ์ออกฤทธิ์ต่อศูนย์หิวในสมอง (hunger center) ทำให้ไม่รู้สึกหิว ไม่อยากอาหาร ผู้เสพยาไอซ์จึงไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด ร่างกายจึงผอมลง

และเมื่อเสพไปนานๆ ทำให้ร่างกายทรุดโทรมเนื่องจากขาดสารอาหารและน้ำไปหล่อเลี้ยงร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี อรรถนิตย์¹⁵ และศิริโรจน์ รัฐประเสริฐ¹¹ พบว่า ยาไอซ์ทำให้ร่างกายทรุดโทรม

3.2 ผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม

พบว่าส่วนใหญ่มักจะมีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว โมโหง่าย ใจร้อน และตื่นเต้น ตกใจง่าย ส่วนอาการทางด้านลบที่พบ คือ เก็บตัวหรือแยกตัวไม่ค่อยพูด เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริโรจน์ รัฐประเสริฐ¹¹ พบว่า ผู้เสพยาไอซ์จะมีความเครียดคิดมาก อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อยและผลการศึกษาทั้งของออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ และไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน จะมีอาการด้านลบ คือ พุดน้อย เชื่องช้า สีหน้าไร้อารมณ์¹⁶ ผู้เสพจะขาดความอดทน โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์เปลี่ยนง่าย อ่อนไหว ก้าวร้าว ต่อบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปใช้จ่ายเงินมากขึ้น ลักขโมยสิ่งของทั้งจากในบ้านและญาติ ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมได้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และครอบครัวตามมา กล่าวคือ เมื่อคนในครอบครัวรู้จักรู้สึกเสียใจ เกิดการทะเลาะเบาะแว้งทั้งระหว่างพ่อลูก แม่ลูก และพ่อแม่จากการติดยาของลูก ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเสียไป สมาชิกในครอบครัวรู้สึกอับอายเพื่อนบ้าน ไม่ไว้วางใจ หรือขาดความเชื่อถือ เมื่อเกิดอาการติดยาจะหมกมุ่นอยู่กับการใช้ยา ไม่สนใจผู้อื่น ทำให้ขาดความรับผิดชอบต่อการงานและครอบครัว ประสิทธิภาพของงานไม่ดี ไปทำงานหรือไปเรียนสาย ขาดงานบ่อยครั้งสุดท้ายต้องออกหรือถูกให้ออกจากงานและเลิกอยู่กับครอบครัว

3.3 ผลกระทบด้านอาการจิตประสาท

เนื่องจากเมทแอมเฟตามีนไปกระตุ้นทำงานของ เซลล์สมองให้มีการส่งสารสื่อประสาท คือ โดปามีน ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดกำลังวังชา จิตใจเบิกบานแจ่มใส เคลิ้มฝัน (euphoria) เมื่อหมดฤทธิ์ของยา สาร โดปามีนจะลดลง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิดกกังวล จึงทำให้ผู้เสพยาอยากได้ยามาเสพอีก จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เกิดอาการซึมเศร้ามากที่สุด หากเสพไปนานๆ หรือเสพติดต่อกันเพียงไม่กี่ครั้งอาจทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า “amphetamine psychosis” ซึ่งอาการคล้ายกับคนเป็นโรคจิตเภท จะมีอาการประสาทหลอนทั้งการมองเห็นและการได้ยิน อาการหวาดระแวง แต่ยังคงมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เสพจะอาการหูแว่ว และหวาดระแวง และรายงานผลการศึกษาศึกษาของสุภาวดี อรรคนิตย์¹⁵ ที่พบว่า ยาไอซ์ทำให้เกิดอาการหลอนทางประสาท ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ยาเสพติดไปไล่ที่และยับยั้งการเก็บกลับของโดปามีน และนอร์อิพิเนพรินที่ปลายประสาท จึงทำให้มีการเพิ่มสารโดปามีนในสมองมาก โดยเฉพาะที่ mesolimbic area จึงทำให้เกิดอาการโรคจิต และอาจกลายเป็นโรคจิตทางเคมีเหมือนคนเป็นจิตเภท (schizophrenia)¹⁶

สรุป

ไอซ์ เป็นเมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์เกือบ 100 % ออกฤทธิ์แรงกว่ายาบ้า การเข้าสู่กระบวนการเสพไอซ์ เกิดจากการได้รับรู้ข้อมูลของไอซ์ในทางที่ดี มีประโยชน์ แต่เหตุผลที่ตัดสินใจเสพนั้นแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของผู้เสพ เหตุผลในการเสพตั้งแต่เริ่มต้น เสพต่อเนื่อง จนเข้าสู่ภาวะการติด พบว่า บางเหตุผลเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น เพื่อให้รูปร่างผอมสวย ผิวขาว

ปรับสถานภาพทางสังคม หรือเพิ่มสมรรถนะทางเพศ เป็นต้น จำเป็นต้องมีการชี้แจงให้ผู้เสพเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะผลกระทบจากไอซ์นี้มีผลกระทบที่รุนแรงและรวดเร็วกว่ายาเสพติดประเภทอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ รัชชกุลที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำงานการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ข้อมูลโดยไม่ปิดบัง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ลิมชัยกิจ. หนังสือพิมพ์รายปักษ์ บูมเศรษฐกิจ ปีที่ 4 ฉบับที่ 191 : วันที่ 16-30 มิถุนายน 2551.
2. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและแนวโน้มของปัญหา ช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2553. www.nccd.go.th/upload/content/sujjj.pdf
3. สถาบันธัญญารักษ์. สถิติการบำบัดรักษา. http://www.thanyarak.go.th/thai/index.ph?option=com_2554.
4. มานพ คณะโต บสพร, อนุสรณ์พาณิชกุล และ วรพล หนูนุ่น. เอกสารประมวลความรู้ไอซ์. เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. First Native Centre. The Emerging Issue of Crystal Methamphetamine Use in First Nations Communities A Discussion Paper; 2006.
6. Sun A.P. Relapse among Substance-Abusing Women: Components and Process. Substance use & misuse 2007; 42:1-21.

7. ปิยะรัตน์ โกวิทตรพงศ์. ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงวิชาการ เชิงปฏิบัติการ เรื่อง “พื้นฐานชีววิทยาระบบประสาทและพฤติกรรม” จัดโดย สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. วันที่ 11-13 พฤษภาคม. กรุงเทพฯ; 2542.
8. เพ็ญญา ภูวฤทธิ์. ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและยาลดความอ้วน. ใน: เพ็ญญา ภูวฤทธิ์, ประจักษ์ เทิกขุนทด, ปิยะวรรณ ตั้งบัณฑิต, บรรณาธิการ. เกสซ์วิทยา เล่ม 3. กรุงเทพฯ: บริษัทประชุมช่างจำกัด; 2546. หน้า 265-301.
9. ขนิษฐา ตันติศิรินทร์. เกสซ์วิทยาของยาไอซ์. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 12 ยาเสพติด : ดูแลด้วยใจ หายได้ด้วยเทคโนโลยี วันที่ 12-14 กรกฎาคม 2554 ณ ห้องประชุมอิมแพ็คคอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ ฮอลล์ 9 เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี; 2554.
10. จิตพิงศ์ ตั้งประเสริฐ. ปาร์ตี้ยาอี : กระบวนการกลุ่มและความสัมพันธ์ทางสังคม. ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการวางแผนสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2542.
11. ศิริโรจน์ รัฐประเสริฐ. สาเหตุและพฤติกรรมกาเสพติด: ศึกษาเฉพาะกรณีกลุ่มผู้เสพยาอี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชญวิทยาและงานยุติธรรม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
12. จุฑามณี สุทธิสีสังข์. ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง. ใน: จุฑามณี สุทธิสีสังข์ รัชณี เมฆมณี, บรรณาธิการ. เกสซ์วิทยา เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: บริษัท นิวไทยมิตรการพิมพ์; 2542. หน้า 265-301.
13. นรินาถ แสนสา. กระบวนการเข้าสู่การใช้ยาบ้าของนักเรียนวัยรุ่น. ปริญญาานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ; 2543.
14. การจำแนกประเภทของกลุ่มทางสังคมวิทยา. [สืบค้นวันที่ 13 ธันวาคม 2554]. แหล่งข้อมูล; http://www.bannjo.myut.com/library/social_science/19.html.
15. สุภาวดี อรรถนิตย์. การกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
16. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน: ประสบการณ์เรียนรู้จากประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอน พับลิชชิ่ง จำกัด; 2551.

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

อินทร์ทิพย์ อินทรสุข สส.ม.*

ระพีพรรณ คำหอม สส.ม., กิตติยา นรามาศ สส.ม., ขนิษฐา บูรณพันศักดิ์ ศษ.ด., มาตี ลิมสกุล สส.ด.**

นิติตปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม)

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

Abstract

Family Roles on Taking Care of Drug Addict Patients (Relapse Group) after Treatment

Intarasuck I.*

Kumhom R, Naramas K, Booranaphansak K, Limsakul M.**

Master of Social Work (Social Welfare Administration and Policy) Faculty of Social Administration Thammasat University*

Faculty of Social Administration Thammasat University**

The aims of this study on Family Roles on Taking Care of Drug Addict Patients (Relapse Group) after Treatment were to study roles and problems of family on taking care of drug addict patients (relapse group) after treatment. For this survey research, 138 participants were patients' relatives or household members taken the patients with drug addict to Thanyarak Institute. The instrument was a questionnaire; the reliability equal to 0.869 and data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, t-test and F-test at the significant level of 0.05.

Key words : Family Roles, Taking Care of Drug Addict Patients (Relapse Group), after Treatment

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทและปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยา วิธีการศึกษาเป็นวิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวเรือนที่นำผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาและกลับไปเสพยามาติดตามการรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์จำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาใช้แบบสอบถาม ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.869 สถิติการวิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test, F-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89) และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยคือ ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ย 3.99 ด้านสัมพันธภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96 ด้านการแก้ปัญหา ค่าเฉลี่ย 3.91 และด้านการปฏิบัติหน้าที่ ค่าเฉลี่ย 3.80 โดยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพยาโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.54) และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติด ค่าเฉลี่ย 2.89 (ระดับปานกลาง) ด้านการดูแลทางร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ย 2.64 (ระดับปานกลาง) ด้านเศรษฐกิจ ค่าเฉลี่ย 2.33 (ระดับน้อย) และด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ค่าเฉลี่ย 2.22 (ระดับน้อย)

คำสำคัญ : บทบาทของครอบครัว การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มเสพยา หลังการบำบัดรักษา

บทนำ

กระบวนการบำบัดรักษาเสพติดต้องอาศัยครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในทุกช่วงวัย เพราะบทบาทบางอย่างของครอบครัวก็เป็นบ่อเกิดของปัญหาเสพติด ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการป้องกันบำบัดรักษา และดูแลภายหลังการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดจึงต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัวด้วย เพราะการที่ผู้ป่วยยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้นั้น พ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงทางความคิดให้เข้าใจเสียใหม่ว่า ปัญหาของยาเสพติดเป็นปัญหาของครอบครัว มิใช่ปัญหาของคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นทุกคนในครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน¹ หรือในทุกระยะของการบำบัดรักษารวมถึงภายหลังการบำบัดรักษา

กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

จำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้เสพยา หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราว แต่ไม่ต่อเนื่อง 2) ผู้ติด หมายถึง ผู้ที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 3) ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง หมายถึง ผู้ติดยา/สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานกว่า 3 ปี ซึ่ง สถาบันธัญญารักษ์² กล่าวว่า กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในทุกรูปแบบจะมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดตั้งแต่เริ่มการบำบัด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน และมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

จากข้อมูลการติดตามการรักษาของสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2552-2555 (ไตรมาสแรก) พบว่า ปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วยสมัครใจที่เข้าสู่ระยะการติดตามการ

รักษาและกลับไปเสพซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 11.92 ปีงบประมาณ 2553 คิดเป็นร้อยละ 19.83 ปีงบประมาณ 2554 คิดเป็นร้อยละ 20.10 และในปีงบประมาณ 2555 (ไตรมาสแรก) คิดเป็นร้อยละ 12.15 ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาและกลับไปเสพยาซ้ำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและเข้าสู่ระยะติดตามการรักษามีมากขึ้น และผู้ป่วยเมื่อผ่านการบำบัดรักษาแล้วยังคงมีการกลับไปใช้ยาเสพติดอีก เพราะครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเฉพาะขั้นตอนการบำบัดรักษามากกว่าการติดตามการรักษา เนื่องจากมีความเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยนั้นผ่านการบำบัดรักษาแล้วแสดงว่าผู้ป่วยหายจากอาการทางยาเสพติดและเลิกยาเสพติดได้ แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยมีโอกาสหันกลับมาเสพยาเสพติดได้ทุกเมื่อหากไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ซึ่งครอบครัวถือเป็นหน่วยของสังคมที่สำคัญมากที่สุด เพราะมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย รับทราบเข้าใจปัญหาและได้รับผลกระทบมากที่สุด ดังนั้นการติดตามการรักษาภายหลังการบำบัดจะเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อป้องกันการเสพซ้ำในระยะเวลา 1 ปี และเป็นการฟื้นฟูสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ในสภาพความเป็นจริงกลับพบว่าบทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกลายเป็นเรื่องที่ยากลำบาก เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น การกลับไปเสพยาซ้ำ เป็นต้น

ครอบครัวจึงควรมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาโดยให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยในการเลิกยาเสพติด และเชื่อ

มั่นว่าผู้ป่วยจะสามารถเลิกยาเสพติดได้ เพราะบุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากที่สุดใน การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและต่อสู้กับอุปสรรคในการเลิกยาเสพติด ซึ่งผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาด้านยาเสพติด ในการหนุนเสริมให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น อันจะไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้สำเร็จอย่างถาวร ไม่หวนกลับไปเสพอีก เพราะการดูแลอย่างใกล้ชิดของครอบครัวผู้ป่วยเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยสำรวจ เพื่อศึกษาบทบาทและปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือสมาชิกร่วมครัวเรือนที่นำผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาและกลับไปเสพซ้ำมาติดตามการรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 138 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) อาศัยอยู่กับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาและกลับไปเสพยาซ้ำ โดยมีส่วนร่วมในการ

ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประวัติการเข้ารับ

2) การบำบัดรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป เป็นผู้ที่นำผู้ป่วยยาเสพติดมาติดตามการรักษาที่ สถาบันธัญญารักษ์

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

4) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา มีลักษณะเป็น ข้อคำถามให้เติมข้อความในช่องว่างและข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ใน ครอบครัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของ ครอบครัว และข้อมูลการบำบัดรักษา ได้แก่ ครั้งที่ในการรักษาครั้งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวนครั้งในการนำผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ประเภทสารเสพติดที่ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาและสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ

2. แบบสอบถามบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสอบถามเอง โดยบทบาทของครอบครัวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพ ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร และด้านการปฏิบัติหน้าที่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 47 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนได้ตั้งแต่ 1-5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน = การปฏิบัติ น้อยที่สุด ไปจนถึง 5 คะแนน = การปฏิบัติมากที่สุด

3. แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา

ในกลุ่มเสพซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสอบถามเอง โดยปัญหาอุปสรรคแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคด้านการดูแลทางร่างกายและจิตใจ ด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติด ด้านเศรษฐกิจ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 24 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนได้ตั้งแต่ 1-5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน = ปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุด ไปจนถึง 5 คะแนน = ปัญหาอุปสรรคมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาซึ่งเป็นแบบสอบถามได้มีการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์)

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.869 และนำผลที่ได้จากการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ แล้วนำไปเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากประชากรซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 138 คน และได้รับแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 138 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลประมาณ 4 เดือน หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนลงรหัสเพื่อประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในลำดับต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package to the Social Science หรือ SPSS) ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้อธิบายตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา และปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างจะวิเคราะห์ด้วยการทดสอบค่าที (t-test, F-test) และความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ

(Scheffe) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.8) เป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 41.3) อายุระหว่าง 46-55 ปี (ร้อยละ 45.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.3) การศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.6) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 26.8) รายได้ไม่เกิน 10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 31.9 จำนวนเท่ากัน) ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 29.4) และมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 3 ปี (ร้อยละ 44.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบำบัดรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นำผู้ป่วยมารักษาเป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 65.2) ระยะเวลาเข้ารับการบำบัดไม่เกิน 30 วัน (ร้อยละ 79.0) มีการติดตามการรักษา 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 44.2) ประเภทสารเสพติดที่ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาคือยาบ้า (ร้อยละ 38.4) และสาเหตุกลับไปเสฟซ้ำเพราะมีอาการอยากยา (ร้อยละ 26.9)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำ

จากผลการศึกษาภาพรวมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสฟซ้ำ พบว่า อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89) และเมื่อพิจารณาจำแนกแต่ละด้านพบว่า บทบาทด้านสัมพันธ์ภาพสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการแก้ไขปัญหา และด้านการปฏิบัติหน้าที่ (ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการสื่อสาร	3.99	0.64	มาก
ด้านสัมพันธภาพ	3.96	0.59	มาก
ด้านการแก้ไขปัญหา	3.91	0.56	มาก
ด้านการปฏิบัติหน้าที่	3.80	0.47	มาก
ภาพรวม	3.89	0.46	มาก

ด้านการสื่อสาร

ภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.99) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ครอบครัวมักจะสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่เป็นมิตร เป็นกันเอง อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ เมื่อผู้ป่วยมีการกลับไปเสพซ้ำมักจะตักเตือนผู้ป่วยด้วยเหตุผลอยู่ในระดับมาก และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อไม่กลับไปเสพซ้ำอยู่ในระดับมาก (ตามลำดับ)

ด้านสัมพันธภาพ

ภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ การมีท่าทีห่วงใยเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับอาการหลังจากหยุดใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับมาก และการแสดงออกที่สื่อถึงความรักและความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับมาก (ตามลำดับ)

ด้านการแก้ไขปัญหา

ภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การแก้ปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ การติดตามผลการแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยยา

เสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด และการร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาในการเลิกยาเสพติดร่วมกับผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติหน้าที่

ภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า บุคคลในครอบครัวปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ป่วยในการเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเท่าๆ กับสมาชิกคนอื่นอยู่ในระดับมากที่สุด และมีการแสดงความชมเชยหรือยินดีเมื่อผู้ป่วยทำในสิ่งที่ถูกต้องหรือประสบความสำเร็จ เช่น การปฏิเสธที่จะไปเที่ยวกับเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับมาก (ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

จากผลการศึกษาภาพรวมปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ พบว่า อยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.54) และเมื่อพิจารณาจำแนกแต่ละด้านพบว่า ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดสูงสุด รองลงมา คือ ด้านดูแลทางร่างกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดน้อยที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติด	2.89	0.57	ปานกลาง
ด้านดูแลทางร่างกาย จิตใจ	2.64	0.76	ปานกลาง
ด้านเศรษฐกิจ	2.33	1.07	น้อย
ด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	2.22	0.93	น้อย
ภาพรวม	2.54	0.64	น้อย

ด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติด

ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.89) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับจึงดูแลเรื่องการทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ไม่มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอาการหลังจากการหยุดใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีทักษะในการสังเกตอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านดูแลทางร่างกาย จิตใจ

ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.64) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การออกกำลังกายสามารถลดอาการอยากยาและอาการไม่สุขสบายทางร่างกายของผู้ป่วยได้ซึ่งต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ การใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ภาพหลอน ซึ่งยากต่อการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะทางอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยไว้มากจนไม่สามารถดูแลได้อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านเศรษฐกิจ

ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.33)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หลังจากพาผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาต้องประกอบอาชีพหนักขึ้นเพื่อหารายได้ที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ ประกอบอาชีพรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย และไม่มีเงินเพียงพอต่อการบำบัดรักษาอยู่ในระดับน้อย

ด้านการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.22) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้พาไปทำกิจกรรมนอกบ้านอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากต้องประกอบอาชีพอยู่ในระดับน้อย และมีภาระในการดูแลคนชราในครอบครัวจึงไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

วิจารณ์

1. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

พบว่าครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ เพราะเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาบทบาทของครอบครัวแต่ละด้านที่อยู่ใน

ระดับมาก (ตารางที่ 1) โดยอภิปรายได้ดังนี้

1.1 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดในกลุ่มเสพติดด้านสัมพันธภาพ พบว่า อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) เนื่องจากครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ตลอดจน การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการดูแล ด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ไม่ควรจำกัดการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ควรเข้าใจ และยอมรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วย สอดคล้องกับ จรรยา จิตตวิมุติการ กล่าวไว้ว่า เมื่อ ในครอบครัวมีสมาชิกที่เคยใช้ยาเสพติด และหยุด การใช้ยาได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของ ผู้ติดยา และการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด หลังการบำบัดรักษาก็มีความสำคัญเช่นกัน³ เพราะพฤติกรรมของการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ กับการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยหลังการบำบัด รักษา นอกจากนี้หลักการดูแลผู้ป่วยของสถาบัน ธรรมนูญรักษ์ มองว่าครอบครัวเป็นอีกสถาบันหนึ่งที่มี ความสำคัญ โดยเฉพาะขั้นเตรียมก่อนการรักษา คือครอบครัวจะต้องมีความเข้าใจแนวทางในการ ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องชัดเจน สามารถประเมินและ วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งการให้คำแนะนำ จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษา⁴ และ โสภา ซปีลมันส์ และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างใช้ยาเสพติด คือ ลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัว สถานภาพ ของพ่อแม่⁵ ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องหนุนเสริม สัมพันธภาพของครอบครัวในทุกๆ ด้าน เพราะ สัมพันธภาพเป็นสิ่งเดียวที่สามารถกระทำได้ง่าย และมีผลต่อสภาพจิตใจโดยตรงของผู้ป่วยซ้ำ ส่งต่อ ไปยังความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย ในทิศทางที่มีความเหมาะสมต่อไป

1.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดในกลุ่มเสพติดด้านการแก้ไขปัญห พบว่าอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดนับว่าเป็นบุคคลที่ต้องได้รับ การดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะภาวะของการเป็น ผู้ป่วยเช่นนี้จะมีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก และการตัดสินใจโดยตรงของผู้ป่วย ดังนั้น ปัญหา บางอย่างหากต้องแก้ไขเพียงลำพัง และมีตัวเลือก หรือมุมมองน้อยแล้วก็ย่อมทำให้ผู้ป่วยอาจหลงผิด และตัดสินใจในทางที่ผิดพลาดได้ ครอบครัวจึงเป็น สถาบันหลักแห่งเดียวที่มีความใกล้ชิดที่สุด และสามารถมีบทบาทในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการ ช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพื่อเพิ่ม ทางเลือก และเปิดแนวทางที่ดีสำหรับการแก้ไข ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ต่อไป อุมพร ตรังคสมบัติ กล่าวไว้ว่า ความสามารถของครอบครัวในการแก้ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ ครอบครัวดำเนินและปฏิบัติหน้าที่ด้านอื่นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความ สำคัญมากต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไข ปัญหา เป็นเสมือนการเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยได้ รู้จักคิดวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนเพื่อนำไปสู่การ ตัดสินใจในทิศทางที่ถูกต้อง สะท้อนกลับมาถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถหลุดพ้นจากวังวน ของยาเสพติดได้อย่างถาวร และไม่เกิดการกระทำ ซ้ำอีก

1.3 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดในกลุ่มเสพติดด้านการสื่อสาร พบว่าอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) เนื่องจากการ สื่อสารเป็นบทบาทหน้าที่อีกด้านของครอบครัวที่มี ความสำคัญมาก และทางสถาบันธรรมนูญรักษ์ก็ได้ นำแนวคิดของแมคมาสเตอร์มาใช้ในการจัดกิจกรรม กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งถือว่าได้รับผล

การตอบรับเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Friedman กล่าวว่า การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น ครอบครัว จำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดีเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิก การสื่อสารคือกระบวนการร่วมรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม ตลอดจนอารมณ์ความรู้สึกของตนและผู้อื่น และเป็นวิถีทางที่จะทำให้รู้จักตนเองและผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวจะแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว⁷ สอดคล้องกับ อูมาพร ตรังคสมบัติ กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมแรกของบุคคล ดังนั้น ประสบการณ์ในชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสิ่งที่อิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด การมองโลกและการมองตน⁶ ดังนั้น กระบวนการสื่อสารจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นกระบวนการในการพูดคุยเพื่อค้นหาข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ต้องการทราบโดยผ่านทักษะเฉพาะตัวระหว่างผู้ที่สื่อสารต่อกัน ตลอดจนสามารถสร้างความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้ จนนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.4 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มเสพซ้ำด้านการปฏิบัติหน้าที่พบว่าอยู่ในระดับมาก(ตารางที่ 1)เนื่องจากครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิด และมีอิทธิพลกับผู้ป่วยมากที่สุดจะถูกกำหนดบทบาทเพื่อให้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง Friedman กล่าวว่า หน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำเพื่อประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัว

มีความเกี่ยวเนื่องกับโครงสร้างของครอบครัว⁷ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ที่สำคัญมากต่อการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น และมีความเหมาะสม ดังนั้นการปฏิบัติหน้าที่ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของครอบครัว คือ การควบคุมพฤติกรรม เพราะเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นการกระทำที่สามารถวัด และเห็นผลได้ชัดเจนมากกว่าความคิด ความรู้สึก จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวได้ดีกว่า และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่เมื่อเกิดปัญหา เพราะการปฏิบัติเป็นมีผลโดยตรงต่อความรู้สึก หรือจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้นการกำหนดบทบาทของครอบครัวที่ดี และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถช่วยกำหนด หรือปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่มีความเหมาะสม และถูกต้องสอดคล้องกับบริบทของสังคมซึ่งยอมรับได้โดยทั่วไป จนเข้าสู่กระบวนการใช้ชีวิตคืนสู่สังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

พบว่า ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำยังอยู่ระดับน้อย (ตารางที่ 2) เนื่องจากความสัมพันธ์ของการเป็นครอบครัวยังมีความเหนียวแน่น และมีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถขจัด หรือลดระดับของปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งปัญหาอุปสรรคในแต่ละด้านสามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำด้านการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ยังเป็นไปในทิศทางที่ดี แม้ต้องประสบพบเจอกับปัญหาที่มีสมาชิกในครอบครัวติดสารเสพติดซ้ำ จึงมีพื้นฐานของความเข้าใจเพราะปัญหาดังกล่าวเคยเกิดขึ้นมาแล้ว ทำให้กลายเป็นประสบการณ์เรียนรู้ได้ว่าต้องแก้ไข หรือบริหารจัดการอย่างไรต่อไปให้เกิดผลดีที่สุด โดยเฉพาะไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก ลักษณะของการติดยา ก็จะเป็นรูปแบบเดิมๆ จึงทำให้การรอกลับเข้ามาในวงจรนี้อีกครั้งไม่ใช่เรื่องที่ท้าทาย หรือยากมากนัก แต่สิ่งสำคัญที่สุดก็คือการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวภายในสัมพันธภาพอันดีต่อกัน เข้าใจและเรียนรู้พร้อมที่จะช่วยเหลือจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นไปด้วยกันให้บรรลุผลสำเร็จอย่างที่ตั้งใจไว้ ซึ่งต้องได้รับการดูแลโดยครอบครัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง พนม เกตุมาน กล่าวไว้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมากที่สุด คือ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร เพราะปัจจัยที่กลับไปเสพยาซ้ำอาจเกิดจากอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย และการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก สมาชิกในครอบครัวไม่ควรจำกัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ควรเข้าใจยอมรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยเพราะหลังจากที่ผู้ป่วยหยุดการใช้ยา สมองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมี ส่งผลให้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง⁸

2.2 ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่ม

เสพซ้ำด้านการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดพบว่าอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาส่วนรวมที่ทุกคนในครอบครัวต้องร่วมกันแก้ไขจัดการปัญหา ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องยินยอมที่จะสละเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท หรือการทำงานอย่างที่เคยเป็นปกติ เข้ามารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น โดย Epstein กล่าวไว้ว่า ครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจในยามวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพราะภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อสมาชิกบางคนหรือครอบครัวโดยรวม ผลกระทบนี้อาจรุนแรงจนทำให้ครอบครัวสลายได้ ครอบครัวจึงต้องจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการกลับไปเกิดพฤติกรรมซ้ำอีก ซึ่ง จรุงญ จิตติวุฒิกการ กล่าวไว้ว่า เมื่อในครอบครัวมีสมาชิกที่เคยใช้ยาเสพติดและหยุดการใช้ยาได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยา และการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาก็มีความสำคัญด้วยเช่นกัน ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา⁹ ทั้งนี้ทั้งนั้นแล้วครอบครัวจะต้องมีการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด สร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่ดี โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดต้องดูแลให้อยู่ห่างไกล เพื่อให้หลุดพ้นจากสถานการณ์ที่อาจเป็นแรงจูงใจทำให้กลับไปเสพยาซ้ำได้อีก

2.3 ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำด้านการสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) เนื่องจากลักษณะการติดยาของผู้ป่วยถือว่าเป็นพฤติกรรม

ที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัด หากผู้ที่ทำการสังเกตให้ความสนใจ หรือใส่ใจอย่างเพียงพอ และไม่ชะล่าใจจนเกินไป เพราะผลของฤทธิ์ยาเสพติด ล้วนแล้วส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายโดยตรงทั้งสิ้น ซึ่งพฤติกรรมโดยทั่วไปก็สามารถสังเกตได้โดยผ่านการมองเห็น และใช้วิจักษณ์ญาณของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล การสังเกตอาการผู้ป่วยยาเสพติดเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำ และต้องได้รับความร่วมมือจากคนที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด นั่นก็คือ ครอบครัว ซึ่ง พนม เกตุมาน กล่าวว่ ครอบครัวผู้ป่วยต้องสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยร่างกายหลังจากหยุดการใช้อยาเสพติด จะหันกลับไปเสพซ้ำเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจึงควรสังเกตอาการผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วย^๑ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ การสังเกตอาการจะเป็นเสมือนการเฝ้าระวังที่ใช้ได้ผลดีสำหรับครอบครัวที่มีทักษะพิเศษ และต้องอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ป่วยหลังการบำบัดด้วยเพื่อมอบความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตแก่ผู้ป่วยไม่ให้รู้สึกกดดัน หรือตกอยู่ในภาวะความเครียดที่ต้องถูกจับผิดทุกการกระทำจนเกินไป แต่วิธีการสังเกตต้องทำได้ในระดับที่เหมาะสม และไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดจนไม่กล้าที่จะทำ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ด้วยตนเองเลย

2.4 ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำด้านปัญหาทางเศรษฐกิจ พบว่า อยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 2) เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจไม่ใช่เรื่องสำคัญสำหรับครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยสามารถกระทำได้ที่บ้าน และร่วมมือกันของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ค่าใช้จ่ายจึงเกิดขึ้นไม่มากเท่าใดนัก และ

ด้วยสภาพฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่ก็สามารถบริหารจัดการได้ อุมภาพร ตรังสมบัติ กล่าวว่ การทำหน้าที่ของครอบครัว คือ กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำเพื่อประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว ครอบครัวที่เหมาะสมจะต้องเป็นครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างพอเพียงทั้งทางวัตถุ จิตใจ และจิตวิญญาณ สมาชิกและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และเติบโตโดยมีความสมดุลระหว่างความเป็นตัวของตัวเองและความเป็นครอบครัวเดียวกัน^๑ ขณะเดียวกันครอบครัวจะต้องมีจำนวนสมาชิกที่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและ/หรือจุนเจือครอบครัวได้ ตามสัดส่วนที่เพียงพอต่อรายจ่ายของครอบครัว เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจแม้จะมองดูว่าไม่น่าใช่ปัญหาที่สำคัญ แต่ท้ายที่สุดก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เลย เพราะเมื่อมีสมาชิกของครอบครัวกลายเป็นผู้เสพยาด้วยแล้ว หากเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่หาเงินเพื่อเลี้ยงดูครอบครัวก็จะทำให้ครอบครัวสูญเสียเสาหลักไป หรือหากเป็นบุคคลที่อยู่ในความดูแลของครอบครัวก็จะทำให้ครอบครัวต้องหันมาให้ความสนใจและแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ก่อน ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่เคยดำเนินไปโดยปกติจึงอาจมีแนวโน้มเกิดเป็นปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยได้ การดูแลผู้ป่วยลดน้อยลง หรือไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ หากผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะครอบครัวที่ไม่มีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยกำหนดขึ้นเป็นกลุ่มครอบครัวจำลองที่

ต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำตามรูปแบบวิธีการที่มีความถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ควรกำหนดเป็นนโยบายการปฏิบัติงาน มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรอบของผู้ป่วย เพื่อเป็นฐานสำหรับการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วยได้อย่างเป็นปกติสุข ได้รับการยอมรับอย่างสมศักดิ์ศรี

3. ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับกรณีผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างถูกวิธีและมีความเหมาะสม

ด้านปฏิบัติ

หน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาด้านยาเสพติดควรมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแล และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้สำเร็จอย่างถาวร ไม่หวนกลับไปเสพอีก โดยมีครอบครัวให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นกลุ่มครอบครัวจำลองที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

2. ควรมุ่งเน้นการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรอบของผู้ป่วย

3. ควรทำครอบครัวบำบัด กิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

4. ควรจัดทำคู่มือบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ระพีพรรณ คำหอม รองศาสตราจารย์ กิตติยา นรามาศ ดร.ชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ และอาจารย์ ดร.มาตี ลิมสกุลที่กรุณาถ่ายทอดความรู้พร้อมทั้งคำแนะนำ และคำปรึกษาทางวิชาการตลอดมา ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. นิภาณีสกุล. ครอบครัวกับการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ใน: วิโรจน์ วีระชัย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ปรี้นติ้ง; 2544 หน้า 414-427.
2. สถาบันธัญญารักษ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดแอลกอฮอล์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. 2547.
3. จรุงจิตติวุฒิการ. โรคสมองติดยา. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). พิมพ์ครั้งที่ 3. ปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลพ้องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546.
5. โสภา ซปีลมันน์ และคณะ. รายงานการวิจัยครอบครัวปัจจัยปกป้องหรือผลักดันปัญหาเสพติดของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการศึกษาวิจัยปัญหาสังคม สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2547.
6. อุมพร ตรังคสมบัติ. จัดบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ชันด้าการพิมพ์; 2544.
7. ลลิตา เดชาวูธ และคณะ. รายงานการวิจัยการทำหน้าครอบครัวของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
8. พนม เกตุมาน. คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. วันที่ [สืบค้น 21 ธันวาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_15.htm

การศึกษาบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย กลุ่ม Ex-addict staffs

ลักขณา ใจตรง วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

จรรยา ปัญจะวัฒน์นันทน์ วท.บ. (จิตวิทยา)

กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract A study personality of ex-addict staffs

Jaitrong L., Punjawatanun J.

Department of Psychology, Princess mother of National institute on Drug Abuse Treatment

To study the efficiency in job performance and the personality of ex-addict Staffs at Thanyarak Institute. This survey research was performed in 38 ex-addict Staffs at Thanyarak Institute.

Data were collected through the use of three instrument: a questionnaire for demographic information; the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)-Form A ; and a questionnaire to evaluate efficiency in job performance as ex-addict Staffs. Data were analyzed and interpreted through the use of frequency distribution, average, standard deviation and t-test.

The result of study revealed that supervisors evaluated ex-addict staffs' job performance as lowly efficient (47.37%) and highly efficiency (52.63 %). Ex-addict staffs who were evaluated highly efficiency, the average value of their personality factor standard scores: A, B, E, G, I, N, Q1 and Q2 were in moderate range or similar to those of normal population, while C, F, M and Q3 tended to be somewhat lower than average but L, O and Q4 tended to be somewhat higher than average.

The ex-addict staffs have been the clients who can make this positive change a success. They should act as positive role models for client to emulate. In addition, they are one of the treatment team who should have a desirable characteristic to provide moral and emotional support as well as professional.

Keyword : Ex-addict Staff, Personality, The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)-Form A

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับประสิทธิภาพการทำงานของ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่ม Ex-addict staff กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานของ สถาบันธัญญารักษ์ทั้งหมด จำนวน 38 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้างาน 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบบุคลิกภาพ 16 PF φόρม A และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้างานประเมินว่าผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ทำงานมีประสิทธิภาพระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.37 (18) และ 52.63 (20) ตามลำดับ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพ A, B, E, G, H, I, N, Q1 และ Q2 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง เหมือนคนส่วนใหญ่โดยทั่วไป มี C, F, M และ Q3 ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย และมี L, O และ Q4 สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพระดับสูงและต่ำ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้ที่เคยรับการบำบัดรักษาและสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีได้สำเร็จ และเป็นหนึ่งในทีมผู้บำบัดจึงควรมีบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ในการดูแลทางด้านจิตใจและพฤติกรรมได้ดีพอๆ กับผู้ประกอบวิชาชีพ

คำสำคัญ : ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย บุคลิกภาพ แบบทดสอบบุคลิกภาพ 16 PF

บทนำ

การแพร่ระบาดของสารเสพติดได้ส่งผลกระทบต่อ ผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว สังคม การเมือง และนำไปสู่ปัญหาสังคมได้อีกมากมาย โดยรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมหาศาล เพื่อดำเนินการปราบปราม ป้องกัน และบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด เพื่อให้ผู้ติดสารเสพติด กลับมาเป็นประชากรที่มีคุณภาพและเป็นพลังในการพัฒนาประเทศ¹ ด้วยเหตุนี้การพัฒนาระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดให้ฟื้นฟูสภาพและฟื้นฟูให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถหยุดเสพยาเสพติดมีพฤติกรรมการ ป้องกันการหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด สามารถเลิกสารเสพติดได้ และกลับสู่สังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขนั้น² ผู้ติดสาร

เสพติดจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ครบทุกขั้นตอน โดยยึดตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้แบ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การเตรียม การก่อนการรักษา (Pre-Admission) ขั้นเตรียมการเป็นเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมที่จะเข้ารับการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วยการสัมภาษณ์เพื่อประเมินสภาพร่างกาย การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยและญาติ ให้พร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการรักษา

2. การถอนพิษยา (Detoxification) ขั้นตอนนี้โดยทั่วไปจะให้การถอนพิษยาตามอาการ สภาพร่างกาย และสารเสพติดที่ใช้ เพื่อบำบัดรักษาอาการขาดยา ภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ทางประสาท เป็นต้น และเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนที่จะเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างแท้จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ติดสารเสพติดมีจิตใจที่เข้มแข็งพอที่จะละเว้นการใช้สารเสพติด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ครูอาชีวบำบัด เป็นต้น โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น ศาสนบำบัด กลุ่มบำบัด ชุมชนบำบัด อาชีวบำบัด เป็นต้น

4. การติดตามหลังการรักษา (Follow up or Aftercare) เมื่อผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษามีสภาพจิตใจเข้มแข็งพอจะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมภายนอกได้ด้วยตนเองแล้ว สถานบำบัดรักษาจะให้กลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อเริ่มต้นทดลองใช้ชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งสารเสพติดต่อไป และจะได้รับการติดตามจากทีมผู้บำบัด ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษา และเป็นการดูแลติดตามหลังรักษาโดยการช่วยให้กำลังใจ และแนะแนวทางปฏิบัติตนให้กับผู้เลิกสารเสพติด เพื่อให้หลีกเลี่ยงปัญหาทางจิตใจและทางกายต่างๆ ที่ก่อให้เกิดเป็นสาเหตุของการติดสารเสพติด และให้อยู่ห่างไกลจากสิ่งแวดล้อมที่จะชักนำโดยเฉพาะสารเสพติด โดยใช้ระยะเวลาในการติดตามหลังรักษา 1-5 ปี ซึ่งวิธีการติดตามหลังรักษาสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

สถาบันธัญญารักษ์ มีการบำบัดครบทั้ง 4 ขั้นตอน ซึ่งในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพถือเป็นขั้นที่สำคัญที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ โดยใช้รูปแบบ

ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ซึ่งมีหลักการตามกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมแบบช่วยตนเอง (Self-help Social Learning Treatment Program Model (SSLTM) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตที่ไม่นำไปสู่การใช้ยาได้อีก ทำให้พฤติกรรมต่อต้านสังคมหายไป ให้รู้จักคุณค่าของการทำงาน มีทัศนคติที่ดีต่อสังคม และเพิ่มคุณค่าให้ตนเอง³ และยังใช้หลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการกลุ่ม การบันทึกพฤติกรรม การฝึกให้เป็นแบบอย่างที่ดีและนำไปสู่ตัวแบบที่ดี⁴ เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือซึ่งกันระหว่างกลุ่มรุ่นพี่ที่เคยผ่านการรักษาและกลุ่มรุ่นน้องที่เพิ่งเข้าสู่วิธีการกระบวนการรักษา จึงพบว่าจะมีผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพครบขั้นตอนแล้ว แต่ยังคงอยู่ต่อเป็นพี่เลี้ยงอาสาเพื่อฝึกเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย หรือ Ex-addict staff ต่อไป

ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย หรือ Ex-addict staff คือบุคลากรหนึ่งในทีมนักบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่เคยผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและจบโปรแกรมโดยสมบูรณ์ และมีพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสมกับการเป็นแบบอย่างที่สามารถรับการบำบัดรักษาจนครบโปรแกรมและไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก นอกจากนี้บุคคลเหล่านี้ก็ยังสามารถดำเนินการกลุ่มต่างๆ หรือการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้อีกด้วย เนื่องจากเป็นผู้ได้รับประสบการณ์ตรงจากรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว การส่งเสริมให้พวกเขาได้ทำงานจะเป็นสิ่งหนึ่ง que แสดงให้เห็นว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพบรรลุเป้าหมายข้างต้น คือ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่จบโปรแกรม

สามารถหยุดใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดคนอื่นๆ ซึ่งเป็นไปตามหลัก 12 ขั้นตอนของกลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนามที่ว่าไว้ว่า สิ่งหนึ่งที่จะทำให้พวกเขาสามารถหยุดใช้ยาต่อเนื่องได้ คือ การนำแบ่งปันประสบการณ์ของตัวเองมาช่วยผู้ติดยาเสพติดคนอื่นๆ ให้สามารถหยุดใช้ได้เหมือนอย่างที่เขาเคยทำ ซึ่งนั่นหมายความว่าผู้ที่จะมาทำหน้าที่นี้ต้องสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีได้ ฉะนั้นการคัดเลือกบุคคลเหล่านี้เข้าเป็นหนึ่งในทีมนักบำบัดควรมีวิธีการคัดเลือกที่เหมาะสม ซึ่ง ณ ปัจจุบันมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้คือ สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป และต้องจบโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) (ซึ่งสถาบันธัญญารักษ์ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบดังกล่าวมาเป็นโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) แต่ก็ยังคงหลักการและโครงสร้างแบบเดิมหากแต่มีการพัฒนาในรายละเอียดของการบำบัดให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้น) จากนั้นคณะกรรมการของสถาบันธัญญารักษ์จะทำการสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย จากเกณฑ์การคัดเลือกดังกล่าว นั้นหมายความว่าบุคลากรเหล่านี้จะเป็นบุคคลที่เคยเป็นผู้ติดยาเสพติดที่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาจนจบโปรแกรมและได้รับการฝึกให้เป็นพี่เลี้ยงอาสา ก่อนที่จะทำการคัดเลือกเข้าเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในต่างประเทศที่มีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด ดังเช่น เดย์ทอป สหรัฐอเมริกา จะมีการคัดเลือกผู้ที่มาทำหน้าที่นี้มีเกณฑ์คล้ายคลึงกับที่สถาบันธัญญารักษ์ แต่ผู้ที่ได้รับคัดเลือกแล้วจะต้องไปอบรมต่อด้านการให้

คำปรึกษาอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนที่จะมาปฏิบัติงานจริง วรรณมาศ ดังทวี⁵ ได้ศึกษาบุคลิกภาพผู้ติดยาเสพติด โดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ 16 PF (ฟอร์ม A) พบว่า ผู้ติดยาเสพติดมักมีบุคลิกภาพดังต่อไปนี้ คือ ไม่สามารถใช้เหตุผลได้ดี ขาดการคิดริเริ่มหรือคาดการณ์ในอนาคต จึงขาดจุดมุ่งหมายในชีวิต ไม่สนใจกฎเกณฑ์ ฟังฟังกลุ่มขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ไม่ค่อยชอบเข้าสังคมชอบแยกตัว หัวั่นไหวและวิตกกังวลง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยพินิจ คชภักดีและคณะ⁶ และ Daniel และ John⁷ แม้ว่าพวกเขาจะได้รับ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่าบุคลิกภาพเหล่านั้นได้ถูกแก้ไขแล้ว หรือยังคงอยู่ ดังนั้นการที่จะคัดเลือกบุคลากรเหล่านี้เข้าร่วมเป็นหนึ่งในทีมนักบำบัดจึงควรมีข้อมูลที่สนับสนุนว่าบุคลากรดังกล่าวมีคุณสมบัติที่เหมาะสมร่วมด้วย เพราะการจบโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถบอกได้ว่าเขามีคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพที่เหมาะสมหรือไม่ การนำแบบทดสอบทางจิตวิทยา มาช่วยในการคัดเลือกคนเหล่านี้เข้าทำงานจึงค่อนข้างมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณลักษณะตามที่หัวหน้าต้องการและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งไปที่การหาโครงสร้างบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับประสิทธิภาพการทำงานที่หัวหน้าต้องการ เพื่อนำมาใช้คัดเลือกบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) กลุ่มประชากรคือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในสถาบันฯ ทั้งหมด 45 ราย ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2) แบบทดสอบบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยาโดยใช้แบบทดสอบ 16

PF (16 Personality Factors)^{8,9} ซึ่งประกอบไปด้วย

องค์ประกอบทั้ง 16 ด้าน ได้แก่ ตั้งแต่ A ถึง Q4 ดังนี้

องค์ประกอบ A : เก็บตัว – ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้

องค์ประกอบ B : ไม่ค่อยฉลาด คิดแบบรูปธรรม – ฉลาด คิดแบบนามธรรม

องค์ประกอบ C : อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย – อารมณ์มั่นคง

องค์ประกอบ E : สมยอม ถ่อมตน – กล้าแสดงออก

องค์ประกอบ F : สุขุม จริงจัง – ทำตัวตามสบาย

องค์ประกอบ G : ทำตามใจตนเอง – มีคุณธรรม

องค์ประกอบ H : ซื่อาย ประหม่า – กล้าหาญ

และกล้าเสี่ยง

องค์ประกอบ I : จิตใจเข้มแข็ง – จิตใจอ่อนไหว

องค์ประกอบ L : ไว้วางใจ – ข้างสงสัย

องค์ประกอบ M : ลงมือปฏิบัติ – สร้างจินตนาการ

องค์ประกอบ N : จริงใจ ไม่เสแสร้ง – มีทักษะทางสังคม

องค์ประกอบ O : จิตใจสงบมั่นคง – จิตใจหวาดหวั่นไม่มั่นคง

องค์ประกอบ Q1 : อนุรักษ์นิยม – อิสระและเสรีนิยม

องค์ประกอบ Q2 : พึ่งพิงกลุ่ม – พึ่งตนเอง

องค์ประกอบ Q3 : ขาดกฎเกณฑ์และวินัยในตนเอง – มุ่งมั่นและควบคุมตนเอง

องค์ประกอบ Q4 : ผ่อนคลาย ไม่คับข้องใจ –

ตึงเครียด คับข้องใจ

3) ในการพัฒนาแบบประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่หัวหน้างานต้องการเพื่อประเมิน

ประสิทธิภาพการทำงานที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง

โดยสำรวจความคิดเห็นของหัวหน้างานที่เป็นหัวหน้า

หรือผู้ช่วยเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ช่วยเหลือผู้ช่วย

ที่ปฏิบัติงานได้ดี โดยกำหนดเป็นคำถามปลายเปิด

จำนวน 1 ข้อ คือ “ตามความคิดเห็นของท่านผู้ช่วย

เหลือผู้ช่วยที่ปฏิบัติงานได้ดี ควรมึลักษณะอย่างไร

(กรุณาตอบอย่างน้อย 5 ข้อ)” จากนั้นนำข้อมูล

ที่ได้มาแจกแจงความถี่ และเลือกคุณลักษณะที่มีความถี่สูงสุด 12 อันดับ มาสร้างแบบประเมินค่า

ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ช่วยเหลือผู้ช่วย

จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ขยันกระตือรือร้น

ไม่รังเกียจผู้ช่วย มีมนุษยสัมพันธ์ ใฝ่รู้ มีคุณธรรม

และซื่อสัตย์ มีอารมณ์มั่นคงและควบคุมตนเองได้

รับผิดชอบ มีใจรักบริการ รับฟังความคิดเห็น

ปรับตัวและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีความเป็นแบบ

อย่าง เสียสละและอุทิศตน โดยประเมินค่าคะแนน

ระหว่าง 1-5 ถ้าตอบมากที่สุดให้ 5 คะแนน และ

น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน และนำแบบประเมินดังกล่าวมาตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรูปแบบชุมชน

บำบัด 3 ท่าน จากนั้นนำแบบประเมินไปเก็บข้อมูลจากหัวหน้าหรือผู้ช่วยและรองหัวหน้าหรือผู้ช่วยที่ผู้ช่วยเหลือผู้ช่วย แต่ละรายปฏิบัติงานอยู่ และนำคะแนนที่ได้จาก แต่ละคนมาบวกรวมกัน และหาจุดตัด (Cut Point) โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ย + 0.5 SD และแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำมีคะแนนน้อยกว่า 83 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 84-94 คะแนน และระดับสูงมีคะแนนมากกว่า 94 คะแนน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิก

ภาพของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำและสูงจึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย โดยในแต่ละกลุ่มมีจำนวน 18 ราย และ 20 ราย ตามลำดับ และมีกลุ่มที่ได้คะแนนปานกลางจำนวน 7 ราย ซึ่งผู้วิจัยมีได้นำกลุ่มที่ได้คะแนนปานกลางนี้มาเปรียบเทียบกับเนื่องจากต้องการให้เห็นความแตกต่างของเส้นโครงสร้างบุคลิกภาพที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำและสูง และสามารถนำเส้นโครงสร้างของกลุ่มที่ได้คะแนนสูงมาใช้ในการคัดเลือกบุคลากรต่อไป

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันธัญญารักษ์ และได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกสถาบันธัญญารักษ์ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลกรณีที่อายุไม่ถึง 18 ปี จะขอความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยนักวิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยขออนุญาตอัดเทป และดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในสถานที่ที่เป็นห้องส่วนตัว สงบ ไม่มีเสียงรบกวน และอยู่ในบริเวณที่มีคนมองเห็น

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่หัวหน้างานประเมินว่าทำงานมีประสิทธิภาพสูงและต่ำ และความแตกต่างของเพศ โดยใช้ สถิติ t-test

ผล

ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยมีลักษณะทางประชากรจำแนกเป็นเพศหญิงร้อยละ 31.6 และเพศชายร้อยละ 68.4 มีอายุระหว่าง 24 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 39.26 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.21 ส่วนใหญ่อายุ

ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 28.9 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 15.8 และอายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 13.2 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 52.60 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.3 ระดับต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 13.2 และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 7.9 มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 2 วัน ถึง 21 ปี โดยประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 6.21 ปี (แม้ว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงาน 2 วัน แต่ผู้วิจัยได้สอบถามแล้วพบว่าผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้รับการฝึกและเคยทำงานด้านนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี แต่ได้ลาออกเพื่อไปทำงานอย่างอื่น และหว่าผู้ช่วยมีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยคนเดิมลาออกจึงได้มีการชักชวนให้กลับมาทำงานอีกครั้ง ขณะเดียวกันผู้วิจัยก็ได้นำตัวแปรในด้านประสบการณ์การทำงานเข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วย และเห็นว่าการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือการศึกษาประสิทธิภาพการทำงานและบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้หัวหน้างานประเมินเป็นค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยตามแบบประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่หัวหน้างานต้องการ นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนสูงและต่ำมาหาค่าความถี่ของลักษณะบุคลิกภาพว่าเป็นอย่างไร นำเส้นภาพโครงสร้างบุคลิกภาพมาเปรียบเทียบและนำหลักการแปลผลแบบทดสอบ 16 PF มาอธิบายเชิงคุณภาพ เพื่อนำเส้นโครงสร้างบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ที่หัวหน้างานต้องการมาใช้เป็นต้นแบบในการคัดเลือกผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาดังกล่าว จึงมิได้มีการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงาน) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.93

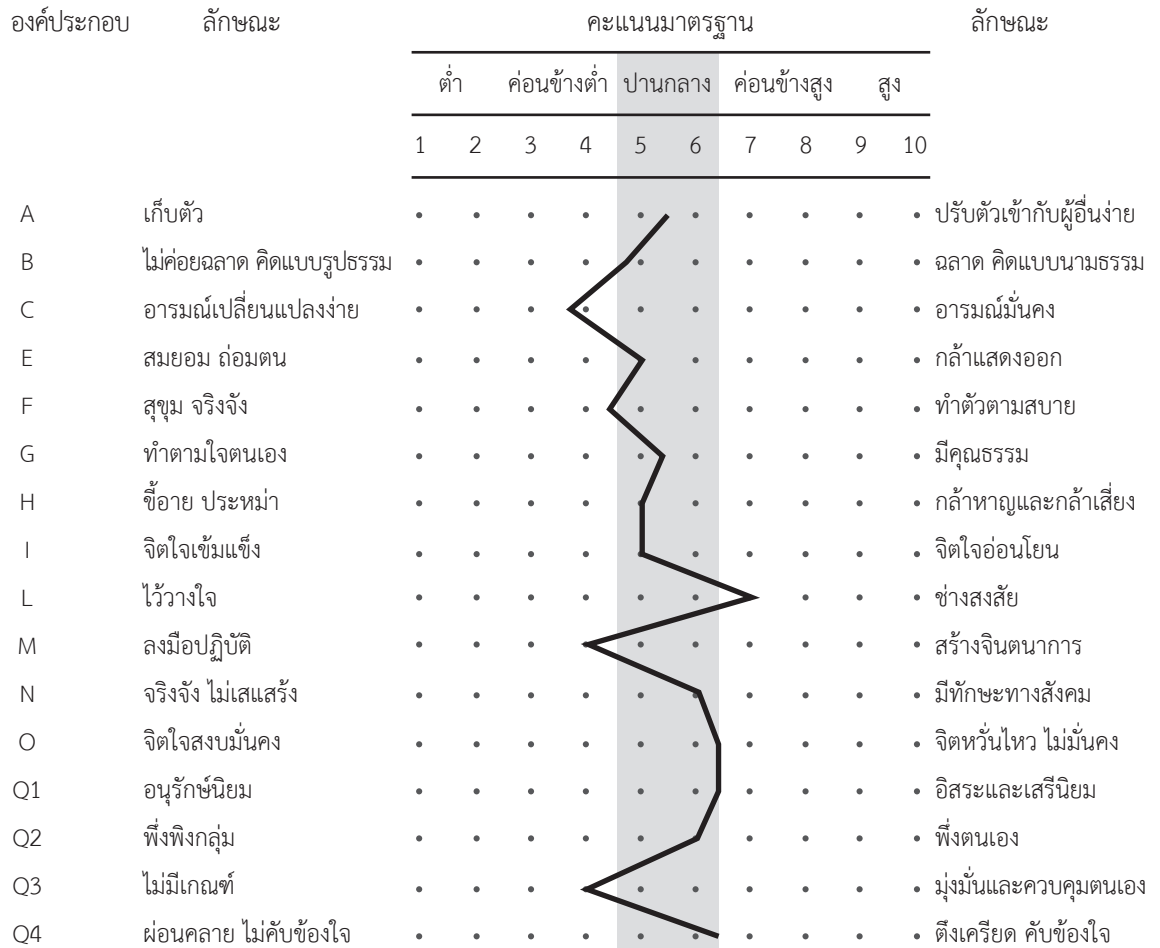
ภาพประกอบที่ 1 เส้นภาพโครงสร้างบุคลิกภาพ แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานขององค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง

องค์ประกอบ	ลักษณะ	คะแนนมาตรฐาน										ลักษณะ	
		ต่ำ		ค่อนข้างต่ำ		ปานกลาง		ค่อนข้างสูง		สูง			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	เก็บตัว	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นง่าย
B	ไม่ค่อยฉลาด คิดแบบรูปธรรม	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ฉลาด คิดแบบนามธรรม
C	อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	อารมณ์มั่นคง
E	สมยอม ถ่อมตน	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	กล้าแสดงออก
F	สุขุม จริงจัง	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ทำตามใจตนสบาย
G	ทำตามใจตนเอง	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	มีคุณธรรม
H	ขี้อาย ประหม่า	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	กล้าหาญและกล้าเสี่ยง
I	จิตใจเข้มแข็ง	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	จิตใจอ่อนโยน
L	ไว้วางใจ	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ช่างสงสัย
M	ลงมือปฏิบัติ	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	สร้างจินตนาการ
N	จริงจัง ไม่เสแสร้ง	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	มีทักษะทางสังคม
O	จิตใจสงบมั่นคง	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	จิตหวั่นไหว ไม่มั่นคง
Q1	อนุรักษ์นิยม	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	อิสระและเสรีนิยม
Q2	พึ่งพิงกลุ่ม	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	พึ่งตนเอง
Q3	ไม่มีเกณฑ์	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	มุ่งมั่นและควบคุมตนเอง
Q4	ผ่อนคลาย ไม่คับข้องใจ	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	ตึงเครียด คับข้องใจ

ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพ A, B, E, G, H, I, N, Q1 และ Q2 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มี C, F, M และ Q3 ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย และมี L, O และ Q4 สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (ภาพประกอบที่ 1) ส่วนผู้

ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพ A, B, E, G, H, I, N, Q1 และ Q2 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มี C, F, M และ Q3 ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย และมี L และ Q4 สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (ภาพประกอบที่ 2)

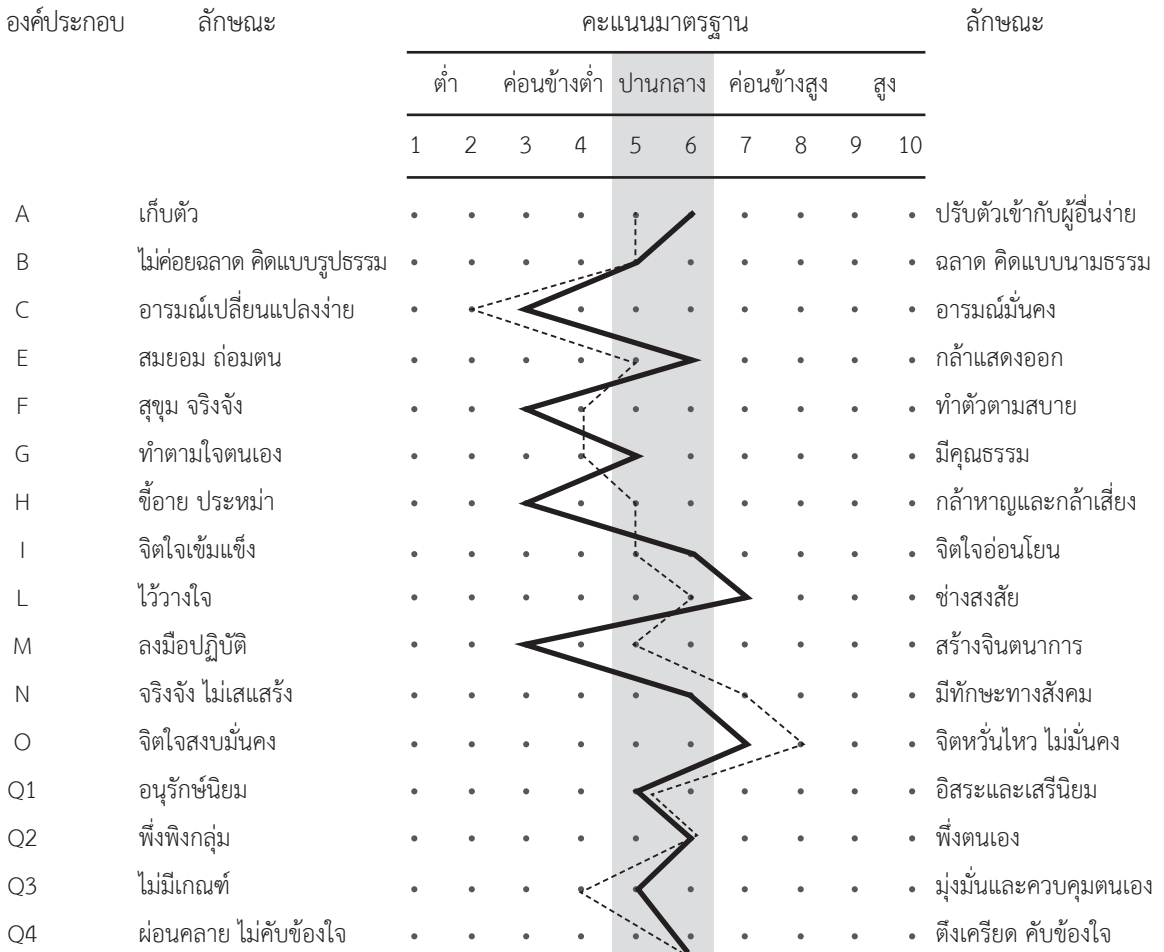
ภาพประกอบที่ 2 เส้นภาพโครงสร้างบุคลิกภาพ แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานขององค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับต่ำ



เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ พบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพระดับสูงและต่ำมีองค์ประกอบบุคลิกภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำค่าฐานนิยมของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพมาพิจารณา⁸

พบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงและระดับต่ำมีค่าฐานนิยมที่แตกต่างกันใน คะแนนมาตรฐานองค์ประกอบ C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, และ Q3 (ภาพประกอบที่ 3)

ภาพประกอบที่ 3 เส้นภาพโครงสร้างบุคลิกภาพ แสดงค่าฐานนิยมคะแนนมาตรฐานขององค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงและระดับต่ำ



ค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง แทนด้วย
 ค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับต่ำ แทนด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนประสิทธิภาพการทำงานของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย จำแนกตามเพศ

เพศ	\bar{X}	S.D.	t	p
ชาย	87.69	12.145	-1.257	0.217
หญิง	92.42	6.667		

ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนประสิทธิภาพการทำงานไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

วิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงมีค่าฐานนิยมของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพ A, B, E, G, I, N, Q1, Q2, Q3 และ Q4 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มี C, F, H และ M ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย และมี L, O และ สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง มีสติปัญญาปานกลาง มีความสามารถในการปรับตัวและกล้าแสดงออก มีความรับผิดชอบ อ่อนโยน เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเป็นอิสระในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตัวเองได้ปานกลาง และมีระดับความเครียดปานกลางด้วย แต่มีอารมณ์อ่อนไหวเล็กน้อย จึงอาจมีความกังวลบ้างเมื่อต้องเข้าสังคม ค่อนข้างระมัดระวังตัวและเคร่งขรึมเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีลักษณะช่างสังเกตและคอยระแวดระวังสงสัย ค่อนข้างสูง ส่วนผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับต่ำมีค่าฐานนิยมของคะแนนมาตรฐานองค์ประกอบบุคลิกภาพ A, B, E, H, I, L, M, N, Q1, Q2 และ Q4 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มี C, F, G และ Q3 ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย และมี N และ O สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานระดับต่ำ มีสติปัญญาปานกลาง มีความสามารถในการปรับตัวและกล้าแสดงออก กล้าเสี่ยง มีจินตนาการ อ่อนโยน เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเป็นอิสระในตนเอง และมีระดับความเครียดปานกลางด้วย แต่มีความมั่นคงทางจิตใจต่ำมีความวิตกกังวลและค่อนข้างทำอะไรตามใจตนเองมาก และขาดวินัยในตนเอง เป็นคนตรงไปตรงมาและมีความอ่อนไหวค่อนข้างสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าฐานนิยมคะแนนมาตรฐานขององค์ประกอบ

บุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงมีคะแนนองค์ประกอบ C (ด้านความมั่นคงทางอารมณ์), E (ด้านการกล้าแสดงออก), G (ด้านมโนธรรม) และ Q3 (ด้านการควบคุมอารมณ์) สูงกว่าผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับต่ำ แต่มีคะแนนองค์ประกอบ M (ด้านจินตนาการ) และ O (ด้านความวิตกกังวล) ต่ำกว่า ซึ่งแสดงถึงผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงจะมีความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่า มีการกล้าแสดงออกและมีมโนธรรมมากกว่า แต่มีความวิตกกังวลน้อยกว่าและมักทำอะไรตามความเป็นจริงมากกว่าเพื่อฝัน สอดคล้องกับคุณลักษณะที่หัวหน้างานต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินผู้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ที่จับโปรแกรมการบำบัด¹⁰ ที่จะประเมินในเรื่องของความรับผิดชอบ การมีวินัย มีมนุษยสัมพันธ์ มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การดูแลความสะอาด การไม่ใช้ยาเสพติด ความเชื่อมั่นในตนเอง การรู้จักแก้ปัญหา เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา ขาวละออ¹¹ ที่พบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลตามความคิดเห็นของพยาบาล ได้แก่ สุภาพ เรียบร้อย กระฉับกระเฉง ใช้คำพูดชัดเจนแต่งกายสะอาดถูกกาลเทศะ ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และบุคคลอื่นได้ ยอมรับผู้อื่น ควบคุมอารมณ์ได้ สุขภาพแข็งแรง ละเอียดยอบคอบ ซื่อสัตย์ เสียสละ ให้เกียรติผู้อื่น และขณะเดียวกันผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยก็มีคะแนนองค์ประกอบ L (ความระแวดระวัง) สูงกว่า ซึ่งแสดงถึงลักษณะเป็นคนช่างสงสัย ซึ่งเป็นสมรรถนะของนักบำบัดของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รูปแบบชุมชนบำบัดเพื่อคอยควบคุมดูแลกำกับพฤติกรรมและนำไปสู่การช่วยเหลือผู้รับการบำบัดอย่างทันท่วงที¹² นอกจากนี้ยังมีคะแนนองค์ประกอบ F (ด้านความร่าเริง) และ H (ด้านการกล้าเผชิญ) ต่ำกว่า ซึ่งแสดงถึงลักษณะค่อนข้างเคร่งขรึม จึงขาดความร่าเริงในบางครั้ง ค่อนข้างขี้อายและวิตกกังวลง่าย เนื่องจากผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจะถูกคาดหวังในความเป็นแบบอย่างที่ดี อาจทำให้ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยต้องพยายามควบคุมตัวเองให้อยู่ในกฎระเบียบที่เหมาะสม ซึ่งอาจมีมากเกินไปจึงทำให้ขาดความร่าเริงและทำให้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดี เนื่องจากกลัวว่าจะไม่เหมาะสม หรืออาจเป็นบุคลิกภาพที่มักพบได้ในผู้ติดยาเสพติด¹³ และยังต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเพศหญิงปฏิบัติงานที่ตึกผู้รับการบำบัดหญิง และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเพศชายปฏิบัติงานที่ตึกผู้รับการบำบัดชาย อาจทำให้ไม่มีช่องว่างในความแตกต่างทางเพศเกิดขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาจะพบว่าผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานสูงส่วนใหญ่จะมีลักษณะของการปรับตัวเข้าได้ มีความอบอุ่น อ่อนน้อมถ่อมตน สุขุม รอบคอบ มีวินัยและความรับผิดชอบในตัวเอง ตรงไปตรงมา แต่มีลักษณะที่ช่างสังเกต และสงสัย ขาดความมีชีวิตชีวาบ้างในบางครั้ง ยังคงมีอารมณ์ที่ไม่ค่อยมั่นคงนัก จึงควรมีการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างบุคลิกภาพบางอย่างให้เกิดความเหมาะสมและเอื้อต่อการทำงานมากขึ้น แต่หากพิจารณาบุคลิกภาพลักษณะที่เอื้อต่อการทำงานตามที่หัวหน้างานต้องการ ได้แก่ ขยัน

กระตือรือร้น ไม่รังเกียจผู้ป่วย มีมนุษยสัมพันธ์ ใฝ่รู้ มีคุณธรรมและซื่อสัตย์ มีอารมณ์มั่นคงและควบคุมตนเองได้ รับผิดชอบ มีใจรักบริการ รับฟังความคิดเห็น ปรับตัวและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ความเป็นแบบอย่าง เสียสละและอุทิศตน ซึ่งหากจะนำแบบประเมิน 16 PF มาใช้สามารถนำเส้นภาพโครงสร้างบุคลิกภาพ แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานขององค์ประกอบบุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนประสิทธิภาพการทำงานระดับสูงมาใช้ประกอบในการประเมินผู้ที่มีบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับคุณสมบัติที่ต้องการ หากแต่ในส่วนของคุณลักษณะขององค์ประกอบ C (ด้านความมั่นคงทางอารมณ์) น่าจะมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ 5-6 จะแสดงถึงความสามารถในการควบคุมอารมณ์

เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดคือการช่วยเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลที่จะกลับคืนสู่สังคมและมีชีวิตที่สมบูรณ์ ผู้รับบริการเป็นสมาชิกครอบครัวไม่ใช่ผู้ป่วย สมาชิกและเจ้าหน้าที่เป็นผู้ที่จะเอื้ออำนวยให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองและพัฒนาตัวเองร่วมกัน¹³ ดังนั้น ผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดแล้วจบโปรแกรมการรักษาควรเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีได้สำเร็จ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับสมาชิกคนอื่นๆ รวมทั้งสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านการพฤติกรรมที่ดีพอๆ กับผู้ประกอบวิชาชีพ¹⁴ ซึ่งควรพิจารณาบุคลิกภาพลักษณะที่เอื้อต่อการทำงานตามที่หัวหน้างานต้องการ ได้แก่ ขยันกระตือรือร้น ไม่รังเกียจผู้ป่วย มีมนุษยสัมพันธ์ ใฝ่รู้ มีคุณธรรมและซื่อสัตย์ มีอารมณ์มั่นคงและควบคุมตนเองได้ รับผิดชอบ มีใจรักบริการ รับฟังความคิดเห็น

ปรับตัวและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีความเป็นแบบอย่าง เสียสละและอุทิศตน แม้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การปรับเปลี่ยนบุคลิกลักษณะบางอย่างนั้น อาจมีความแตกต่างกันไปตามพื้นฐานของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคล¹⁵ ดังนั้นการประเมินดังกล่าว จึงมีได้บอกว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้หรือไม่ หากแต่เป็นการบอกถึงลักษณะบุคลิกลักษณะที่อาจต้องได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยและเป็นตัวแทนเฉพาะสถาบัน วิทยาลัยเท่านั้น หากต้องการได้ข้อสรุปที่แท้จริง อาจต้องมีการต้องศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ ที่เปิดโอกาสและให้การสนับสนุนการทำวิจัยแก่เจ้าหน้าที่สถาบันธัญญารักษ์ ขอขอบพระคุณ ดร.ศักดิ์นา เปี่ยมสุข ที่ได้รับเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และปรับปรุงรายงานการการวิจัย จนมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยที่จัดให้มีการวิจัยในหน่วยงาน เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในกลุ่มงานจิตวิทยาที่ได้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล รวมไปถึงผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. สุทธิพันธ์ ตรีภะไพจิตร. ยาเสพติดหายนะของคนรุ่นใหม่. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ประสานมิตร จำกัด ; 2544.
2. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. รูปแบบการบำบัดรักษาเสพติด. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. กรุงเทพฯ; 2547.
3. สถาบันพัฒนากระบวนการยุติธรรมเยาวชนและครอบครัว โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ โครงการฝึกอบรมผู้นำชุมชนบำบัดแบบเข้ม ประจำปี พ.ศ. 2544; 20-31 สิงหาคม 2544; ณ ห้องประชุมประมวณ ชั้นชื่อ ชั้น 5 โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ. นครปฐม: สำนักงานศาลยุติธรรม; 2544.
4. นรัญญา ศรีบูรพา. รู้ลึก...ชุมชนบำบัด. เชียงใหม่: นันทกานต์ กราฟิเคิลพิมพ์; 2549.
5. วรรณมาศ ด่วงทวี. การศึกษาบุคลิกภาพผู้ติดยาเสพติดโดยใช้แบบทดสอบ บุคลิกภาพ 16 PF (ฟอร์ม A) วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2542.
6. นัยพินิจ คชภักดี และลักษณะ ดันติปกร. การศึกษาระดับเขาวนปัญญาและบุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีนในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด: ศึกษากรณีบ้านพิชิตใจ. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2541; 29:31-32.
7. Daniel R. Tuite and 16 PF Research into Addiction: Meta-Analysis and Extension. Substance Use & Misuse. 1986; 21: 287-323.
8. Cattell, R. B., & Eber, H. W. Supplement of norms for Forms A and B of the Sixteen Personality Factor Questionnaire. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing; 1985.
9. Karson, S. and J. W. O' Dell. A Guide to the Clinic Use of the 16 PF. Illinois: Institute for Personality and Ability Testing, Inc; 1976.
10. สุจิตรา อูสาหะ. บุคลิกภาพของผู้ช่วยเหลือคนไข้จิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่หัวหน้างานประเมินว่าทำงานมีประสิทธิภาพดี. กรุงเทพมหานคร:

- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; มปป.
11. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ และ คณะ. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึกศึกษา; 2546.
 12. นันทนา ขาวละออ. การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.
 13. What is Therapeutic Community?. Retrieved from <http://integrityhouse.org/programs/what-is-therapeutic-community/>. [1 March 2011].
 14. Daytop international. The therapeutic community (TC) social learning treatment model: an experiential training program for addiction specialists. U.S.: Bureau for international narcotics and law enforcement affairs (INL); 2005.
 15. ศรีเรือน แก้วกังวาน. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2548.

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการและบุคลากรที่สนใจการส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

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 บทความย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ ผล วิจัย สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจัยสรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจัยสรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านกายภาพและสาธารณสุข โดยเรียงเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทความวิจัยและเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ๆ ของผู้ย่อประกอบด้วย

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

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ 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 วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ สมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรงพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษ ควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมา

ที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ทำยบหน้าไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ วิธี การทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อนถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้นเน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่านำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหา

สำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้น ตามด้วยนามสกุล 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. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาสลักษณ์ ชิววัณลิ, 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 แต่งโดยผู้พิมพ์

1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคจิตวิทยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ลิบบราเตอร์การพิมพ์; 2545.
2. Beck. Aaron T. Cognitive Therapy Substance Abuse. New York: The Guilford Press; 1993.

หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, ลำซ่า ลักษณะภิกชนัชช, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำรา เวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. The social psychology of drug abuse. Philadelphia: Open University Press; 2001.

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. ธวัชชัย ลีพนาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 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 (Conference Proceedings)

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

1. Kimura J, Shibasaki H, ed. 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 ลาภศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิต-

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

2. Silpakit C. A Study 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. เลขที่รายงาน

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. อื่น ๆ

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