

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - ธันวาคม 2559

Vol. 4 No. 1 January - December 2016

วารสารวิชาการเสพติด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด

เจ้าของ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ปรึกษา

สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์
บุญเรือง	ไตรเรืองวรวัฒน์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ภาสกร	ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
อัญชลี	ศิริทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
ชาญชัย	เอื้อชัยกุล	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สมาน	พุตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ปานทิพย์	โชติบุญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
ประเมิน	จิตพิทักษ์	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
สุรัชณี	เศวตศิลา	รักษาการผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด
มณีรัตน์	บุญฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
สินเงิน	สุขสมปอง	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
วิโรจน์	วีรชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
วรพงษ์	สำราญทิวารัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
สรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ธวัช	ลาพินี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
อดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
วีรวัต	อุครานันท์	รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
ธิตี	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

บรรณาธิการ

ลำช้า ลักษณะอักษรซซ์

กองบรรณาธิการ

กฤติกา	เฉิดโฉม	สิริกกุล	วงศ์สิริโสภาคย์
ขนิษฐา	ตันติศิรินทร์	สุกมา	แสงเดือนฉาย
ชลนที	รอดสว่าง	สุพจน์	ชุติดำรง
นันทา	ชัยพิชิตพันธ์	อภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์
นิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	อรพิน	ทนนชติ
สำเนา	นิลบรรพ์		

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.มรรยาท	รุจิวิชญ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
พันเอกนายแพทย์พิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายแพทย์อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.แพทย์หญิงรัศมี	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.นายแพทย์ตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ผศ.นายแพทย์สุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.สุชาดา	รัชชกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
ผศ.ดร.ประภาพรรณ	จุเจริญ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อุษณีย์	พึงปาน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ดรณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.ดร.นัยนา	พัชรไพศาล	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ดร.ศรีัญญา	เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
แพทย์หญิงบุญศิริ	จันทร์ศิริมงคล	กรมสุขภาพจิต
นางสุมาลี	มาดำ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ภญ.วลัยลักษณ์	เมธาภัทร	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุคุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์

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

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

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ เนื้อหาประกอบด้วย เรื่องแรก ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เรื่องที่สอง ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เรื่องที่สามบริบทแวดล้อมและสถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในกลุ่มนักเรียนอาชีวะภายใต้บริบทพื้นที่เสี่ยง สู่มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการระดับจังหวัด และบทความเรื่อง ปัญหาเสพติดที่สะท้อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้ส่งบทความทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและขอเชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานให้เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ของประเทศ อันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ลำซา ลักขณาภิชนัชช
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	
นิพนธ์ต้นฉบับ	1
ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สุกฤษา แสงเดือนฉาย ปร.ด., สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม., วันเพ็ญ ใจปทุม กศ.ม., สุวิภัทร คงหอม วท.ม., ญาดา จีนประชา พย.ม., ธัญญา สิงโต วท.ม.	
ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม., วัชร มีศิลป์ วท.ม., อัญชิษฐา นุ่มโต วท.ม., ธัญพัฒน์ พุ่มทอง พย.บ., รุจิรา อากาศบุษยพันธ์ วท.ม.	17
บริบทแวดล้อมและสถานการณ์ปัญหาสารเสพติดในกลุ่มนักเรียนอาชีวะ ภายใต้บริบทพื้นที่เสี่ยง สู่มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการระดับจังหวัด วิภา ด่านธำรงกุล พบ.ม., อนุกุล รักษาธรรมเสมอ พบ.ม., สำรวัย วรเดชะคงคา วท.ม., สุภาพร สวัสดิชัย พบ.ม., สโรชนี แจ่มมงคล	33
บทความ	51
ปัญหาเสพติดที่สะท้อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ประเชิญ ฤกษ์อรุณ ศศ.ม.	

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

สุกัมา แสงเดือนฉาย ปร.ด.*, สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.*, วันเพ็ญ ใจปทุม กศ.ม.*,
สุวภัทร คงหอม วท.ม.*, ญาดา จินประชา พย.ม.*, ธัญญา สิงโต วท.ม.*

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract The Effect of Cognitive Behavior Therapy on Relapse Prevention
of Methamphetamine dependence among In-patients

Saengduenchai S*, Nilban S*, Jaipatum W*,
Konghom S*, Jengphacha Y*, Singto T.*

*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

This research was designed as Quasi – experimental design (Two group pretest – posttest and follow up). The purpose of this study was to examine the result of cognitive behavioral therapy program for early relapse prevention. The participants consisted of 200 methamphetamine-dependent patients who were admitted in Thanyarak Institute. The patients were randomly assigned into experimental and control groups. There were 110 patients in experimental group, and 90 in control group. The patients in experimental group received cognitive-behavioral

therapy program (CBT). Which the patients received one time of CBT in the preparation before treatment phase, 7 times in the detoxification phase, 10 times in the rehabilitation phase and 4 times of booster session CBT in the follow up phase which was developed by the researcher. The data were collected for three times: in the detoxification phase, the rehabilitation phase and the follow up in second week, 1, 2 and 3 month, respectively. The instruments in the study were questionnaires comprising of 2 parts; intention to early relapse prevention and self-efficacy to early relapse prevention. Additionally; There was also a methamphetamine urine examination. The data were analyzed by utilizing t-test and Fisher's Exact test.

The result were that after the program in the detoxification phase and the rehabilitation phase, the experimental group had more intention on relapse prevention than control group. However self-efficacy of the experimental group and control group was not statistically different. The follow up assessments in the 2nd week and 1st month showed that the number of patients in experimental group and control group were not statistically different on relapse prevention. However the 2nd month and the 3rd month revealed that the number of relapse patients in experimental group was less than those of control group.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Relapse prevention, Methamphetamine dependence, In-patients

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง และติดตามการรักษา (Two-groups pretest posttest, follow up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 200 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 90 คน กลุ่มควบคุม 110 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในระยะเตรียมการก่อนรักษา 1 ครั้ง ระยะบำบัดด้วยยา 7 ครั้ง ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 10 ครั้ง และระยะติดตามการรักษา (Booster session) 4 ครั้ง

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมตามปกติของสถานบำบัด รวมระยะเวลาที่ร่วมกิจกรรมในโปรแกรม 3-4 เดือน ซึ่งมีการประเมินผลโดยมีการวัดผล 3 ครั้งคือ วัดผลก่อน-หลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด ในระยะบำบัดยา และวัดผลหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยแบบสอบถามความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ส่วนในระยะติดตามการรักษา วัดผลการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ 4 ครั้งคือ ในสัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test และ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการบำบัดด้วยยา และภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับในระยะติดตามการรักษาสัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1 จำนวนผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการติดยา ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 พบว่า จำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมติดยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การป้องกันการติดยา
ผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน

บทนำ

ยาเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว จากสถิติผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่าเป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาบ้าและไอซ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.9, 89.45 และ 87.37 ตามลำดับ¹ สอดคล้องกับสถิติการรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ พบว่าเป็นยาบ้า และไอซ์ เกือบร้อยละ 70 และเป็นผู้ป่วยที่เสพยาบ้า ร้อยละ 30²

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา จะกลับไปติดยาเป็นจำนวนมาก การบำบัดรักษา

ก็ยังเป็นมาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด และเป็นวิธีการที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในกลุ่มผู้ใช้หรือติดยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้มีโรคมองติดยา มีพยาธิสภาพ มีอาการผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ มีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมที่หมกมุ่นอยู่กับการใช้ยาและสารเสพติด มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อความเปราะบางในหลายๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (Bio-psycho-social)

ในการบำบัดมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) และการศึกษาหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าเป็นวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy = CBT) เป็นการ

บำบัดที่มีประสิทธิผลในผู้ติดสุราและสารเสฟตีด³ เพราะมีผลต่อการหยุดเสฟตีดยาวนานกว่าการบำบัดด้วยวิธีอื่น⁴

สำหรับในประเทศไทยมีการนำแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบของกาย จิต สังคมบำบัด (Metrix program) กับผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตามการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในยังไม่ได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้อย่างเป็นทางการชัดเจน และยังไม่มียุทธศาสตร์โปรแกรมการบำบัดรักษาที่เฉพาะกับผู้ติดเมทแอมเฟตามีนที่ดำเนินทั้ง 4 ขั้นตอนของการบำบัด

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของผู้ติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการติดยา โดยดำเนินการครอบคลุมขั้นตอนการบำบัดรักษาทั้ง 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการก่อนรักษา ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามการรักษา เพื่อให้การบำบัดรักษามีความต่อเนื่อง มีรูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกันทั้งระบบ เป็นประโยชน์ทั้งกับตัวผู้ป่วยที่สามารถลด ละ เลิกสารเสฟตีดได้ และเป็นการพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้ง 4 ระยะ

2. เพื่อศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันการติดยา ในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโดย

2.1 ศึกษาผลของความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ในระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 ศึกษาผลของพฤติกรรมการติดยาเมื่อสิ้นสุดการทดลองในระยะติดตามหลังการรักษา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ในระยะบำบัดยา ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปกติ

2. ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายหลังจากการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปกติ

3. ในระยะติดตามผล จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมติดยา (ตรวจสอบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นบวก) ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปกติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง และการติดตามการรักษา (Two-groups pretest posttest, follow up design)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน เพศชาย เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ระบบสมัครใจ ที่สถาบันธัญญารักษ์ โดยเข้ารับการบำบัดรักษาในช่วง 17 เมษายน 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน กลุ่มละ 34 คน (คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลงานวิจัยของดรุณี ภูเขา. 2006 ในโปรแกรม Epi cale⁵ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยของดรุณี ภูเขา เก็บข้อมูลใน ระยะบำบัดยา และระยะติดตามผลเท่านั้น ส่วนในงานวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะเตรียมการก่อนรักษา ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามการรักษา ซึ่งจากสถิติของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาของสถาบันธัญญารักษ์ พบว่าผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ที่สมัครใจเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่อยู่บำบัดรักษาในระยะเตรียมการก่อนรักษา และระยะบำบัดยา เท่านั้น จะอยู่รักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง ร้อยละ 35 ดังนั้นในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขึ้นเป็น 200 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 100

ในการศึกษาจึงได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออกจากการวิจัยเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ไม่มีภาวะเมายา (Intoxication)
4. เข้ารับการบำบัดในระยะบำบัดด้วยยา และผ่านเกณฑ์การประเมินเพื่อย้ายเข้าสู่การบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เข้าร่วมกิจกรรมในการบำบัดรักษา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ถึงร้อยละ 80
2. มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นระหว่างอยู่บำบัดรักษา และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดได้
3. ทำผิดกฎระเบียบของสถานบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดโครงสร้างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁶ โดยผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำทดลองใช้กับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนจำนวน 5 คน ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม และดำเนินกิจกรรมครอบคลุมการบำบัดรักษาทั้ง 4 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการก่อนการรักษา

มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน และตัดสินใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา ระยะนี้ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที ได้แก่ กิจกรรม เพียงครั้งเดียวก็เลิกได้

ระยะบำบัดยา

มีเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าใจเกี่ยวกับความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ที่บิดเบือนนำไปสู่การใช้เมทแอมเฟตามีน ตัวกระตุ้นภายนอกและตัวกระตุ้นภายใน รวมทั้งฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม และฝึกทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระยะนี้ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที ดำเนินการต่อเนื่องทุกวันๆ ละ 1 กิจกรรม

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

กิจกรรมระยะนี้ยังคงมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและสร้างเสริมทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากการติดยาของผู้ป่วย โดยเน้นให้มีการฝึกทักษะซ้ำๆ ให้เกิด

ความชำนาญ และใช้เทคนิคต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงเห็นว่าบางกิจกรรมของระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีแนวคิดและวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกับกิจกรรมในระยะบำบัดยา ส่วนรายละเอียดของใบงานในกิจกรรมจะมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ระยะนี้จะมีกิจกรรม 10 กิจกรรม ใช้เวลา 120 นาที ดำเนินการต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม มีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการบำบัดรักษา ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะ และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ระยะติดตามการรักษา

มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน โดยส่งเสริม กระตุ้นให้ใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งทักษะต่างๆ ที่เรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดการทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยมาติดตามในสัปดาห์ที่ 2 เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ระยะนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลา 60 นาที ได้แก่ กิจกรรมต้นทุนชีวิต จุดเปลี่ยนปรับความคิด ชีวิตเปลี่ยน สู่วิถีที่สมดุล และคำมั่นสัญญา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ฉบับคือ แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา

แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดยา

เป็นแบบประเมินความตั้งใจหรือเจตนาของผู้ป่วยในการพยายามหลีกเลี่ยงการใช้เมทแอมเฟตามีน

ในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งจากปัจจัยภายใน และ ปัจจัยภายนอก ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัด ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสุรา ของสุกมา แสงเดือนฉาย⁷ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะ ข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย ซึ่งในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสุรา ของสุกมา แสงเดือนฉาย⁷ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรา ประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มั่นใจมาก มั่นใจ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย ซึ่งในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือก เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา ในสถานบำบัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ส่วนแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ ติดเชื้อ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจและการ รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการ เสพติดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ที่ 1 และ 2 และวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม การติดเชื้อจากผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการ วิเคราะห์ Fisher's Exact test เพื่อทดสอบ สมมุติฐานที่ 3

ผล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26 ปี ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และเป็นผู้ที่มีงานทำ อาชีพ กรรมกร/รับจ้าง กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 7,000 บาท กลุ่มควบคุมมีรายได้ค่าเฉลี่ย 10,760 บาท ทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ ครอบครัว มีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี และ ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีข้อมูลพื้นฐาน ไม่แตกต่างกัน และก่อนบำบัดยา ตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความตั้งใจและ การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนของความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองในระยะบำบัดยา

ตัวแปร	N	M	SD	t	P-value
ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					
หลังการบำบัดยา					
กลุ่มทดลอง	29	73.10	7.48		
กลุ่มควบคุม	28	68.71	8.58	2.056	.044*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ					
กลุ่มทดลอง	29	62.89	8.51		
กลุ่มควบคุม	28	57.92	11.77	1.820	.075

จากตารางที่ 1 หลังการบำบัดยาค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามหลังการบำบัดยาพบเพียง ทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนของความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตัวแปร	N	M	SD	t	P-value
ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					
หลังการฟื้นฟู					
กลุ่มทดลอง	29	74.58	5.93		
กลุ่มควบคุม	28	70.85	6.56	2.251	.028*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ					
หลังการฟื้นฟู					
กลุ่มทดลอง	29	64.10	10.06		
กลุ่มควบคุม	28	61.25	11.77	1.016	.314

จากตารางที่ 2 ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าหลังการฟื้นฟูกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามการรักษาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบำบัด 2 สัปดาห์ (ครั้งที่ 1) 1 เดือน (ครั้งที่ 2) 2 เดือน (ครั้งที่ 3) และ 3 เดือน (ครั้งที่ 4)

ผลการตรวจปัสสาวะ	จำนวน (ร้อยละ)		Sig
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ติดตามการรักษาครั้งที่ 1 (2 สัปดาห์)	27	25	
ผลปัสสาวะเป็นบวก	1 (3.7)	3 (12.0)	.341
ผลปัสสาวะเป็นลบ	26 (96.3)	22 (88.0)	
ติดตามการรักษาครั้งที่ 2 (1 เดือน)	25	23	
ผลปัสสาวะเป็นบวก	1 (4.0)	5 (21.7)	.091
ผลปัสสาวะเป็นลบ	24 (96.0)	18 (78.3)	
ติดตามการรักษาครั้งที่ 3 (2 เดือน)	23	19	
ผลปัสสาวะเป็นบวก	2 (8.7)	8 (40.0)	.028*
ผลปัสสาวะเป็นลบ	21 (91.3)	12 (60.0)	
ติดตามการรักษาครั้งที่ 4 (3 เดือน)	22	17	
ผลปัสสาวะเป็นบวก	3 (13.6)	8 (47.1)	.033*
ผลปัสสาวะเป็นลบ	19 (86.4)	9 (52.9)	

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการติดยาของผู้ป่วยติดยาเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การติดตามในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 จำนวนผู้กลับไปติดยา ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อติดตามในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับไปติดยา น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิจารณ์

สมมุติฐานที่ 1 จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาต่างก็มีประสบการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสฟติด มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีปัญหาการเรียน มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยดี มีการกระทำผิดกฎหมาย ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีการสะท้อนปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ให้ทุกคนได้คิด ทบทวน ใคร่ครวญ อย่างจริงจัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาของการใช้เมทแอมเฟตามีนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นผลกระทบ และปัญหาการใช้สารเสฟติดชัดเจนขึ้น ส่งผลต่อความตั้งใจ และสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อ ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจมีการอธิบายได้ดังนี้ ในการศึกษาของฉวีวรรณ ปัญญา และสุกมาแสงเดือนฉาย^๖ ที่ศึกษากลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาเฉพาะในระยะบำบัดยา ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่บำบัดประมาณ 2-3 สัปดาห์และกลับบ้าน การบำบัดระยะนี้เน้นการบำบัดอาการทางร่างกายที่เกิดจากการขาดยาเสฟติด การเตรียมความพร้อมของสภาพร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ และ

ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดีขึ้น มีจิตใจเข้มแข็งขึ้น มั่นใจในตนเองมากขึ้นสามารถกลับบ้านได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของสิอรุณ แผลมภู^๗ พบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดในระยะบำบัดยา ส่วนหนึ่งไม่เข้ารับรักษาตัวต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะมีความเชื่อว่าเมื่อรักษาอาการทางร่างกายหายแล้วจะสามารถเลิกยาได้ อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มเป้าหมายจะต้องผ่านการบำบัดรักษาระยะบำบัดยา และตัดสินใจเข้าสู่การบำบัดรักษาตัวต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องใช้เวลาประมาณ 4 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ถึงแม้จะได้รับการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการอยู่บำบัด และให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยยังคงมีการประเมินสถานการณ์ภายนอกกว่าเป็นอันตราย ไม่ปลอดภัย และส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการอยู่บำบัดรักษาตัวต่อในระยะฟื้นฟู เพราะยังไม่มั่นใจในตนเองมากพอที่จะออกไปสู่สังคม และสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ที่มีตัวกระตุ้นต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงอาจประเมินความสามารถของตนเองไม่สูงมากนัก และยังไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ^๘ ที่พบว่า การไม่เข้าบำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ติดสารเสฟติดไม่มีภูมิต้านทานที่เข้มแข็งพอที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อกลับไปเผชิญกับปัญหาเก่าๆ และสภาพสังคมเดิมที่ยังคงมียาเสฟติด จึงมีแนวโน้มที่จะหวนกลับไปใช้สารเสฟติดซ้ำได้ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจอยู่รักษาตัวต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เพิ่มขึ้นไม่มากนัก และไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานที่ 2 พบว่าภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดยาเสพติดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดมีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ความตั้งใจในการบำบัดรักษา

ตั้งแต่ระยะบำบัดยา จนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้มีการดำเนินกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับปัญหา ผลกระทบที่เกิดจากการใช้เมทแอมเฟตามีน มีการชั่งน้ำหนักผลดีผลเสียของการใช้เมทแอมเฟตามีน การได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงช่องว่างของเป้าหมายของชีวิตทั้งด้านการงาน/การเรียน และครอบครัว กับชีวิตที่เป็นจริง พบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นอุปสรรคที่สำคัญส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายได้ จึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหาการใช้สารเสพติดของตนเอง มีความต้องการที่จะลดช่องว่างระหว่างเป้าหมายในชีวิต กับสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ยาเสพติดจากการศึกษาพบว่าแรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านความตั้งใจโดยตรงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ¹⁰ และนำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม¹¹

การบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้อย่างกว้างขวาง ในปัญหาที่คล้ายๆ กัน รู้สึกเหมือนๆ กัน

มีความเข้าใจกัน รู้สึกปลอดภัย มีมิตรภาพที่ดี มีการช่วยเหลือกัน ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อกัน ในบรรยากาศที่เป็นพวกเดียวกัน มีเป้าหมายในการเลิกยาเหมือนกันมีอารมณ์/ความรู้สึกร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาประโยชน์ของการทำกลุ่มบำบัด¹² พบว่า ความสัมพันธ์ในกลุ่มจะก่อให้เกิดการพัฒนาภายใต้สภาพการณ์ที่มีการยอมรับกันมากขึ้น ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหา หรือความยุ่งยากได้ดีมากขึ้น

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาเสพติด การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มประเมินความสามารถของตนเองว่า มีความสำเร็จในการอยู่บำบัดรักษาได้ครบกำหนด 4 เดือน ซึ่งการตัดสินใจที่จะอยู่รักษาตัวต่อ แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ดีขึ้นปรารถนาที่จะเลิกเมทแอมเฟตามีน สอดคล้องกับ Bandura กล่าวว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ ประสบความสำเร็จจะเป็นผู้ที่ประเมินตัวเองมีความรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น¹³

สมมุติฐานที่ 3 ผลการวิเคราะห์ในระยะติดตามการรักษาสัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1 มีความสอดคล้องกันคือ จำนวนผู้ป่วยติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการติดยาไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมติดยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับในการอภิปรายในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในช่วง 1 เดือนแรกที่ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่กลับไปติดซ้ำ ไม่แตกต่างกันนั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีแรงจูงใจ และความตั้งใจ ที่ยังคงจะ ปรารถนาประคองตนเอง และพยายามรักษาสภาพ ของการไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน ซึ่งเมื่อระยะเวลา ผ่านไปนานขึ้นเมื่อต้องไปเผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายใน และภายนอก ความตั้งใจที่จะดำรงตน ไม่ให้ไปเกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีนก็จะลดลง จนไม่สามารถต้านทานกับสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้า ต่างๆ ได้ จึงนำไปสู่การใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำ มากขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อติดตามเดือนที่ 2 และเดือน ที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มติดซ้ำมากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มทดลองติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากโปรแกรมการบำบัดในกลุ่ม ทดลองที่ใช้การบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยได้เกิดความตระหนักในปัญหาของการใช้ เมทแอมเฟตามีน ได้เรียนรู้ถึงความคิดและ อารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จากภายในทางด้านความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ซึ่งอาจส่งผลให้การดำรงอยู่ของพฤติกรรมในการ ป้องกันการติดซ้ำคงทนกว่าการบำบัดปกติของ สถานบำบัดจึงพบความแตกต่างของการติดซ้ำ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสุราที่พบว่ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกัน การติดซ้ำของผู้ป่วยสุรา มีจำนวนของผู้ที่ไม่ติดซ้ำ ในช่วงเดือนที่ 3 มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ บำบัดตามปกติของสถานบำบัด⁷

จากการศึกษาครั้งนี้ในช่วงหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน มีเพียง ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำของทั้งสองกลุ่ม ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามก็พบว่า เมื่อวัดผลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว 3 เดือน กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยไม่กลับไป ติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามการศึกษา ของรูปแบบการติดซ้ำของมาหลัท และกอร์ดอน¹⁴ ที่พบว่า การบำบัดเพื่อป้องกันการติดซ้ำที่สร้างเสริม การรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยลดโอกาส ของการติดซ้ำได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษา ของสุกมา แสงเดือนฉาย⁷ ที่นำโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อป้องกันการติดซ้ำ ในกลุ่มของผู้ป่วยสุรา พบผลการศึกษาที่สอดคล้อง กันคือ ถึงแม้ว่าความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดื่มได้ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 แต่ก็พบว่า มีเพียงความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำที่สามารถ ทำนายพฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าตัวแปร ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเป็นตัวแปร ทางจิตที่มีความสำคัญอีกตัวแปรหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะกระทำ พฤติกรรม หรือกล่าวได้ว่าเป็นตัวแทนของส่วนประกอบ ของพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Behavioral component) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออก ที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้¹⁵ อย่างไรก็ตามระดับของ ความตั้งใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อความตั้งใจ

ลดลงก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกได้ เช่น จากการศึกษาผลการทำนายพฤติกรรมการดื่มสุรา ของการพิวล์ และมิลเลอร์¹⁶ พบว่า ผู้ที่ขาดแรงจูงใจ มักมีความคิด เกี่ยวกับความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มักขาดความตั้งใจ ในการกระทำเพื่อป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้น ต่างๆ ก็จะมีผลต่อพฤติกรรมที่นำไปสู่การติดซ้ำ ได้ง่ายขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการครอบคลุม 4 ระยะ ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 4 เดือน ดังนั้นอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัด ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ ได้ทั้งหมด ที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลง ของความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการติดซ้ำ

2. การศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก อยู่ไม่ครบกระบวนการของการวิจัย (Lost case) และ ตัดออกจากการงานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัดที่ดำเนินการวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มบำบัด (Group therapy) ที่เป็น กิจกรรมลักษณะสำเร็จรูป ที่ผู้บำบัดสามารถนำไป ใช้ได้และดำเนินการตามกิจกรรม อย่างไรก็ตาม ในการบำบัดก็จะพบว่าผู้ป่วยแต่ละคนก็ยังมีปัญหา ที่แตกต่างกัน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นในโปรแกรมกิจกรรมจึงควรประกอบด้วย

กิจกรรม 2 แบบ คือ 1) กิจกรรมที่เป็นแกนหลัก (Core activity) ซึ่งเป็นเรื่องหรือหัวข้อที่สำคัญ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดทุกคนต้องผ่านกิจกรรม และ 2) กิจกรรมทางเลือก (Alternative activity) ซึ่งเป็นกิจกรรมเฉพาะที่สามารถเสริมเพิ่มเติม สำหรับผู้ป่วยที่สนใจ หรือมีปัญหาในเรื่องนั้นๆ นอกจากนี้ควรมีชั่วโมงการบำบัดรายบุคคลให้กับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ในเชิงลึกที่ต้องการให้การ ช่วยเหลือเพราะการเข้ากลุ่มบำบัดอาจไม่เพียงพอ ต่อการดูแลช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในเชิงลึกได้

2. จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรความตั้งใจ ในการป้องกันการติดซ้ำ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ ต่อการอยู่บำบัดรักษาให้ยาวนานขึ้น และยังส่งผล ต่อการป้องกันการติดซ้ำได้ ดังนั้น ในการบำบัดรักษา จึงควรที่จะเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ

3. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการ บำบัดที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือ (Collaboration) และต้องลงมือกระทำ หรือฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (Active) จึงจะเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จ และการฝึกฝนบ่อยๆ อย่างต่อเนื่องจนเกิดทักษะ จะช่วยให้สามารถนำไปใช้อย่างได้ผล อย่างไรก็ตาม การฝึกแค่ในชั่วโมงการบำบัดเป็นเพียงการเรียนรู้ วิธีการเท่านั้น ยังคงไม่เพียงพอที่ทำให้เกิดทักษะ หรือความชำนาญ ดังนั้น ผู้บำบัดควรกระตุ้นให้ ผู้ป่วยได้นำทักษะต่างๆ ไปฝึกใช้ชีวิตประจำวัน และ คอยกระตุ้นถามถึงผลการนำไปใช้ เพื่อให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญ และได้ทดลองนำไปใช้ได้จริง

4. ในระยะติดตามผล พบว่า อัตราการ มาติดตามผลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองมีกิจกรรมที่ใช้เป็นกิจกรรมกระตุ้น (Booster session) ให้สำหรับผู้ป่วยที่มาติดตามในช่วง 3 เดือน ดังนั้น ในช่วงของการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการมาติดตามอย่างต่อเนื่องควรจัดให้มีกิจกรรมให้กับผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม หรือมีการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วย ก็จะทำให้ติดตามได้มากขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปมีดังนี้

1. ควรมีการศึกษาในเชิงลึกถึงระดับการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ หรือความตั้งใจของผู้ใช้ยาเสพติดว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร วิธีการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ หรือความตั้งใจให้เกิดขึ้นอยู่อย่างสม่ำเสมอ และการที่จะส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ หรือความตั้งใจในระดับใดจึงจะมีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อได้

2. การศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินการวิจัยครอบคลุมหลายระยะของการบำบัด และใช้เวลานานในแต่ละระยะของการบำบัด ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัยอาจมีปัจจัยต่างๆ ที่แทรกซ้อนเข้ามารบกวน ดังนั้นถ้าต้องการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงควรออกแบบการวิจัยเพื่อดำเนินการในแต่ละระยะของการบำบัด ได้แก่ระยะเตรียมการก่อนการรักษา ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามการรักษา ซึ่งจะทำได้เป็นอย่างดีในแต่ระยะของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

3. ศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยนอก

4. ศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ที่กระทำผิดในคดียาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ ผู้อำนวยการสถานบำบัดจิตเวชที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ที่กรุณาคัดกรองผู้ป่วยเข้าในการศึกษา และช่วยติดตามผู้ป่วย และขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือ เข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานบริหารสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยยาเสพติด (บสต). [สืบค้น 30 ธันวาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>
2. สถาบันธัญญารักษ์. สถิติการรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยใน. ปทุมธานี : สถาบันธัญญารักษ์; 2557.
3. Witkiewitz, Katie.; & Marlatt, Alan G. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist* 2004. 59; 224-235.
4. ทิพาชาติ เอมะวรรณชะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
5. Phukao, Darunee. Development and Evaluation of a Culturally Appropriate Treatment Program for People with Alcohol Use Disorders in Thailand. Dissertation, Ph.D. Queensland : University of Queensland. Photocopied; 2006.
6. Beck, Aaron T. et al. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. USA.: The Guilford Press; 1993.
7. สุกุม่า แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ติดยาของผู้ป่วยสุรา. ปรินซ์ตัน (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
8. ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และสุกุม่า แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน. ปทุมธานี: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันธัญญารักษ์; 2556.
9. สือรุณ แหลมภู. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. ปรินซ์ตัน (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
10. Reeve Johnmarshall. *Understanding Motivation and Emotion*. Fort Worth, TX: Harcourt College Publishers; 2001.
11. Ajzen, I., Fishbein, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1980.
12. U.S. Department of Health and Human Services. *Treatment for Stimulant Use Disorder*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services; 1999.
13. Bandura, Albert. *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
14. Marlatt, Alan G. Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. *Addiction* 1996. 91(Supplement): 37-49.

15. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทักษะคิด: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: พีระพัฒนา; 2525.
16. O' Donohue, William., Fisher, Jane E., Hayes, Steven C. Cognitive Behavior Therapy : Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice. New Jersey : John Wiley & Sons; 2003.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัด รักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.*, วชิร มีศิลป์ วท.ม.*, อัญชิษฐา นุ่มโต วท.ม.*,

ธัญพัฒน์ พุ่มทอง พย.บ.*, รุจิรา อากาบุษยพันธ์ วท.ม.*

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract : The effect of cognitive-behavioral therapy program for early relapse of Methamphetamine-dependent patients in Rehabilitation Phase.

Nilaban S*, Meesilp W*, Numto A*, Phumthong T*, Apabusayapan R.*

*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

This research was designed as Quasi – experimental design (Two group pretest – posttest). The purposes of this study were compared intention and self-efficacy to early relapse prevention of methamphetamine-dependent patients in rehabilitation phase between the group receiving cognitive behavioral therapy program with regular therapy program and group receiving regular therapy program. The participants consisted of 57 methamphetamine-dependent patients who were admitted in rehabilitation phase at Thanyarak Institute. The patients were randomly assigned into experimental and control groups. There were 29 patients in experimental

group, and 28 in control group. The patients in experimental received 10 times of cognitive-behavioral therapy program which was developed by researcher. The instruments in the study were questionnaires comprising intention to early relapse prevention and self-efficacy to early relapse prevention. The data were analyzed by utilizing independent T-test

The result found that :

The experimental groups had more intention to early relapse prevention than control groups. However self-efficacy to early relapse prevention of experimental group and control group was not statistically different.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Methamphetamine-dependent patient, Rehabilitation

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 57 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และแบบสอบถามความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำมาหาความเชื่อมั่น (reliability) ได้เท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent T-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน
การฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศชาติ ที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เสพยา บุคคลทั่วไป ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศชาติที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา หลังจากที่ได้ดำเนินการปราบปรามอย่างหนักสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดเริ่มเบาบางลง แต่ในปี 2550 เริ่มมีการแพร่ระบาดมากขึ้น จากสถิติของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ปี พ.ศ. 2555 ช่วง 6 เดือนแรก พบว่า มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศจำนวน 35,136 คน เช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ปีงบประมาณ 2551-2555 พบว่า มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จาก 6,436 เป็น 7,127, 7,556, 8,117 และ 9,715 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนมีอายุระหว่าง 20-24 ปี มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 15-19 ปี และกลุ่ม 25-29 ปี (ร้อยละ 24.7, 23.5 และ 19.3 ตามลำดับ) ชนิดของยาเสพติดที่เสพนั้นส่วนใหญ่ยังเป็นยาบ้า รองลงมาคือสุรา กัญชา และสารระเหย¹ สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศ พบว่า สารเสพติด

ที่ใช้มากที่สุดได้แก่ ยาบ้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 คิดเป็นร้อยละ 81.85, 83.89 และ 86.08² ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

สถาบันธัญญารักษ์ ใช้รูปแบบการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบคลาสสิก (Classic Model) ซึ่งมีขั้นตอนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน³ ได้แก่ คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การบำบัดรักษาได้ผลสัมฤทธิ์ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจ และยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน 2) ขั้นตอนบำบัดด้วยยา เน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกายและโรคแทรกซ้อน 3) ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการฟื้นฟูด้านจิตใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางจิตใจ พฤติกรรม หรือปัญหาต่างๆ ที่เป็นมูลเหตุทำให้ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ และ 4) ขั้นตอนติดตามการรักษา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย เป็นการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดที่หยุดใช้ยาเสพติดแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ การบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ใช้รูปแบบการบำบัดที่เรียกว่า FAST Model เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาบ้า

มากกว่า 5 ปี ใช้เวลาในการบำบัดรักษาอย่างน้อย 4 เดือน เป็นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และเลิกเสพยาเสพติดได้ในลักษณะการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (learning by doing) ซึ่งใช้เวลานาน บางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวคิด เป็นลักษณะของการทำตามๆ กันไป วิธีการบำบัดรักษาจะแตกต่างจากระยะบำบัดด้วยยาอย่างสิ้นเชิง ผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรมตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะขอลกลับบ้านก่อน มีผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษาครบตามกำหนด 4 เดือน เพียงร้อยละ 53⁴ การที่ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดไม่ครบตามกำหนด จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง เนื่องจากยังมีอาการอยากยา ได้รับการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาต่อสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการติดซ้ำไม่เพียงพอ พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีอัตราการเสพยาเสพติดซ้ำร้อยละ 16⁴ อีกทั้งในปัจจุบันผู้ป่วยยาเสพติดมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น มีอาการแทรกซ้อนทางกายและจิต ไม่สามารถควบคุมการหยุดใช้ยาเสพติดได้

การที่ผู้ป่วยกลับมาติดซ้ำ จะทำให้กลายเป็นผู้ติดเรื้อรัง ซึ่งจะมีอาการทางกายและอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากสถิติของสถาบันธัญญารักษ์¹ พบว่า ผู้ป่วยในที่ติดยาบ้ามีอาการทางจิตเวชในปี พ.ศ. 2553 คิดเป็นร้อยละ 3.99 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.61 ในปี พ.ศ. 2554 จากปัญหาการติดซ้ำที่ส่งผลต่อตัวผู้เสพยาไม่สามารถดูแลตัวเองหรือเลี้ยงดู

ครอบครัวได้ จึงกลายเป็นภาระของคนในครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โรคมีความรุนแรงเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อน การรักษาพยาบาลยากขึ้น เมื่อมารับการบำบัดทำให้มีอัตราการครองเตียงนาน ค่าใช้จ่ายสูงทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เนื่องจากการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดนั้นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถและมีความชำนาญเฉพาะทาง จำเป็นต้องได้รับการอบรมและฝึกประสบการณ์ อีกทั้งประเทศไทยต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่า เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในวัยกำลังทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy) เชื่อว่า เหตุการณ์ (Antecedent) กระบวนการทางความคิด (Cognition) และพฤติกรรม (Behavior) ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งรูปแบบการบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) เน้นที่กระบวนการทางความคิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การกระทำและความรู้สึกของคน ซึ่งถูกกำหนดโดย ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้และกรอบความคิดในการรับรู้ หากกรอบความคิดของบุคคลผิดพลาดหรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองความคิดนั้นก็จะเป็นปัญหา รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ได้นำหลักการในการเปลี่ยนแปลงความคิดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งเบค⁵ (Beck) ได้อธิบายอารมณ์ของคนว่าเกิดจากกระบวนการคิด (Cognition) ในการรับรู้และตีความสิ่งเร้าที่มากกระทบ โดยมีอารมณ์พื้นฐาน

อยู่ 4 ประการ คือ อารมณ์เสียใจ ตีใจ โกรธ และ กังวลใจ ตัวอย่างเช่น อารมณ์เสียใจเกิดจากการรับรู้การสูญเสียหรือความพ่ายแพ้ ในแง่ของความสัมพันธ์มักออกมาในรูปของการไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิต ผลที่ตามมาคือการแยกตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่ให้ความรู้สึกดังกล่าว เบค (Beck) ได้อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเวชมีกระบวนการทางความคิด (Cognition) อารมณ์และพฤติกรรมที่ตอบสนองในระดับรุนแรง ต่อเนื่องและระยะเวลา ยาวนานกว่าบุคคลปกติ จะมีความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง และบุคคลอื่นแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกระบวนการทางความคิด (Cognition) ซึ่งมีความสำคัญในการบำบัดรักษา จากแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอารมณ์ที่ผิดปกติ มีผลมาจากความคิดที่ผิดปกติ ดังนั้นจึงมีเป้าหมายในการบำบัด เพื่อจัดการกับกระบวนการคิดใหม่ (Cognition Restructuring) ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลก สอดคล้องกับความเป็นจริง ลดหรือทำให้ความคิดอัตโนมัติหมดไป (dysfunctional autonomic thought) โดยการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง (idiosyncratic thought) และการใช้กรอบความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Cognitive schema) ในการรับรู้โลก ประสบการณ์ชีวิตและการคาดการณ์ในอนาคต

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมใช้ได้ผลดี ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาและสารเสพติด พบว่ามีจำนวนวันการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่บำบัด โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีจำนวนวันการหยุดดื่มเท่ากับ 90.2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 79.8 วัน⁶ ไม่ดื่มสุรา

ตลอดระยะเวลาการศึกษาและจำนวน 11 ราย ดื่มสุราน้อยลงกว่าก่อนได้รับการบำบัด แต่ดื่มไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดและไม่เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้⁷ มีปริมาณการเสพกัญชาลดลงกว่ากลุ่มควบคุม⁸ และยังเพิ่มระดับของแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁹

สถาบันธัญญารักษ์เป็นสถาบันหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท ในระดับตติยภูมิ และเป็นสถาบันที่ผลิตและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านวิชาการ และรูปแบบวิธีการบำบัดรักษา และถ่ายทอด เผยแพร่ให้แก่บุคลากร ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติด เพื่อสามารถให้การบำบัดรักษา ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้ถูกต้อง เหมาะสมตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ช่วยให้ปัญหาเสพติดของประเทศลดลงไป ผู้วิจัยในฐานะผู้บำบัดผู้ป่วยยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบของการบำบัดให้มีความทันสมัย และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่รับการบำบัดรักษา ได้ครบตามกำหนด ช่วยให้สามารถเลิกเสพยาเสพติดได้มากขึ้น จึงสนใจที่จะนำรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความตั้งใจในการป้องกันการติดยาและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วย

เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถาบันธัญญารักษ์ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 85 คน ทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (simple random sampling) เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ ดร.ณี ภูขาว (2006) ด้วยโปรแกรม Epi cale 2000 มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ยาเลฟที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในและเข้าร่วมการวิจัยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในระยะบำบัดยาครบตามกำหนด อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยนำแนวคิดโครงสร้างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁵ 8 องค์ประกอบ คือ 1) กำหนดเนื้อหา (Setting the agenda) 2) ตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) 3) เชื่อมโยงกับชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ผ่านมา (Bridge from previous session) 4) พิจารณาประเด็นที่จะพูดคุย (Discussion of current agenda items) 5) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความเชื่อมโยงของความคิด (Guided discovery) เป็นเทคนิคในการประเมินและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความคิด (Schema) ความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ และพฤติกรรม 6) สรุปสิ่งที่เรียนรู้ (Capsule summaries) สรุปสิ่งที่พูดในชั่วโมงการบำบัด 7) ให้การบ้านกลับไปทำ (Home work) และ 8) สรุปและให้ความเห็นโดยผู้ป่วย (Feedback in therapy session) ซึ่งสรุปเป็นขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมได้ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นขั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม มีการเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาสู่ชั่วโมงการบำบัดในครั้งนี้ 2) ขั้นดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยร่วมกันคิดวิเคราะห์ สะท้อนอภิปราย แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ และสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ 3) ขั้นสรุป เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันรวบรวมแนวคิดที่สำคัญหลังการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ในกลุ่ม สรุปลงเป็นหลักการเพื่อนำไปใช้ และให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม และมอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติต่อ สำหรับวิธีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษา และการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมด้วยการเรียนรู้จากการสังเกตจากตัวแบบทั้งที่เป็นบุคคล คำสอน จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) หรือการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ทำให้ผู้ป่วยตระหนักเกิดความตั้งใจ ได้รับความสามารถของตนเอง และพัฒนาการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็น ได้กิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 120 นาที ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อดูความเข้าใจ ความสับสน และความปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำกิจกรรม จึงมาจัดทำเป็นคู่มือการดำเนินการโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สำหรับคณะผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินกิจกรรมได้เหมือนกับการพัฒนากิจกรรมนี้ใช้เวลาดำเนินการ 6 เดือน

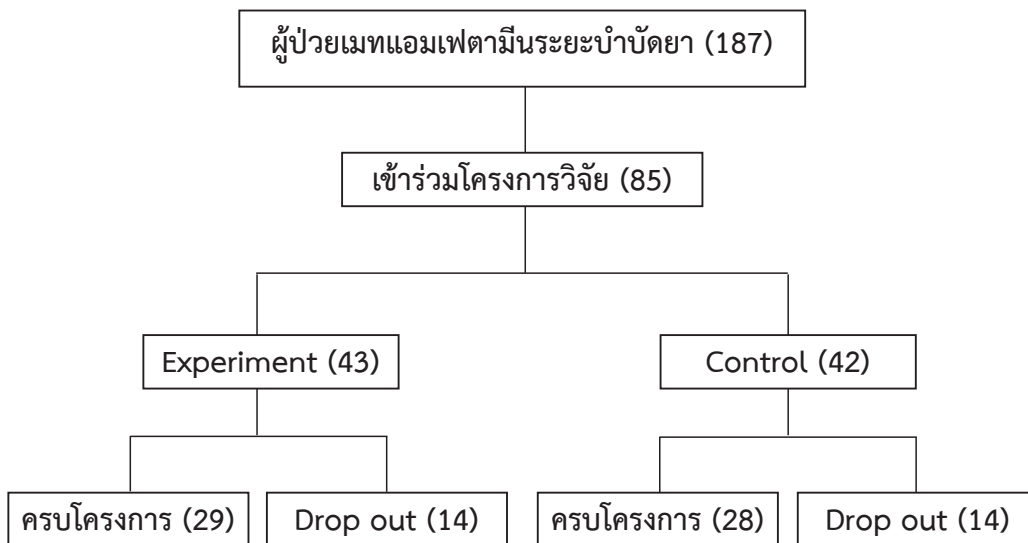
ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกัน

การติดยา และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ปรับจากสุกมา แสงเดือนฉาย¹⁰ โดยแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดยานำมาปรับข้อความให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือปัจจัยในการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน มีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก มีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ได้แก่ การเตรียมคณะผู้วิจัย ให้ความรู้และฝึกทักษะในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแก่คณะผู้วิจัย โดยจัดการอบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ รวมจำนวน 8 วัน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2554 โดยระยะที่ 1 และ 2 เป็นการให้ความรู้พื้นฐานและฝึกปฏิบัติการดำเนินการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน ผลัดกันเป็นผู้นำ

กลุ่ม ในระยะที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นรายบุคคลคนละ 2 ราย บันทึกเหตุการณ์สนทนาขณะทำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม นำมาเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญฟังเพื่อให้ออกเสนอแนะ การเตรียมสถานที่ สถานที่ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ ห้องกิจกรรมซึ่งตั้งอยู่ในหอผู้ป่วยโอบอลที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน มีประตูเข้าออก 2 ทาง เพื่อป้องกันความเสี่ยง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง ผู้วิจัยขอความยินยอมโดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการ เมื่อผู้ป่วยยินยอมจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยเสริมกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กำหนดลงในตารางเวลาการทำกิจกรรมการดูแล

ตามปกติ สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันพฤหัสบดี เวลา 13.30 - 15.30 น. โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในวันที่ 2 หลังการรับย้ายจากระยะบำบัดด้วยยา โดยทำกิจกรรมครั้งละ 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เรียงกันไปตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 จนถึงครั้งที่ 10 จนครบ ซึ่งการดำเนินการจะทำในลักษณะกลุ่มปิด ส่วนในกลุ่มทดลองดำเนินการตามโปรแกรมปกติในสัปดาห์ที่ 10 หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบให้ทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 17 เดือน ในระหว่างดำเนินการวิจัยมีผู้ป่วยขอยกจากการวิจัยจำนวน 28 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 57 คน ซึ่งสรุปได้ตามแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจและการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ โปรแกรมปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปกติ ด้วยสถิติ independent T-Test

ผล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		รวม (N = 57)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)							.222
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	7	24.2	7	25.0	14	24.6	
21-25	4	13.8	4	14.3	8	14.0	
26-30	13	44.8	6	21.4	19	33.3	
31-35	5	17.2	9	32.1	14	24.6	
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	0	0	2	7.2	2	3.5	
อายุเฉลี่ย \pm SD	25.86 \pm 4.90		26.86 \pm 6.37		26.35 \pm 5.64		
อายุต่ำสุด-สูงสุด	(18-33)		(18-41)		(18-41)		
สถานภาพสมรส							.691
โสด	20	69.0	20	71.4	40	70.2	
สมรส	5	17.2	6	21.4	11	19.3	
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.8	2	7.2	6	10.5	
ระดับการศึกษา							.372
ประถมศึกษา	4	13.8	4	14.3	8	14.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	31.0	10	35.7	19	33.4	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	7	24.1	11	39.3	18	31.6	
ปวส./อนุปริญญา	4	13.8	2	7.1	6	10.5	
ปริญญาตรี	5	17.3	1	3.6	6	10.5	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		รวม (N = 57)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ							.209
ไม่ได้ทำงาน	9	30.0	10	35.7	19	33.3	
นักเรียน/นักศึกษา	4	13.3	0	0	4	7.0	
เกษตรกร	5	16.7	3	10.7	8	14.0	
กรรมกร/รับจ้าง	7	26.7	7	25.0	14	24.6	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	4	13.3	8	28.6	12	21.1	
รายได้							.301
ไม่มีรายได้	11	37.9	8	28.6	19	33.3	
น้อยกว่า 5000 บาท	0	0	1	3.6	1	1.9	
5,001-10,000	12	41.5	7	25.0	19	33.3	
10,000-15,000	3	10.3	7	25.0	10	17.5	
มากกว่า 15,000	3	10.3	5	17.8	8	14.0	
รายได้เฉลี่ย \pm SD	7006.42 \pm 7514		10759.00 \pm 12652		9367 \pm 11519		
รายได้ต่ำสุด-สูงสุด	(0, 30,000)		(0, 60,000)		(0, 60,000)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย							.612
ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ภรรยา ลูก ญาติ)	27	93.9	27	96.4	54	94.7	
บุคคลที่ไม่ใช่ญาติ	1	3.4	0	0	1	1.8	
อยู่คนเดียว	1	3.4	1	3.6	2	3.5	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว							.995
รักใคร่กลมเกลียวกันดี	19	65.5	18	64.3	37	64.9	
ต่างคนต่างอยู่	2	6.9	2	7.1	4	7.0	
ทะเลาะกันบ้าง	8	27.6	8	28.6	16	28.1	

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26 ปี และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเป็นผู้ที่มีงานทำ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรรมกร/รับจ้าง และทำธุรกิจส่วนตัว กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ภรรยา ลูก) โดยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รักใคร่กลมเกลียวกันดี ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 29)		กลุ่มควบคุม (N = 28)		รวม (N = 57)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สารเสพติดที่ใช้							.092
ยาบ้า	15	51.7	22	78.6	37	64.9	
ไอซ์	3	10.4	2	7.1	5	8.8	
ยาบ้าและไอซ์	11	37.9	4	14.3	15	26.3	
สารเสพติดที่ใช้รวม							.337
ไม่ใช่	15	51.7	18	64.3	33	57.9	
ใช่ (เหล้า, กัญชา)	14	48.3	10	35.7	24	42.1	

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า รองลงมาคือ ใช้ยาบ้าและไอซ์สำหรับสารเสพติดที่ใช้รวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่ใช่สารเสพติดรวม จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ข้อมูลการใช้สารเสพติดและสารเสพติดที่ใช้รวมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความตั้งใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	\bar{X}	SD	t	P-value
ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ					
กลุ่มทดลอง	29	74.58	5.93	2.251	.028*
กลุ่มควบคุม	28	70.85	6.56		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ					
กลุ่มทดลอง	29	64.10	10.06	1.016	.314
กลุ่มควบคุม	28	61.25	11.12		

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

1. ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้ง 10 กิจกรรม มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การสร้างตระหนักรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดให้ผู้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ ทบทวน

ข้อดี ข้อเสียของการใช้สารเสพติด และข้อดี ข้อเสียของการเลิกยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรองถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวอย่างรอบคอบอีกครั้ง รวมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายชีวิตด้านครอบครัว และการงาน/การเรียน ทำให้เห็นปัญหาชัดเจนมากขึ้นว่าเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจพยายามที่จะเลิกยาเสพติดให้ได้ หลังจากผู้ป่วยตัดสินใจ และมีเป้าหมายร่วมกันว่าจะเลิกยาเสพติด จึงเริ่มการบำบัดในขั้นตอนปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและเสริมสร้างความเชื่อมั่น โดยให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและอิทธิพลของความคิดที่มีต่อปัจจัยอื่นๆ โดยยกตัวอย่าง อธิบายรูปแบบของความคิดว่า ความคิด อารมณ์/ความรู้สึก ปฏิบัติทางร่างกาย และพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่ปัจจัยใดก็จะส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆ ให้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย มีการฝึกการโต้แย้งความคิด และปรับเปลี่ยนเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนนำไปสู่การใช้ยาเสพติด

ให้มีความเหมาะสมตรงตามความเป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อการเลิกยาเสพติด และในขั้นตอนต่อไปจึงให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะที่จำเป็น ทั้งทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความรู้สึกอยากเสพยา การจัดการกับการถูกวิพากษ์วิจารณ์และความโกรธ การจัดการความเครียด และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งกระบวนการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกฝน เป็นการป้องกันการติดซ้ำที่ครอบคลุมทั้งความคิด อารมณ์ที่นำไปสู่การใช้สารเสพติด การมีภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย การมีความรู้สึกอยากเสพยา ความขัดแย้ง หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยครอบคลุมทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ซึ่งมาหลัท (Marlatt)¹¹ ศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดกลับไปเสพติดซ้ำ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการติด การเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ที่จะช่วยในการปรับตัวให้สามารถเผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้¹² จึงทำให้ผู้ป่วยมีความคิด เกิดความตั้งใจ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เพียงการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณีพร บุญเรือง¹³ พบว่า กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงทักษะการป้องกันการติดซ้ำไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการปฏิเสธ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

เมื่อพิจารณากิจกรรมการพัฒนาความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ การศึกษาครั้งนี้ใช้การสร้างความตระหนัก และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยให้วิเคราะห์ผลดี ผลเสียการใช้สารเสพติด

การให้ความรู้เรื่องสมองติดยา และการวางเป้าหมายในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Miller; & Rollnick¹⁴ ที่ให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบข้อดี ข้อเสียของการใช้สารเสพติดด้วยการไตร่ตรองอย่างรอบด้าน เพื่อให้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะยังคงมีพฤติกรรมอย่างเดิม หรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกมา แสงเดือนฉาย¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยสุรา ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับโปรแกรมการบำบัดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำจากแนวคิดของการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura¹⁵ ได้กล่าวถึงแหล่งที่มาของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ได้จากประสบการณ์ของคนที่ประสบความสำเร็จ (Enactive attainment) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) การได้รับคำพูดชักจูงจากบุคคลอื่น (Verbal persuasion) และสภาวะทางสรีระวิทยา (Physiological state) กล่าวคือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว มีความเครียด

วิตกกังวล จะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองไม่ดี ซึ่งในการจัดกิจกรรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครั้งนี้เป็นบรรยากาศของการผ่อนคลาย ผู้ป่วยทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ทุกความคิดเห็นและประสบการณ์มีคุณค่าที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทุกคนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายเดียวกันในการเลิกใช้ยาเสพติด มีการพูดคุยถึงประสบการณ์ความพยายามที่ประสบความสำเร็จ ในการหยุดใช้ยาเสพติดที่ผ่านมา ถึงแม้จะเป็นช่วงเวลาช่วงหนึ่ง ผู้ป่วยก็สามารถเล่าให้ฟังว่ามีวิธีการอย่างไรบ้าง แลกเปลี่ยนกัน และมีการพูดคุยจูงใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นบรรยากาศของการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ รวมทั้งได้ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการติดซ้ำ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากขึ้น ซึ่งจากการพูดคุยในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยกล่าวว่ากิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเลิกยาให้พวกเขาได้ มีความมั่นใจที่จะไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ร้อยละ 80-100 แต่ทั้งนี้ยังมีอาสาสมัครบางรายที่ยังขาดความมั่นใจอยู่บ้าง เนื่องจากเกรงว่าอาจจะมีความหวั่นไหวบางอย่างเกิดขึ้นภายหลัง โดยที่ตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ ดังคำสัมภาษณ์

“หลังจากที่ได้เรียนรู้แล้วจนถึงทุกวันนี้คิดว่าตัวเอง 100% ที่จะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เลิกของผมในที่นี่คือยาเสพติดกับผม เป็นคู่ขนานหลังจากที่ผมได้เรียนรู้อะไรต่างๆ ในโครงการ”

“ของผมนี่มั่นใจมากขึ้นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะว่าผมใช้ผลกระทบที่ตามมาใช้เหตุและผล คิดอยู่เสมอกับตัวเองอยู่ตลอดเวลาถ้าเราไปเจอเราต้องทำยังไงให้เราพ้นจากตรงนั้นแล้วก็การรับฟัง ยกตัวอย่างเช่นถ้าเพื่อนมาคุยกับเราเรื่องไม่ดีเรื่องยา เราจะต้องทำยังไงเราต้องมีสติมีอะไรใช้ประโยชน์จากโครงการคิดกับตัวเองครบบอกกับตัวเองอยู่ทุกวันจนตัวผมเองมั่นใจมากผมให้ 90% ครบ เพราะว่าที่เหลือขึ้นอยู่กับเราว่าสามารถเอาออกมาใช้ได้มากแค่ไหน”

“ก็มั่นใจครบมั่นใจมากๆ ก็คิดว่าเลิกได้ครบ ความมั่นใจก็ตั้งแต่ที่เข้าโครงการมาก็ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธก็ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการหยุดความคิดก็มีความมั่นใจแหละ ถ้าตีเป็นเปอร์เซ็นต์ก็ 90% ครบ อีก 10% นี้เผื่อไว้ตัวเองครบ กลัวว่าสักวันหนึ่งจะมีปัญหาอะไรอย่างนี้ครับที่ว่าเราไม่คาดคิดว่ามันจะเกิดขึ้นครับก็กลัวว่าแบบกลับไป แต่ก็ไม่น่าๆ เพราะว่าตอนนี้คิดถึงผลกระทบที่ตามมาครับ”

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดปกตินั้นจะใช้รูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบของชุมชนบำบัด (Therapeutic : TC) โดยมีวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถที่สอดคล้องกับแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา¹⁵ อยู่แล้ว เช่นการเป็นแบบอย่างของผู้บำบัดที่มาจากผู้ที่เคยติดยามาก่อน (Ex-addict staff) ซึ่งหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาและสามารถเลิกเสพยาได้

มีพฤติกรรมที่ดีจึงได้รับการส่งเสริมและสอบคัดเลือกให้เข้ามาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ได้ และในระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Reshape behavior) ของชุมชนบำบัด จะมีการให้รางวัลแก่ผู้ป่วยที่มีการพัฒนาพฤติกรรมที่ดี ได้แก่ การเลื่อนระดับตามขั้นตอนจากการเป็นสมาชิกทีม (Residents) เป็นหัวหน้าทีม (work leader) หัวหน้าแผนก (Expediter) ผู้ช่วยผู้ควบคุมดูแลและประสานกิจกรรม (Chief expediter) จนกระทั่งได้เลื่อนระดับเป็นผู้ควบคุมและประสานกิจกรรม (Co-ordinator) ซึ่งเป็นระดับสูงสุด มีหน้าที่รับผิดชอบที่สูงขึ้น ตลอดจนการได้รับการพูดคุยจูงใจให้อยู่บำบัดต่อจากเจ้าหน้าที่ในยามที่มีความท้อแท้หรือไม่สบายใจ พบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขณะอยู่รับการบำบัด ให้คำชมเชยเมื่อกระทำสิ่งที่ดี การให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำต่างๆ เพื่อให้เลิกยาเสพติด จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาซ้ำไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลตรงข้ามกับการศึกษาของดร.ณี ภูขาว⁹ พบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ทักษะในการเผชิญปัญหาไม่เพิ่มขึ้น

สรุป

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้มีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการที่หลากหลายในการเรียนรู้ทั้งการสอน บรรยาย การยกตัวอย่าง การจินตนาการ การวาดภาพ การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกทักษะต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง จนเกิดเป็นทักษะ เกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่ๆ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการที่ป้องกันการเสพยาซ้ำ จึงนับเป็นวิธีการบำบัดอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการติดยาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบัน ธรรมนูญรักษ์ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และขอขอบคุณผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนทุกท่านที่เป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันธัญญารักษ์. รายงานประจำปี 2555. สถาบันธัญญารักษ์. ปทุมธานี; 2555.
2. สำนักงานบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยยาเสพติด (บสต). [สืบค้น 28 สิงหาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>
3. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2541.
4. สถาบันธัญญารักษ์. รายงานประจำปี 2550. สถาบันธัญญารักษ์. ปทุมธานี; 2550.
5. Beck, Aron T. et al. Cognitive Therapy of Substance Abuse. USA : The Guilford Press; 1993.
6. Easton,C.J. et.al. A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). Am J Addict 2007. Jan-Feb;16(1):24-31
7. นิชนันท์ คำล้าณ. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยา. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547. [สืบค้น 31 กรกฎาคม 2552]. เข้าถึงได้จาก <http://www.jvkk.go.th/index01.asp>.
8. Copeland, J. et al. A Randomized controlled trial of cognitive – behavioral interventions for cannabis use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment 2001. 21;55-64.
9. ตรุณี ภูขาว. Development and evaluation of a culturally appropriate treatment program for people with alcohol use disorder in Thailand. (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต)มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2006.
10. สุกุมมา แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดยาและพฤติกรรมที่ไม่ดีซ้ำของผู้ป่วยสุรา. (ปริญญาวิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
11. Marlatt, Alan G. Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol relapse : Evaluation and Development of a Cognitive-Behavioral model. Addiction 1996. 91 (supplement) : 37-49
12. Marlatt, Alan G., Parks, A George & Witkiewitz, Katie. (2002). Clinical Guideline for Implementing Relapse Prevention Theory.[cited 2015 Jun5]. Available form : <http://www.Bhn.org/guidline/RDT>.
13. ปราณีพร บุญเรือง. ผลของกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาของวัยรุ่นที่ติดยาบำบัดต่อการป้องกันการกลับไปเสพยา. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
14. Miller; & Rollnick. Motivational Interviewing: helping people change. New York : Guilford; 2002.
15. Bandura A. (1986). Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey : Rentice-Hall; 1986.

นิพนธ์ต้นฉบับ

บริบทแวดล้อมและสถานการณ์ปัญหาสารเสพติด ในกลุ่มนักเรียนอาชีวะภายใต้บริบทพื้นที่เสี่ยง สู่มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการ ระดับจังหวัด

วิภา ดำนธำรงกุล พบ.ม.*, อนุกุล รักษ์ธรรมเสมอ พบ.ม.**, สำรววย วรเตชะคงคา วท.ม.**,
สุภาพร สวัสดิชัย พบ.ม.**, สโรชนี แจ่มมงคล*

*จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สำนักงาน ป.ป.ส.

Abstracts Context, affecting Factors and substance abuse situation among vocational students in high risk Provinces.

Danthamrongkul V*, Rakthamsmaer A**, Voratechakongkha S**,
Sawadichai S**, Changmongkol S*

* Chulalongkorn University.

**Office of Narcotic Control Board.

Introduction: Substance abuse is a serious problem in Thailand. The government has to spend a large amount of budget to fix this problem. Such problems affect the stability of society because drug use will affect the goal of development in

terms of physical, emotional, social and intellectual achievement of students. Vocational students are important adolescents; they all are in a period of adaptation to the environment, society and in the stage of recognizing new things.

Objective: This study aimed to examine factors affecting and behavioral drug abuse among vocational school students, which the benefit from this study will have in planning and prevention measurement for integrated solving drug abuse of provincial level.

Methods: We study among vocational education students. It is descriptive and quantitative-cross-sectional study and collect data by using self answers questionnaires. Five provinces were selected; NakhonSawan in the North, NakhonPathom and PraNakhon Sri Ayuthaya in central region, UbonRatchathanee and Nakhon Srithammarat in the North-East and the South region respectively. In each province selected one urban and two rural districts. The total number of school was 28 sites. Data collection was between December 2013 and February 2014. There were 2,274 cases

Results: Students had experience at least one type of drug use was 23.2%. Male students had 31.5%, which was 3-times higher than females. Prevalence of substance use in each province was different between 15.3%-29.2%. It was found that gender, living conditions, learning ability, locations of schools and provinces, affected the use of drugs statistical significantly ($p < 0.01$). The most commonly used drugs were marijuana, Yaba, kratom, and ice, respectively (16.1%-5.4%). Male students had higher rates than female students in every substance, except tranquilizer. During the previous year, Students had drug use decreased was 13.8%. Student had circumstances related to drugs 7.4 %. Especially in group of drug use.

Summary and discussion: There were similarities and differences in age, socioeconomic and environment context, the chance to gain access to knowledge and life skills of the students in both groups. This could affect an access to drugs at a higher rate than youth in the society. Types of drugs that were prevalent in the area were still a substance readily available locally. The dissemination and the severity of the problems were different in terms of area and target groups.

Therefore, it should be the strategies and action plans to tackle the problems properly. For instance, activities that have impact on the suppression of the unreachable substance abuse and on definite drug quitting. Administrators and teachers should give priority to knowledge activities regularly and seriously for effective prevention.

Keywords: substance abuse, vocational student

บทคัดย่อ

สารเสพติดเป็นปัญหาที่ร้ายแรงส่งผลกระทบต่อเชิงลบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทางด้านความมั่นคง สังคม เศรษฐกิจ และ สุขภาพ เชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่ทั้งระดับชาติ ชุมชน และบุคคล และที่สำคัญส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยเรียน ซึ่งมีบริบทแวดล้อมและการปรับตัวทางสังคมที่เอื้อให้เกิดโอกาสการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดในรูปแบบต่างๆ หน่วยงานระดับนโยบายได้เห็นความสำคัญในการติดตามขนาดและความรุนแรงพฤติกรรมด้านสารเสพติดของเด็กกลุ่มนี้ ทั้งนี้เพื่อสะท้อนถึงสภาพการแพร่ระบาดของสารเสพติดที่ค่อนข้างรุนแรงในสังคมและใช้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาสารเสพติดในสถานศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกการใช้สารเสพติด พฤติการณ์จัดหา สนับสนุนและจำหน่ายสารเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษา ในบริบทพื้นที่เสี่ยงสูงระดับจังหวัด รวมทั้ง ปัจจัยที่เอื้อที่ให้สถานการณ์ในแต่ละพื้นที่มีความรุนแรงมากน้อยต่างกัน

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาระดมความคิดเห็น แบบภาคตัดขวาง กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา ระดับ ปวช. ปีที่ 2 และ ปวส. ปีที่ 1 ในสถาบันอาชีวศึกษาจำนวน 28 แห่งใน 5 จังหวัด จากทุกภูมิภาค ได้แก่ จ.นครปฐม จ.พระนครศรีอยุธยา จ.นครสวรรค์ จ.อุบลราชธานี และ จ.นครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่ที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของสารเสพติดค่อนข้างสูงถึงสูงมาก รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามตนเอง จำนวนตัวอย่างรวม 2,274 ราย เป็นชาย 1,401 ราย และ หญิง 873 ราย และ สัมภาษณ์ หรือสนทนากลุ่ม จำนวน 12 กรณี รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2556 – เดือนกุมภาพันธ์ 2557

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาเคยใช้สารเสพติดในชีวิตอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 23.2 ในกลุ่มชายร้อยละ 31.5 สูงกว่าหญิง มากกว่า 3 เท่า แต่ละจังหวัด ความชุกการใช้สารเสพติดอยู่ระหว่างร้อยละ 15.3-29.2 และ ความชุกการใช้สารเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ลดลงเป็น

ร้อยละ 13.8 ในกลุ่มชายร้อยละ 18.8 มากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่าเช่นกัน และลดลงในทุกจังหวัดคืออยู่ระหว่างร้อยละ 8.6-21.6 และพบว่า จังหวัดที่มีอัตราการใช้สารเสพติดสูงสุดและต่ำสุดทั้ง 2 ช่วงเวลา ได้แก่ จ. นครศรีธรรมราช และ จ. อุบลราชธานี ตามลำดับ สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด 6 อันดับแรก ทั้ง 2 ช่วงเวลา ได้แก่ กัญชา พืชกระท่อม ยาบ้า น้ำต้มใบกระท่อม ผสมสารต่างๆ ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท และ ไอซ์ อยู่ระหว่างร้อยละ 16.1 - 5.4 และ ร้อยละ 8.7 - 2.3 ตามลำดับ พฤติการณ์การจัดหา สนับสนุนและ/หรือจำหน่ายสารเสพติดมี ร้อยละ 7.4 ในกลุ่มนักเรียนชายร้อยละ 9.6 และนักเรียนหญิงมีร้อยละ 4 แต่ละจังหวัดอยู่ระหว่าง ร้อยละ 2.7-10.3 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย สาเหตุการใช้ส่วนใหญ่มาจาก ออยากลองเอง หรือจากการชักชวนของเพื่อน รุ่นพี่ในโรงเรียน คนในชุมชน ญาติ และ แฟน รวมทั้ง การรับรู้ฤทธิ์ของสารเสพติดเชิงบวกและราคาของสารเสพติด นอกจากนี้พบการแพร่ระบาดของ การใช้ยาในทางที่ผิด (ยาโปร) ในบางพื้นที่ โดยมีการปรับบรรจุภัณฑ์ ให้เหมาะสมต่อการพกพา มาบริโภคในสถานศึกษา

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ชนิดสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในกลุ่มนักเรียน ยังคงเป็นสารเสพติดที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น และมีฤทธิ์ไม่รุนแรง ได้แก่ กัญชา และพืชกระท่อม รองลงมาเป็นสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาด ในทุกพื้นที่ หาซื้อได้ไม่ยาก เช่น ยาบ้า และ สารสมัยใหม่ที่ราคาค่อนข้างสูงอย่างไอซ์ซึ่งอัตราการ ใช้สารเสพติดแต่ละชนิดมาก-น้อย ในแต่ละจังหวัดแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ ราคา และ ความยากง่ายการเข้าถึงสารเสพติดแต่ละชนิด การกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหาหรือ ฝั่าระวังสารเสพติดในนักศึกษาในกลุ่มนี้ควรใช้มาตรการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบทั้งระดับกว้าง และมีความจำเพาะระดับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายดังนี้คือ 1) ต้องให้โอกาสนักเรียนและครอบครัว ของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ได้ปรับตัวด้านทัศนคติและเลิกพฤติกรรม เพื่อให้เกิด การยอมรับ ไม่มีการตีตราจากบุคคลรอบข้าง 2) มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและจริงจังทั้งการบริหาร จัดการและดำเนินงาน เพื่อให้เด็กเรียนเหล่านี้ลด ละ เลิกพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง 3) กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึง สารเสพติดหรือมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการป้องปราม ควรมีกระบวนการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจถึงผลและผลกระทบจากสารเสพติด มีการฝั่าระวังตรวจสอบติดตามอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง 4) ต้องอาศัยความร่วมมือ ประสานงาน สนับสนุนและช่วยเหลือจากทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งโรงเรียน สถานพยาบาล หน่วยงานด้านปราบปราม รวมทั้งครอบครัวและชุมชนและ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเอาจริงเอาจังกับปัญหานี้เป็นลำดับต้นๆ เพื่อลดผลกระทบในสังคม โดยรวม

คำสำคัญ : ยาเสพติด นักเรียนอาชีวศึกษา

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทยที่มีแนวโน้มการแพร่ระบาดรุนแรงมากยิ่งขึ้น แม้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะพยายามติดตามเฝ้าระวังและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์และพัฒนาระบบการดำเนินงาน อุปสงค์ของสารเสพติดแต่ละชนิด กลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ค้าและผู้เสพรายใหม่ยังคงมีสัดส่วนที่สูงขึ้น มีรูปแบบแตกต่างกันและมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น นักเรียนอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งมีระบบและรูปแบบการเรียนการสอนแตกต่างจากนักเรียนสายสามัญหรือระดับอุดมศึกษาในวัยเดียวกัน มีคุณลักษณะเฉพาะหรือบริบทสภาพเป็นอยู่ที่สังคมรับรู้ได้ทั่วไป อย่างเช่น การทะเลาะวิวาทระหว่างนักศึกษาต่างสถาบันที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบเกิดความรุนแรงทั้งตัวนักเรียน ครอบครัว สถาบันศึกษา รวมทั้งสังคมโดยรวม¹ จากสถิติผู้ถูกจับกุมคดียาเสพติดในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ต้องหาที่เป็นเด็กและเยาวชนหรือวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีสัดส่วนที่สูงขึ้นอยู่ระหว่างร้อยละ 40-45 และมีแนวโน้มอายุลดลง^{2,3} ผลการสำรวจของ Child Watch ประมาณการในกลุ่มเด็กอายุ 7-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้เสพรายใหม่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และมีถึงร้อยละ 43 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จากการศึกษาในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานพินิจพบว่ามากกว่าครึ่งมีประสบการณ์ใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า⁴ และจากศูนย์

ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเกี่ยวข้องกับยาบ้าร้อยละ 89.4⁵ และกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาเคยมีการใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.9 มากกว่านักเรียนหญิง 2 เท่า⁶ อีกทั้งข้อมูลในระบบการบำบัดรักษายาเสพติดมีเยาวชนวัยรุ่นและมีสถานภาพเป็นนักศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า ยาเสพติดได้ขยายตัวลุกลามเข้าไปในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้รัฐบาลทุกยุคทุกสมัย ได้กำหนดมาตรการแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานศึกษาด้วยกลวิธีและรูปแบบต่างๆ^{7,8} ในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ การสื่อสารไร้พรมแดน ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหายาเสพติดก็ยังไม่หมดสิ้น การติดตามเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในนักเรียนกลุ่มนี้ จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องรู้ทันและเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่เมืองใหญ่ๆ อันจะเป็นแนวทางกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และสารสนเทศเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมและพฤติกรรมด้านสารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นในวัยเดียวกัน ทั้งนี้ จะเกิดประโยชน์จากการใช้ข้อมูลสำหรับหน่วยงานระดับชาติที่ควบคุมกำกับแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีความเข้าใจที่ชัดเจนถึงความรุนแรงของสถานการณ์ การแพร่ระบาดของตัวยาในแต่ละพื้นที่ การปรับเปลี่ยนรูปแบบของปัญหาให้เป็นปัจจุบันมากที่สุด อันจะเป็น

ประโยชน์ในการจัดทำแผนงานและกำหนดมาตรการป้องกัน ฟื้นฟูและบำบัดรักษา รวมทั้งแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนักเรียนเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับ ปวช.ปี 2 และ ปวส. ปี 1 ในวิทยาลัยเทคนิคและสถาบันอาชีวศึกษา ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางความเจริญและมีบริบทสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านต่างๆ ของเด็กวัยรุ่นรุ่นก่อนข้างสูง จากทุกภูมิภาคของประเทศรวม 5 จังหวัด ภาคเหนือ ได้แก่ จ. นครสวรรค์ ภาคกลาง ได้แก่ จ. พระนครศรีอยุธยา และ จ. นครปฐม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จ. อุบลราชธานี

และภาคใต้ ได้แก่ จ. นครศรีธรรมราช แต่ละจังหวัดคัดเลือก 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภออื่นๆ อีก 2 อำเภอ แต่ละอำเภอคัดเลือกสถาบันการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ทั้งสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน จังหวัดละ 5-6 แห่งโดยประมาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความร่วมมือ และการเดินทางเป็นสำคัญ โดยสรุปได้นักเรียนจากสถานศึกษา รวมทั้งสิ้น 28 แห่ง จำนวนตัวอย่างศึกษา 2,274 ราย เป็นนักเรียนชาย 1,401 ราย (ร้อยละ 61.6) และหญิง 873 ราย (ร้อยละ 38.4) จำนวนสถานศึกษา และนักเรียนตัวอย่างในแต่ละจังหวัดแสดงดังตารางที่ 1 สารระเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว สภาพความเป็นอยู่ บริบทแวดล้อมทางสังคม การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตอบเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2556-มีนาคม 2557

ตารางที่ 1 จำนวนสถานศึกษาและจำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

จังหวัด	จำนวนสถานศึกษา	จำนวนตัวอย่าง		
		อำเภอเมือง	อำเภออื่นๆ	รวม
นครปฐม	3 แห่ง	276	63	339
พระนครศรีอยุธยา	6 แห่ง	283	182	465
นครสวรรค์	5 แห่ง	468	-	468
อุบลราชธานี	9 แห่ง	182	320	502
นครศรีธรรมราช	5 แห่ง	301	199	500
รวม	28 แห่ง	1,510 ราย	764 ราย	2,274 ราย

ผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะทางประชากรกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษาเป็นชายร้อยละ 62 มากกว่าหญิง ซึ่งมีเพียงร้อยละ 38 อายุเฉลี่ย 18 ± 1.4 ปี ประมาณ 2 ใน 3 เป็นนักเรียนของสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง นักเรียนส่วนใหญ่มีพ่อและแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70 ส่วนที่เหลือเป็นเด็กอยู่ในครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์กล่าวคือ พ่อหรือแม่เสียชีวิตประมาณร้อยละ 10 แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง เลิกกันร้อยละ 20 กลุ่มที่พ่อและ/หรือแม่มยังมีชีวิตอยู่ พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ช่วงเรียนหนังสือ นักเรียน 1 ใน 4 อาศัยบ้านเช่า ห้องพักหรือหอพัก และพักอยู่คนเดียวร้อยละ 9 มีนักเรียนร้อยละ 60 ที่จักรยานยนต์ไปเรียนหนังสือ รองลงมา 1 ใน 4 ใช้รถรับจ้าง โดยกลุ่มนักเรียนชายใช้รถจักรยานยนต์สูงมาก (ร้อยละ 70) สูงกว่านักเรียนหญิงซึ่งมีเพียงร้อยละ 44 นักเรียน 1 ใน 4 เคยทำงานพิเศษหารายได้ให้กับตัวเองหรือครอบครัว ส่วนใหญ่ทำช่วงวันหยุดและปิดเทอม และเคยยืมเงินเพื่อการศึกษาร้อยละ 32 ในกลุ่มนักเรียนหญิง สูงกว่านักเรียนชาย นักเรียนกว่าร้อยละ 80 ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายจากพ่อและหรือแม่ แต่สำหรับนักเรียนที่พ่อและแม่เสียชีวิตทั้ง 2 คน ภาระจะอยู่กับน้ำ อา หรือป้า รองลงมาเป็นที่ชายที่สาวหรือปู่ย่า ตายาย เป็นที่น่าสังเกตว่า กรณีที่พ่อเสียชีวิต ภาระจะตกอยู่กับแม่ถึงร้อยละ 77 สูงมากกว่ากรณีแม่เสียชีวิต ภาระจะอยู่ที่พ่อเพียงร้อยละ 59

1.2 สภาพความเป็นอยู่และสัมพันธภาพคนในครอบครัว

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนร้อยละ 72 มีเรื่องกลุ้มใจหรือไม่สบายใจ นักเรียนหญิงมีร้อยละ 80 มากกว่าชาย ซึ่งเพียงร้อยละ 67 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เรื่องกลุ้มใจที่รายงานมากที่สุดได้แก่ การเรียนร้อยละ 54 รองลงมาเป็นปัญหาการเงิน ร้อยละ 47 ลำดับต่อมา เป็นปัญหาเกี่ยวกับแฟน/คนรัก และเรื่องในครอบครัว มีสัดส่วนใกล้เคียงกันประมาณ 1 ใน 4 และพบว่า นักเรียนชายมีปัญหาเกี่ยวกับครูร้อยละ 7.2 สูงกว่านักเรียนหญิง มากกว่าประมาณ 4 เท่า สภาพในครอบครัวที่ส่งผลให้นักเรียนไม่สบายใจ กลุ่มใจส่วนหนึ่งนำมาจากพฤติกรรมของคนในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษา พฤติกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนร้อยละ 59 และ 49 รายงานว่ามีคนในครอบครัวดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ตามลำดับ รองลงมาเป็นการทะเลาะกันของคนในครอบครัวไม่ถึงขั้นตบตี และทะเลาะกับเพื่อนบ้าน สำหรับการทะเลาะอย่างรุนแรงถึงขั้นตบตี และ คนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับสารเสพติด มีรายงานประมาณร้อยละ 5

1.3 พฤติกรรมแวดล้อมทางสังคม

พฤติกรรมต่างๆ ของเด็กในวัยเรียนที่เกี่ยวข้องหรือมีโอกาสส่งผลกระทบต่อเชิงลบทั้งด้านการเรียน สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพทางสังคม เศรษฐกิจของครอบครัว และสุขภาพอนามัย ที่ศึกษามี 15 เรื่อง ได้แก่ หนีเรียน/โดดเรียน, ทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน, เล่นเกมส์, เล่นการพนันบอล, เล่นสนุก, ทะเลาะวิวาท/ทำร้ายร่างกาย/ยกพวกตีกัน, เที่ยวกลางคืน/เที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืน,

ขับรถแข่ง/แข่งรถ, การแต่งรถ, ก่อทวน/สร้างความเดือดร้อน ความรำคาญให้แก่ผู้อื่น/ชุมชน, การจับกลุ่มมั่วสุมกับวัยรุ่นที่ไม่ใช่นักเรียน, การทำลายทรัพย์สินของผู้อื่น/ของราชการ และนัดเจอเพื่อนใหม่ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาในรอบ 1 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล พบว่ามีนักเรียน 2 ใน 3 เคยหนีเรียน/โดดเรียน สูงที่สุด รองลงมาเล่นเกมส์ ร้อยละ 63 ทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียนร้อยละ 54 การเที่ยวกลางคืน/เที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืนมีประมาณ 1 ใน 3 มีการแต่งร้อยละ 30 พฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นในนักเรียนชายด้วยสัดส่วนที่มากกว่านักเรียนหญิง

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูล และทัศนคติต่อสารเสพติด

2.1 การได้รับข้อมูล ความรู้ ร่วมกิจกรรม และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

นักเรียนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 รายงานว่าได้รับข้อมูล ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสารเสพติด โดยผ่านช่องทางของโรงเรียน ได้แก่ การจัดบอร์ดงานรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย การเข้าชมรมในห้องเรียน และจากอินเทอร์เน็ตในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนได้รับข้อมูลความรู้ ในกิจกรรมที่มีการรณรงค์มากที่สุด รองลงมาจากการจัดบอร์ด ร้อยละ 44 และ 27 ตามลำดับ สำหรับกิจกรรมที่นักเรียนเคยเข้าร่วม พบว่านักเรียน 2 ใน 3 เคยเข้าร่วมกิจกรรมในวันต่อต้านยาเสพติด รองลงมาร่วมกิจกรรมทูปีนัมเบอร์วัน (To Be No.1) และ เข้าค่ายผู้นำเยาวชน สำหรับช่องทางหรือกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ในสถานศึกษา นักเรียน 1 ใน 4 เห็นว่า ควรต้องปรับปรุงทั้งสาระเนื้อหาและวิธีการนำเสนอ สำหรับการรับรู้

ข้อมูลนอกสถานศึกษา ส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดร้อยละ 70 ส่วนการรับรู้ถึงเหตุผลหรือสถานการณ์ที่คิดว่าทำให้นักเรียน/นักศึกษาใช้สารเสพติด มีรายงานสูงที่สุด ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเรื่องความอยากรู้อยากลอง รองลงมาเป็นเพราะสังคมเพื่อน เพื่อนชวนหรือตามเพื่อน ประมาณ 1 ใน 4 สำหรับเหตุผลด้านอื่นๆ ได้แก่ ถูกบังคับ ความโก้เก๋ การประชดชีวิต มีปัญหากับคนในครอบครัว มีแหล่งขาย/แหล่งมั่วสุมอยู่ใกล้ที่อยู่อาศัย มีไม่เกินร้อยละ 2 ส่วนเหตุผลที่ทำให้ตื่นตัวด้านการเรียนทำงานได้นาน ความบันเทิงและคนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับสารเสพติด มีน้อยมาก ไม่เกินร้อยละ 1 โดยสัดส่วนการรายงานในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงไม่แตกต่างกัน

2.2 การรับรู้ทัศนคติ และการเข้าถึงสารเสพติด

การใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยนี้ มีปัจจัยทั้งโดยตรงและอ้อมที่หลากหลาย ซึ่งเอื้อให้เกิดการทดลองใช้ นอกเหนือจากบริบททางสังคมยังมีปัจจัยด้านการรับรู้โทษภัย ทัศนคติความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ที่มีต่อสารฯ แต่ละชนิด รวมทั้งความยากง่ายในการเข้าถึงสารเสพติด จากการศึกษาพบว่านักเรียนเคยเห็นสารระเหย กัญชา ใบกระท่อม และยานอนหลับหรือยากล่อมประสาทมากกว่าร้อยละ 40 สำหรับยาบ้าและไอซ์ มีนักเรียนเคยเห็นของจริงร้อยละ 35 และ 25 ตามลำดับ สารชนิดอื่นๆ เช่น ยาอี/ยาเลิฟ/ฝิ่น/ผงขาว/เฮโรอีน/ยาเค และ โคเคน นักเรียนเคยเห็นระหว่างร้อยละ 4.8-7.8 สารฯ เกือบทุกชนิดนักเรียนชายเคยเห็นด้วยสัดส่วนที่สูงกว่านักเรียนหญิง ยกเว้นยานอนหลับ/กล่อมประสาทที่นักเรียนหญิงเคยเห็นมากกว่านักเรียนชาย นักเรียนร้อยละ 58 เห็นว่าสารเสพติดที่ใช้ 1-2 ครั้ง มีโอกาสทำให้ติดได้มาก

ที่สุด ได้แก่ ยาบ้า รองลงมาได้แก่ ไอซ์ และ กัญชา ร้อยละ 53 และ 50 ตามลำดับ สำหรับ สารชนิดอื่นๆ มีสัดส่วน ระหว่างร้อยละ 35-47 และมีสัดส่วนน้อยที่สุดประมาณ 1 ใน 3 ได้แก่ ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท การเข้าถึงหรือความสามารถ ในการหาสารเสพติดแต่ละชนิดมาเสพ พบว่า สารระเหย (ทินเนอร์ กาว เบนซิน) และยานอนหลับ/ ยากล่อมประสาท เป็นสารเสพติดที่นักเรียน ประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งสูงที่สุด รายงานว่าสามารถ หามาใช้ได้ รองลงมา ได้แก่ ใบกระท่อม ยาบ้า และ กัญชา ร้อยละ 37-39 สารฯ ชนิดอื่นๆ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 17-31 เป็นที่น่าสังเกตว่าการเข้าถึงสารฯ แต่ละชนิดได้ กลุ่มนักเรียนหญิงมีรายงานมากกว่า นักเรียนชาย ยกเว้น กัญชาและสารระเหย

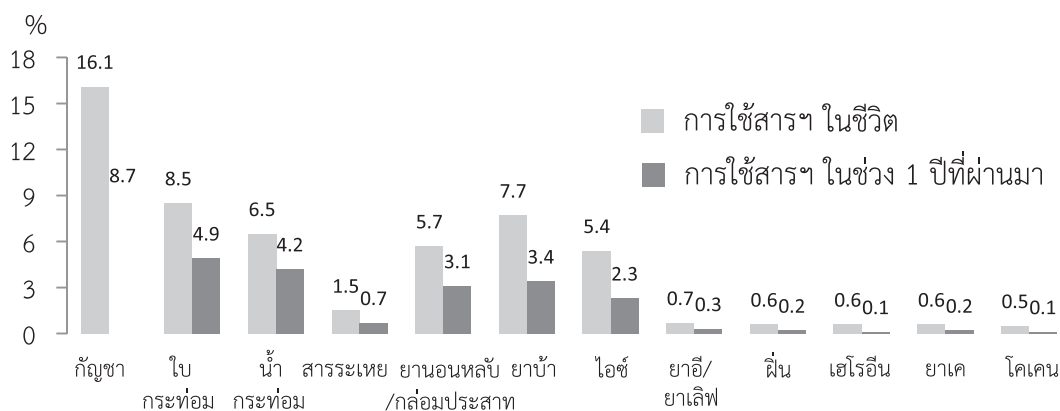
ตอนที่ 3 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

3.1 ประสบการณ์ใช้สารเสพติดและปัจจัยแวดล้อม

กลุ่มศึกษาเคยใช้สารเสพติดในชีวิตอย่างน้อย 1 ชนิด 23.2 % ในกลุ่มชาย 31.5 % สูงกว่าหญิง มากกว่า 3 เท่า และความชุกการใช้สารฯ ในช่วง

1 ปีที่ผ่านมา ลดลงเป็น 13.8 % ในกลุ่มชาย 18.8 % มากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า เช่นกัน สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด 6 อันดับแรก ทั้ง 2 ช่วงเวลา ได้แก่ กัญชา พืชกระท่อม ยาบ้า น้ำต้มใบกระท่อม ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท และไอซ์ อยู่ระหว่าง 16.1-5.4 % และ 8.7-2.3 % ตามลำดับ (รูปที่ 1) สารเสพติดเกือบทุกชนิด นักเรียนชายมีการใช้สูงกว่านักเรียนหญิง ยกเว้น ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท ที่มีอัตราไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาเฉพาะนักเรียนที่เคย มีประสบการณ์ใช้สารเสพติดในชีวิตอย่างน้อย 1 ชนิด พบว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีนักเรียน ที่ใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด จำนวน 238 ราย หรือ ร้อยละ 47 โดยร้อยละ 71 ใช้สารฯ เพียง 1 ชนิด ใช้สารฯ 3 ชนิดขึ้นไปร้อยละ 15.5 มีการใช้กัญชา สูงที่สุดร้อยละ 62 รองลงมาเป็นยาบ้า และ น้ำต้มใบกระท่อม ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน ประมาณ 1 ใน 4 รองลงมาเป็นใบกระท่อม ยานอนหลับ และไอซ์ ร้อยละ 21-11 สารฯ สมัยใหม่ ชนิดอื่นมีไม่เกินร้อยละ 2

รูปที่ 1 ร้อยละการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดของนักเรียนในแต่ละช่วงเวลา



ตารางที่ 2 อัตราร้อยละการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดของนักเรียนจำแนกตามเพศนักเรียน

ชนิดสารเสพติด	ชาย	หญิง	รวม
<i>ร้อยละของนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติดแต่ละชนิดในชีวิต</i>			
กัญชา	24.7	2.2	16.1*
ใบกระท่อม	12.6	1.8	8.5*
น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารชนิดอื่น	8.7	2.9	6.5*
สารระเหย (ทินเนอร์ กาว เบนซิน)	2.3	0.3	1.5*
ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท	5.4	6.2	5.7
ยาบ้า	11.6	1.4	7.7*
ไอซ์	8.0	1.3	5.4*
ยาอี/ยาเลิฟ	0.9	0.2	0.7
ฝิ่น	1.1	0.1	0.6
ผงขาว/เฮโรอีน	0.8	0.2	0.6
ยาเค	0.7	0.3	0.6
โคเคน	0.8	0.1	0.5
จำนวน	1,401	873	2,274
<i>ร้อยละของนักเรียนที่เคยใช้สารเสพติดแต่ละชนิดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา</i>			
กัญชา	13.6	0.9	8.7*
ใบกระท่อม	7.5	0.8	4.9*
น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารชนิดอื่น	6.0	1.3	4.2*
สารระเหย (ทินเนอร์ กาว เบนซิน)	1.0	0.1	0.7
ยานอนหลับ/ยากล่อมประสาท	2.8	3.7	3.1
ยาบ้า	5.2	0.6	3.4*
ไอซ์	3.4	0.6	2.3*
ยาอี/ยาเลิฟ	0.4	0.2	0.3
ฝิ่น	0.3	-	0.2
ผงขาว/เฮโรอีน	0.1	-	0.1
ยาเค	0.2	0.2	0.2
โคเคน	0.0	0.0	0.1
จำนวน	1,400	873	2,273

หมายเหตุ * $P < .05$

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีโอกาสเอื้อ สนับสนุน ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั้งปัจจัยส่วนตัว ครอบครัว บริบทแวดล้อมด้านพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย เพศ (ชาย-หญิง) ความเป็นอยู่ในครอบครัว (ครอบครัวสมบูรณ์ ครอบครัวไม่สมบูรณ์) ผลการเรียนรู้ (ต่ำ ปานกลาง เรียบดี) ความเป็นเมือง (อ.เมือง ไม่ใช่ อ.เมือง) และที่ตั้งของโรงเรียน (จังหวัด) ผลการศึกษาพบว่า เพศ ระดับการเรียนรู้ ความเป็นเมือง และที่ตั้งของโรงเรียน มีผลต่อการเข้าถึงและใช้

สารเสพติดของนักเรียน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ตารางที่ 3) และสารฯ ที่มีการแพร่ระบาด ในกลุ่มนี้ ยังคงเป็นสารฯ ที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น และมีฤทธิ์ไม่รุนแรง ได้แก่ กัญชาและพืชกระท่อม รองลงมาเป็นสารฯ ที่หาซื้อได้ไม่ยาก อย่างเช่น ยาบ้า และไอซ์ การแพร่ระบาดและความรุนแรง ของปัญหามีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และ กลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 3 อัตราการใช้สารเสพติดในชีวิตประจำวันแก่ลักษณะประชากรและพื้นที่

ลักษณะประชากรและพื้นที่	ร้อยละ (จำนวน)	p-value
เพศ		
ชาย	31.5 (1401)	p<.01
หญิง	10.0 (873)	
สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว		
ครอบครัวสมบูรณ์	23.2 (1595)	ns
ครอบครัวไม่สมบูรณ์	23.2 (678)	
ผลการเรียน		
ต่ำ	34.1 (176)	p<.01
ปานกลาง	25.7 (1039)	
เรียนดี	18.4 (908)	
ที่ตั้งโรงเรียน		
อ.เมือง	26.2 (1510)	p<.01
ไม่ใช่ อ.เมือง	17.4 (764)	
จังหวัด		
นครปฐม	21.5 (339)	p<.01
พระนครศรีอยุธยา	25.6 (465)	
นครสวรรค์	24.1 (468)	
อุบลราชธานี	15.3 (502)	
นครศรีธรรมราช	29.2 (500)	

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดโดยใช้วิธี Logistic Regression Analysis : Forward Stepwise LR. (Likelihood Ratio) พบว่า นักเรียนชายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด มากกว่า นักเรียนหญิงประมาณ 4.2 เท่า นักเรียนที่มีผลการเรียนค่อนข้างต่ำ (เกรดเฉลี่ย <2.5) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนดี (เกรดเฉลี่ย ≥ 2.5) ประมาณ 1.4 เท่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และนักเรียนที่อยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จะมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้อยู่จังหวัดนี้ มากกว่า 2 เท่า

3.2 ความชุกการใช้สารเสพติดระดับจังหวัด
ความชุกการใช้สารเสพติดของนักเรียนในแต่ละจังหวัด พบว่า จ. นครศรีธรรมราช มีนักเรียนเคยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งสูงที่สุด ร้อยละ 29 รองลงมาได้แก่ จ. พระนครศรีอยุธยา จ. นครสวรรค์ และ จ.นครปฐม ตามลำดับ โดยในพื้นที่อำเภอเมือง จ. นครศรีธรรมราช และ จ. พระนครศรีอยุธยา มีความชุกการใช้สารฯ สูงกว่าพื้นที่อำเภออื่นๆ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อัตราการใช้สารเสพติดในชีวิต ในแต่ละจังหวัดจำแนกตามอำเภอที่ตั้งสถานศึกษา

จังหวัด	อ.เมือง	ไม่ใช่ อ.เมือง	รวม
นครปฐม	22.8 (276)	15.9 (63)	21.5 (339)
พระนครศรีอยุธยา	29.7 (283)*	19.2 (182)	25.6 (465)
นครสวรรค์	24.1 (468)	-	24.1 (468)
อุบลราชธานี	15.4 (182)	15.3 (320)	15.3 (502)
นครศรีธรรมราช	35.5 (301)**	19.6(199)	29.2 (500)

หมายเหตุ * $P < .05$

** $P < .01$

การใช้สารเสพติดแต่ละชนิดของนักเรียน ในแต่ละจังหวัด พบว่า กัญชา เป็นสารเสพติดที่นักเรียนเคยใช้มากที่สุดอยู่ระหว่างร้อยละ 9.2-19.8 โดย จ. พระนครศรีอยุธยา มีอัตราการใช้สูงสุด และต่ำสุดใน จ. อุบลราชธานี ส่วนใบกระท่อมและน้ำต้มใบกระท่อม นักเรียนใน จ. นครศรีธรรมราช มีการใช้สูงมากที่สุดประมาณ 1 ใน 5 ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีอัตราค่อนข้างต่ำระหว่างร้อยละ 1.4-6.2 สำหรับยาบ้า นักเรียนใน 4 จังหวัด มีการใช้ไม่แตกต่างกันระหว่างร้อยละ 7.3-10.4 ยกเว้นใน จ. นครปฐม มีการใช้ค่อนข้างต่ำมาก ร้อยละ 1.8 ส่วนไอซ์

ใน จ. นครศรีธรรมราช มีการใช้ร้อยละ 10 รองลงมาเป็น จ.พระนครศรีอยุธยา และ จ.นครสวรรค์ สัดส่วนการใช้ไม่แตกต่างกัน ประมาณร้อยละ 6 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ใน จ. นครศรีธรรมราช มีการใช้สารฯ แต่ละชนิดสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ มากกว่าร้อยละ 5 ขณะที่จังหวัดอื่นๆ มีไม่เกินร้อยละ 3.5 ยกเว้นกัญชา อยู่ระหว่างร้อยละ 4.2-11.8 (ตารางที่ 5) ข้อมูลนี้สะท้อนว่าอัตราการใช้สารฯ แต่ละชนิดมาก-น้อย แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่และความยากง่ายการเข้าถึงสารฯ แต่ละชนิด

ตารางที่ 5 ร้อยละของการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดในชีวิตและในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รายจังหวัด

ชนิดสารเสพติด	จ.นครปฐม	จ.พระนครศรีอยุธยา	จ.นครสวรรค์	จ.อุบลราชธานี	จ.นครศรีธรรมราช
<i>ร้อยละการใช้สารเสพติดในชีวิต</i>					
กัญชา	17.1	19.8	17.7	9.2	17.2
ใบกระท่อม	6.2	5.4	4.5	5.2	20.0
น้ำต้มใบกระท่อมฯ	2.1	5.4	1.5	1.4	20.2
สารระเหย	1.5	1.5	1.5	1.2	2.0
ยานอนหลับ	3.8	5.4	6.6	3.6	8.4
ยาบ้า	1.8	7.3	9.2	7.8	10.4
ไอซ์	1.5	5.8	6.0	2.6	10.0
ยาอี/ยาเลิฟ	-	0.9	0.6	0.6	1.0
ฝิ่น	-	1.1	1.1	0.6	0.6
ผงขาว/เฮโรอีน	-	0.4	1.1	0.8	0.4
ยาเค	-	1.3	0.6	0.6	0.2
โคเคน	-	0.6	0.4	0.6	0.8
จำนวน	339	465	468	502	500

ตารางที่ 5 ร้อยละของการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดในชีวิตและในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รายจังหวัด (ต่อ)

ชนิดสารเสพติด	จ.นครปฐม	จ.พระนครศรีอยุธยา	จ.นครสวรรค์	จ.อุบลราชธานี	จ.นครศรีธรรมราช
ร้อยละการใช้สารเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา					
กัญชา	8.4	11.8	8.3	4.2	10.8
ใบกระท่อม	2.7	2.0	1.3	2.4	15.1
น้ำต้มใบกระท่อมฯ	1.2	2.2	0.6	0.8	14.7
สารระเหย	0.9	0.6	0.4	0.4	1.0
ยานอนหลับ	2.4	2.0	2.6	2.4	6.0
ยาบ้า	1.5	2.2	3.4	2.8	6.4
ไอซ์	0.6	2.2	1.3	0.6	6.2
ยาอี/ยาเลิฟ	-	0.6	0.2	-	0.6
ฝิ่น	-	0.2	0.2	-	0.4
ผงขาว/เฮโรอีน	-	0.2	-	-	0.2
ยาเค	-	0.6	0.2	-	0.2
โคเคน	0.2	-	-	0.4	-
จำนวน	339	465	468	502	500

3.3 พฤติการณ์เกี่ยวกับการจัดหา สนับสนุน และจำหน่ายสารเสพติด

นักเรียนมีพฤติการณ์เกี่ยวกับการจัดหา สนับสนุนและ/หรือจำหน่ายสารเสพติดอย่างไร หนึ่งร้อยละ 7.4 ในกลุ่มนักเรียนชายร้อยละ 9.6 และนักเรียนหญิงร้อยละ 4 แต่ละจังหวัด อยู่ระหว่างร้อยละ 2.7-10.3 โดยนักเรียนมีพฤติการณ์ดังกล่าว แตกต่างกันตามประสบการณ์การใช้สารเสพติด กล่าวคือ กลุ่มที่เคยใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด มีพฤติการณ์จัดหาหรือสนับสนุนการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ในสัดส่วนที่สูงร้อยละ 23.3 มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้สารเสพติดมีเพียง

ร้อยละ 2.6 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และกลุ่มที่เคยใช้สารฯ มีการรับจ้างไปรับสารฯ รับจ้างส่งฯ ขาย รับฝาก/ซุกซ่อน หรือ กระจายสู่ผู้ขายรายย่อย มีอัตราไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 10-15 ส่วนค่าตอบแทนที่ได้รับ ส่วนใหญ่จะเป็นตัวเงิน และสารเสพติด สำหรับกลุ่มลูกค้า มีรายงานสูงที่สุดเป็นกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปร้อยละ 62 รองลงมา เป็นนักเรียนในโรงเรียน คนทำงาน และนักเรียนนอกโรงเรียน ระหว่างร้อยละ 25-30 สารเสพติดที่เคยจำหน่าย ได้แก่ ยาบ้า กัญชา ไอซ์ และกระท่อม ตามลำดับ

3.4 เหตุผลหรือสถานการณ์แวดล้อมที่เอื้อให้นักเรียนใช้สารเสพติด

ความที่เด็กนักเรียนกลุ่มนี้ย่างเข้าสู่วัยรุ่น สถานการณ์และบริบททางสังคมที่เอื้อหรือเปิดโอกาสให้นักเรียนใช้สารเสพติดมีหลากหลายเหตุผล แต่ที่มีการรายงานมากที่สุดได้แก่ ใช้เพื่อความสนุกสนาน ร้อยละ 32 รองลงมา ประมาณ 1 ใน 4 มีการใช้ในสถานการณ์ของงานเลี้ยงงานสังสรรค์ และ อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั้งที่เป็นผู้เสพและผู้ขายมีรายงาน ประมาณ 1 ใน 5 และมีปัญหากับเพื่อนร้อยละ 16 สำหรับเหตุผลด้านครอบครัว ปัญหากับแฟนหรือคนรัก และการเที่ยวสถานบันเทิงประมาณ ร้อยละ 11 สำหรับเหตุผลด้านอื่นๆ ได้แก่ การทำงาน ขั้บรถเที่ยว/รถชิง อยากรลอง หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.5-6.3 ส่วนเหตุผล การเข้าถึงสารเสพติดส่วนใหญ่มาจาก อยากรลองเอง จากการชักชวนของเพื่อน รุ่นพี่ในโรงเรียน คนในชุมชนญาติ และแฟน รวมทั้งการรับรู้ฤทธิ์ของสารฯ เชิงบวก และราคาของสารเสพติดฯ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า มีการใช้และจำหน่ายสารเสพติดในสถานศึกษาจริง และ นักเรียน 9 ราย ยอมรับว่ามีการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่เป็นกัญชา และยาบ้า นักเรียนหญิง 1 ราย เคยใช้สารฯ เกือบทุกชนิด นอกจากนี้พบการแพร่ระบาดของ “ยาโปร” ในบางพื้นที่ มีการปรับบรรจุภัณฑ์ให้เหมาะสมต่อการพกพามาบริโภคในสถานศึกษา

“ตอนอายุ 14 ปี เรียน ม.2 เป็นช่วงที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต คบเพื่อนไม่ดี เพื่อนมีแต่ผู้ชาย ติดยาทุกคน และมีญาติเป็นผู้ชาย ชักชวนอีก

เริ่มแรกลองใช้กัญชา พี่แกบ้านชวน เขาทำให้คือ เอากัญชามายำกับไส้บุหรี ใสบ้องสูบ จะเมาเบลอๆ ขำตลอด ลอง 2-3 ครั้ง ก็ไม่เอา ไม่ชอบ จากนั้นลองใช้กาว พี่แกบ้านชวน เขาดมอยู่แล้วเลยลองดูแค่ครั้งเดียว พอดมแล้วจะมีมึนหัว จากนั้นลองยาบ้า จากแฟน ครั้งแรกแฟนให้ 1 เม็ด พี่เขาทำให้คือใช้ฟรอยบุหรี แล้วเอาไฟลนสูบ สูบแล้วติดใจ กลิ่นหอมมาก เหมือนช็อคโกแลต ปัจจุบันราคาเม็ดละ 250 บาท จากนั้นก็ใช้เรื่อยมาจาก 2-3 ครั้ง/อาทิตย์ ครั้งละ 1 เม็ด มาเป็นใช้ทุกวัน วันละ 3-4 เม็ด ต้องขโมยเงินพ่อแม่ โททกว่าจะเอาเงินไปใช้ทำรายงาน เคยใช้ไอซ์ด้วย พี่ชายชวนใช้แค่ครั้งเดียว เขาเอาขวดแบนมาทำอุปกรณ์สูบ ดีกว่ายาบ้า มันจะนิ่มกว่า ลองใช้ฝิ่นก็เคยลอง พี่ชายชวน ผลสมกับกัญชาแล้วใสบ้องสูบกดประสาท ทำอะไรไม่ได้เลย เคยใช้ยาเคและโคเคน นานมากแล้ว”

“ยาโปรเป็นยาเสพติดอีกอย่างที่ตอนนี้ฮิตมากในหมู่นักเรียน หาซื้อง่าย ทำง่าย คือเอายาแก้ไอของเด็กก็ห้ออะไรก็ได้+โค้ก+ยาแคปซูลเขียว+เหลียง (ไม่รู้ว่ายาคะไร) เพราะไม่เคยซื้อเลย เพื่อนเอามาให้ เคยถามเพื่อนว่ายาคะไร เพื่อนบอกยาแก้ไอเสบ กินโปรครั้งแรกตอนปวช.2 กินแล้วง่วงนอนมาก สะลิมสะลือ ไม่ค่อยชอบ จะกินเวลาที่เพื่อนชวนเท่านั้น เคยเห็นเพื่อนกินมากจนชักเข้าโรงพยาบาล เคยสูบกัญชาแล้วกินโปรต่อจะเมามากจนอาเจียน ปวดหัวมากด้วย ไม่ชอบ ไม่เอาเลย เคยสูบกัญชา 6 ครั้งติดต่อกัน จนน็อกเลย คือ ตอนนั้นรีบด้วยวิ่งขึ้นบันไดมาหาเพื่อนที่หอ แล้วไม่พักให้หายเหนื่อยสูบทันที

แล้วสูบเร็วด้วย สูบจนหน้าเหลือง ตัวเหลือง จนหมดสติ ทรมาณมาก ไม่เคยลองยาบ้า ไม่ชอบ มันโหดเกินไป เห็นคนใช้ก็ไม่ขยันทันทีเลยจมากกว่า ราคาแพงด้วย 300 บาท/เม็ด ตอนนี้อยากลองสูบ ยาไอซ์มากเลย เห็นเพื่อนที่สูบบอกว่ามันนิ่มคอดีเลยอยากลองบ้าง แต่ไม่มีตังค์ซื้อราคามันแพงมาก”

วิจารณ์

ด้วยวัย สภาพพื้นฐานของครอบครัว บริษัท แวดล้อมทางสังคม และ โอกาสที่ได้รับในการเข้าถึง ความรู้ และทักษะชีวิตของนักเรียนอาชีวศึกษา ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มนี้ค่อนข้างโดดเด่นด้าน พฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ ปรากฏให้เห็น อยู่เนืองๆ แม้จะเป็นเพียงพฤติกรรมของเด็กกลุ่ม เล็กๆ ก็ตามแต่ส่งผลกระทบต่อคนข้างรุนแรง มีปัจจัยแวดล้อมต่างๆ มากมายทั้งครอบครัว ชุมชน โรงเรียน เพื่อนและสังคม ปัญหาการเรียน ปัญหาการเงิน คนในครอบครัว ต้มเหล้า สูบบุหรี่ ที่เป็นแรงผลักดันต่อโอกาสการไปมีพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมในวัยเรียน การชวนกันหนีเรียน เพื่อไปทำกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างสรรค์และไม่สร้างสรรค์ เริ่มจากการทำผิดกฎระเบียบต่างๆ ของโรงเรียน หนีเรียน การสูบบุหรี่ ต้มเครื่องต้ม ที่มีแอลกอฮอล์ การทะเลาะหรือยกพวกตีกัน ในและระหว่างโรงเรียนซึ่งบางเหตุการณ์มีความรุนแรง ถึงขั้นใช้อาวุธปืนหรือของมีคม สังคมรับรู้ได้ว่าเป็นเรื่องปกติของนักเรียนอาชีวะทั้งเป็นชาย และไม่เป็นชาย

อีกทั้งพฤติกรรมการใช้และจำหน่ายสารเสพติด ในโรงเรียน สถานการณ์นี้ปรากฏให้เห็นเกือบ

ทุกโรงเรียน และ นักเรียนส่วนใหญ่สามารถรับรู้ได้ สะท้อนว่า เด็กและเยาวชนเหล่านี้มีโอกาสเข้าถึง สารเสพติดค่อนข้างสูงกว่านักเรียน นักศึกษา กลุ่มอื่นในวัยเดียวกันนอกจากนี้นักเรียนอยู่ในช่วง วัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ต้อง ให้ความสำคัญเพื่อลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

เมื่อวิเคราะห์แล้วเห็นว่าพฤติกรรมเบื้องต้น เช่น การหนีเรียน ทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน เหล่านี้ครอบครัวและสถานศึกษามีส่วนสำคัญ เด็กขาดการดูแล เอาใจใส่เท่าที่ควร เมื่อเกิดบ่บ่ขึ้น กลายเป็นความเคยชิน จะรวมกลุ่มกันทั้งชายและ หญิง ชวนกันเที่ยว หนีไปหาความบันเทิงด้านอื่นๆ เล่นเกมส์/สนุกๆ เที่ยวสถานบันเทิง ขับรถมอเตอร์ไซด์ ที่สร้างความเดือดร้อนให้คนในชุมชน มีกิจกรรม รวมกลุ่มสังสรรค์สนุกสนานเฮฮาตามประสาวัยรุ่น ซึ่งสิ่งนั้นมาอย่างเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ก็จะเข้ามา ในชีวิตเด็กเหล่านี้ พฤติกรรมอื่นๆ จะเกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด จากการศึกษาที่บ่งชี้ว่ายังมีการระบาดในทุกพื้นที่ มากน้อยขึ้นกับชนิดสารเสพติด สภาพบริษัท สถานศึกษาและพื้นที่ รวมทั้งความเข้มงวดในการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะมีมาตรการป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา โดยจำแนก สถานศึกษาตามระดับความรุนแรง มีการแก้ปัญหาเด็กเป็นรายบุคคล สุ่มตรวจสอบสารเสพติด จัดระบบเฝ้าระวังโดยเครือข่ายนักศึกษาเสริมสร้าง ทักษะชีวิตผ่านกิจกรรมต่างๆ โดยความร่วมมือ ของหน่วยงานต่างๆ อย่างไรก็ตาม ควรมี

การกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญห
ให้ครอบคลุมประชากรหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
รวมถึงผลกระทบที่เกิดด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ชนิดสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในกลุ่ม
นักเรียน ยังคงเป็นสารเสพติดที่ทำได้ง่ายในท้องถิ่น
และมีฤทธิ์ไม่รุนแรง ได้แก่ กัญชา และพืชกระท่อม
รองลงมาเป็นสารเสพติดที่หาซื้อได้ไม่ยาก อย่างเช่น
ยาบ้า และไอซ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับราคาในแต่ละ
ช่วงเวลาและพื้นที่ รวมทั้งการแพร่ระบาดการใช้ยา
ในทางที่ผิดชนิดใหม่ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ
อย่างรุนแรง ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้สะท้อน
การแพร่ระบาดและความรุนแรงของปัญหามีความ
แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย
ดังนั้นการกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไข
ปัญหาหรือเฝ้าระวังสารเสพติดในกลุ่มนักศึกษา
ควรใช้มาตรการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อ
ทั้งระดับกว้างและมีความจำเพาะระดับพื้นที่
และกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1. กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงสารเสพติดหรือ
มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด เพื่อเป็นการ
ป้องปราม ควรมีกระบวนการให้ความรู้ สร้างความ
เข้าใจถึงผลและผลกระทบจากสารเสพติด มีการ
เฝ้าระวังตรวจสอบติดตามอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ต้องให้
โอกาสนักเรียนและครอบครัวของนักเรียนเหล่านี้
ได้ปรับตัวด้านทัศนคติและ เลิกพฤติกรรม เพื่อให้
เกิดการยอมรับ ไม่มีการตีตราจากบุคคลรอบข้าง

3. การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือ
ประสานงาน สนับสนุนและช่วยเหลือจากทุก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโรงเรียน สถานพยาบาล
หน่วยงานด้านปราบปราม รวมทั้งครอบครัว
และชุมชน

4. ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง
เอาใจกับปัญหานี้เป็นลำดับต้นๆ เพื่อลดผลกระทบ
ในสังคมโดยรวม

5. มีการบูรณาการเชิงเนื้อหา กระบวนการ
เชิงระบบ จากทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
ในการดำเนินงานในกลุ่มนักเรียนอาชีวะ เพื่อให้
เกิดผลเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สุดใจ สุขะ. ความรุนแรงกับนักเรียนอาชีวะ ปัญหาที่ยังแก้ไม่ตกของสังคม.[สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2558]. <http://www.technologymedia.co.th/article/artickeview.asp?id=186>
2. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ สำนักงาน ป.ป.ส. แผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. 2555
3. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถิติคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ จำแนกตามฐานความผิด ประจำปีงบประมาณ 2554-2557. [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2558].เข้าถึงได้จากhttps://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13975.
4. วิภา ด้านธำรงกุล, อนุกุล รักษ์ธรรมเสมอ, สำรอง วรเตชะคงคา, สุภาพร สวัสดิชัย และ สมปอง สิมมา ปัญหาสารเสพติดในวัยเสี่ยง? : ที่สังคมต้องเข้าใจ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จักร์สันทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2555.
5. กลุ่มเด็ก เยาวชนและสิ่งเสพติด สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การค้าและการแพร่ระบาด:ข้อมูลยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ถูกกักกันในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน กันยายน 2556
6. สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี : สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
7. บทความ งานป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา www.thaihealth.or.th/node/9830
8. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2558 : ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2558 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2557 หน้า 10-16

ปัญหาสุขภาพจิตที่สะท้อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ประเชิญ ฤกษ์อรุณ ศศ.ม.*

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สังคมปัจจุบันเป็นสังคมของข้อมูลข่าวสาร (Information Society) และการพัฒนาของเทคโนโลยีสื่อสาร โดยสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ที่มีการตอบสนองทางสังคมได้หลายทิศทางผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถทำให้บุคคลบนโลกนี้มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกันได้ อีกทั้งการสื่อสารก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล ข้อมูลข่าวสารถูกนำเสนอผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ จากหน้าจอคอมพิวเตอร์ไปสู่หน้าจอโทรศัพท์มือถือระบบนิ้วสัมผัส มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น เป็นเหตุทำให้ข้อมูลข่าวสารมีการขยายตัวออกไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความคิด ความเจริญงอกงามทางปัญญา สามารถนำความรู้มาใช้ประโยชน์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี และสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและมีเหตุผล

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลักด้านการพัฒนาวิชาการและบริการบำบัดรักษาสุขภาพจิต รวมทั้งการวิจัย ถ่ายทอดองค์ความรู้ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของสังคมที่ต้องติดตามข่าวสารและการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา พร้อมกันนั้นในฐานะหน่วยงานวิชาการยังต้องนำเสนอข้อมูลองค์ความรู้ บทความ ข่าวสาร เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจต่อสังคมอย่างถูกต้อง โดยอาศัยความรู้ที่อ้างอิงหลักวิชาการที่น่าเชื่อถือ จึงได้รวบรวมเรื่องราวสุขภาพจิตจากเว็บไซต์ต่างๆ ในปี พ.ศ. 2559 ที่สะท้อนปัญหาสุขภาพจิตผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ ตามลำดับ ดังนี้

ถกปรับแก้ปัญหายาเสพติด เน้นตั้งผู้เสพเข้าระบบบำบัดมากกว่าลงโทษคุมขัง¹

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรัง และยังมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ต้องขังมีมากกว่าคดีอื่นๆ กระทรวงยุติธรรม จึงเตรียมจัดทำร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด เพื่อกำหนดแนวทางแก้ปัญหายาเสพติดที่เหมาะสมกับประเทศไทย

สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย หรือ TIJ ได้เปิดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อนำเสนอนโยบายยาเสพติดที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยระบุว่า ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นทุกปี แม้ว่าจะมีการใช้งบประมาณเฉลี่ยปีละ 10,000 ล้านบาทเพื่อป้องกันปราบปราม และบำบัดผู้ติดยาเสพติด กระทรวงยุติธรรมจึงต้องจัดทำร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยหวังจะบรรเทาสถานการณ์ดังกล่าว

จากการสำรวจของสถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (TIJ) พบว่า ในปี 2551 มีผู้ต้องขังคดียาเสพติดร้อยละ 50 ของผู้ต้องขังทั้งหมด ก่อนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 ในปี 2555 และร้อยละ 70 ในปี 2558

นายกิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ผอ.สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (TIJ) กล่าวว่า การแก้ปัญหาคควรเริ่มจากการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย จากเดิมที่เน้นการปราบปรามมากกว่าป้องกันและบำบัด ทำให้ผู้เสพจำนวนมากถูกลงโทษคุมขังและถูกตีตราว่าเป็นคนมีประวัติอาชญากรรม ทำให้ไม่สามารถเริ่มชีวิตใหม่ในสังคม สุดท้ายจึงต้องเข้าสู่วงจรเดิมและทำผิดซ้ำอีก

ทั้งนี้ได้นำเสนอผลสำรวจ “เสียงสะท้อนของสาธารณชนต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด” ของสำนักวิจัยซูเปอร์โพลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศ จำนวน 5,579 คน พบว่า ประชาชนร้อยละ 81.6 ระบุว่า การทำสงครามยาเสพติดไม่ใช่การแก้ปัญหายที่ยั่งยืน ร้อยละ 61.6 ระบุว่า การจับกุมผู้เสพและผู้ครอบครองยาเสพติดจำนวนน้อย ไม่ใช่การแก้ปัญหายที่ดี โดยประชาชนส่วนใหญ่หรือร้อยละ 69.3 ระบุว่า การบำบัดด้วยวิธีตามอาการเป็นวิธีแก้ปัญหายที่ดีที่สุด

นายกิตติพงษ์นำเสนอโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส ที่ประสบความสำเร็จในการเยียวยาผู้ใช้สารเสพติด โดยใช้วิธีการที่เรียกว่า Decriminalisation policies หรือ การวางฐานะให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากรรม และการเสพถือว่าไม่ผิดกฎหมายอาญา หากครอบครองในปริมาณที่กฎหมายกำหนด ซึ่งในเบื้องต้นผู้เสพจะได้รับการคุ้มครอง จากคณะกรรมการยับยั้งการใช้สารเสพติดที่นำโดยแพทย์ นักสังคม และนักจิตวิทยา ก่อนจะดำเนินการตามมาตรการทางสาธารณสุข หรือมาตรการทางปกครอง และติดตามผลโดยคณะกรรมการยับยั้งการใช้สารเสพติด หรือพนักงานคุมประพฤติ ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้สถิติการใช้ยาของโปรตุเกสลดลง และอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มประเทศที่ใช้นโยบาย

ลงโทษทางอาญา และทำให้ผู้ติดยาหันมาเข้าสู่มาตรการบำบัดเพิ่มขึ้นถึง 400 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งคดียาเสพติดในชั้นศาลลดลงถึงร้อยละ 66

กรณีศึกษานโยบายของโปรตุเกส จึงนำมาสู่แนวคิด “โปรตุเกสโมเดล” เสนอให้กระทรวงยุติธรรมปรับกระบวนการทัณฑ์และนโยบายจากภารกิจด้านยุติธรรมไปสู่ด้านสาธารณสุข ปรับปรุงกฎหมายและอุปสรรคให้สอดคล้องกับนโยบายปฏิบัติต่อผู้เสพในทิศทางใหม่ ปรับวิธีการบังคับใช้กฎหมายและแนวปฏิบัติจากมาตรการทางอาญาไปสู่มาตรการทางปกครอง สร้างระบบสมัครใจบำบัด และปรับทัณฑ์คดีของสังคมให้โอกาสผู้เคยติดยา

ด้าน พล.อ.ไพบุลย์ คุ่มฉายา รมว.ยุติธรรม กล่าวว่า ทิศทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรมุ่งไปสู่ระบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพ จึงจัดประชุมเพื่อหารือ และจะประมวลกฎหมายยาเสพติดเพื่อแยกแยะและคัดกรองให้ผู้เสพให้เป็นผู้ป่วย แต่ขอให้เชื่อมั่นว่านโยบายการปราบปรามยังมีอยู่ และยาเสพติดยังเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายอย่างแน่นอน ไม่ว่าจะอยู่ประเภทหนึ่งหรือประเภทสองก็ตาม โดยจะมุ่งไปทำลายแหล่งผลิตและผู้ค้ารายใหญ่

“ในการดำเนินงานระดับชาติ เรามีสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ส่วนในระดับภูมิภาคจะบริหารจัดการให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอเป็นผู้ดำเนินการ โดยให้อำนาจหน้าที่กับทุกองค์กรตามแนวทางพระราชรัฐ ให้ความสำคัญเกิดจากชุมชน ส่วนทางกระทรวงสาธารณสุขได้รับเรื่องนโยบายบำบัดผู้ติดยาเรียบร้อยแล้ว และได้เริ่มดำเนินการแล้ว แม้ว่าอาจจะขัดสนเรื่องบุคลากร สถานที่ก็จะค่อยๆ แก้ไขและดำเนินการต่อไป หากได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายก็จะสำเร็จได้ไม่ยาก”

ทั้งนี้ยังมีความคิดเห็นในที่ประชุมที่มีความกังวลว่า กรณีที่ผู้เสพไม่ต้องรับโทษตามคดีอาญา อาจเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม แต่ท้ายที่สุด ผลสรุปของเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครั้ง นี้ จะถูกนำไปเสนอต่อกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้ง เพื่อการประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อไป

ที่มา : <http://news.thaipbs.or.th/content/255011>

สรุปข่าว นายกิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ผอ.สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (TIJ) ได้เสนอในที่ประชุม เกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส ที่ประสบความสำเร็จในการเยียวยาผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้วิธี Decriminalisation policies หรือการวางฐานะให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากรรม การเสพติดถือว่าไม่ผิดกฎหมายอาญา หากครอบครองในปริมาณที่กฎหมายกำหนด จึงมาสู่แนวคิด “โปรตุเกสโมเดล” เสนอให้กระทรวงยุติธรรมปรับกระบวนการทัณฑ์และนโยบายด้านยุติธรรมไปสู่สาธารณสุขและระบบสุขภาพ

ยังไม่ถอด “กัญชา” จากบัญชียาเสฟติด²

อย. ย้ำยังไม่มีการถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสฟติด และไม่มีการขึ้นทะเบียนเป็นยาสมุนไพร

จากกระแสข่าวถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสฟติดประเภท 5 มาเป็นยาสมุนไพร หรือ ยาควบคุมเพื่อใช้รักษามะเร็ง อย. เผยปัจจุบันยังไม่มีการเสนอให้มีการถอดกัญชาจากบัญชียาเสฟติดให้โทษในประเภท 5 และยังไม่มีการขึ้นทะเบียนยาจากกัญชาแต่อย่างใด

นายแพทย์บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เปิดเผยว่า จากกรณีที่มีกระแสข่าวคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการให้แก้ไขกฎหมายว่าด้วยยาเสฟติดให้โทษตามที่ อย. เสนอ โดยให้ถอด “กัญชา” ออกจากบัญชียาเสฟติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามครอบครองมาเป็นยาสมุนไพรหรือ ยาควบคุมให้ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์เพื่อใช้รักษามะเร็ง นั้น อย. ขอชี้แจงว่าปัจจุบันกัญชายังจัดอยู่ในกลุ่มยาเสฟติดให้โทษในประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสฟติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสฟติดให้โทษ และ อย. ยังไม่มีการรับรองให้ใช้กัญชาหรือรับขึ้นทะเบียนยาจากกัญชาแต่อย่างใดเนื่องจากยังไม่มีการวิจัยทางวิชาการในคนเพียงพอที่จะยืนยันว่าสามารถรักษาโรคมะเร็งได้

ปัจจุบันในต่างประเทศมีการใช้ยาที่ได้จากสารสกัดของกัญชาและที่เป็นสารสังเคราะห์ โดยมีข้อบ่งใช้ของยา ได้แก่ เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง เพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์ รักษาภาวะปวดเกร็ง ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง รักษาอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่วนการนำกัญชามาใช้ในการรักษาโรคนั้น ขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาวิจัยในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ เป็นต้น ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ยังไม่มีการรับรองให้มีการนำพืชกัญชามาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยทางคลินิกในคนเพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัย ทั้งนี้ อย. ยังคงมุ่งมั่นส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ดี มีประสิทธิภาพในการรักษา และไม่เคยมิดกั้นความก้าวหน้าทางวิชาการแต่อย่างใด

ที่มา : <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/240832>

สรุปข่าว นายแพทย์บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เปิดเผยว่า กัญชายังจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 และ อย.ยังไม่มีมีการรับรองให้ใช้กัญชาหรือรับขึ้นทะเบียนยาจากกัญชาแต่อย่างใด เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยทางวิชาการในคนเพียงพอที่จะยืนยันว่าสามารถรักษาโรคมะเร็งได้ ส่วนในต่างประเทศ การนำกัญชามาใช้ในการรักษาโรค ขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย

อย. เตรียมเสนอแก้ กม.ให้ใช้กระท่อมทางการแพทย์ได้³

นพ.วันชัย สัตยาวิฑูรย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เปิดเผยว่า พืชกระท่อม ปัจจุบันจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองเว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จะได้อนุญาตเป็นแต่ละราย และห้ามมิให้ผู้ใดเสพพืชกระท่อม ฝ่าฝืนมีโทษจำหรือปรับ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากช่วงที่ผ่านมา มีแพทย์และนักวิจัยหลายฝ่ายเห็นว่าพืชกระท่อมมีสรรพคุณทางยา มีฤทธิ์ช่วยลดความเจ็บปวด เลยจึงขอให้มีการแก้ไข ดังนั้น อย. ได้พิจารณาและจะเสนอให้มีการแก้ไขกฎหมายดังกล่าว เพื่อให้สามารถนำพืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ทั้งการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ และเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรค โดยมีการปรับแก้ถ้อยคำมาเป็น “ห้ามมิให้ผู้ใดเสพพืชกระท่อม เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จะประกาศกำหนดตำรับยาที่ให้เสพ เพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยสาขาเวชกรรมไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์”

ขณะนี้กำลังดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยจะพิจารณาผลกระทบทางด้านสาธารณสุขและสังคม เนื่องจากยังมีปัญหาการเสพพืชกระท่อมแพร่ระบาดในหมู่วัยรุ่น

นพ.วันชัย กล่าวอีกว่า ปัจจุบันสหประชาชาติยังไม่ได้ประกาศควบคุมพืชกระท่อมตามอนุสัญญาฯ ระหว่างประเทศ แต่ได้ขอให้ประเทศสมาชิกเฝ้าระวัง และติดตามสถานการณ์การใช้พืชกระท่อมในประเทศของตนเอง ซึ่งจากข้อมูลพบว่า มีหลายประเทศที่ควบคุมการใช้พืชกระท่อม เช่น ออสเตรเลีย พม่า มาเลเซีย เป็นต้น ส่วนประเทศเดนมาร์ก ลัตเวีย ลิทัวเนีย โปแลนด์ โรมานี และสวีเดนนั้นมีการควบคุมพืชกระท่อม และสารไมทราไจนิน (Mitragynine) และเซเวนไฮดรอกซีไมทราไจนิน (7-Hydroxymitragynine) ด้วย

ที่มา : <http://www.manager.co.th/UpToDate/ViewNews.aspx?NewsID=9590000107255>

สรุปข่าว พืชกระท่อมปัจจุบันจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เนื่องจากมีนักวิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ พบว่ามีสรรพคุณทางยา มีฤทธิ์ช่วยลดความเจ็บปวด จึงขอให้มีการแก้ไข ดังนั้น อย.ได้พิจารณาและจะเสนอให้มีการแก้ไขกฎหมายดังกล่าว เพื่อให้สามารถนำพืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ทั้งการศึกษาวิจัยทางการแพทย์และเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรค

วอนหยุดแชร์! “ไว ด้วยสตรอว์เบอร์รี่” ไม่ใช่ยาเสพติดตัวใหม่⁴

ป.ป.ส.วอนหยุดแชร์ข่าวลือเก่า “ไว ด้วยสตรอว์เบอร์รี่” ไม่ใช่ยาเสพติดตัวใหม่ ชี้ข่าวเก่าปี 57

จากกรณีในโลกสังคมออนไลน์ มีการส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เตือนภัย “ขณะนี้ มียาเสพติดชนิดใหม่นี้รู้จักกันในชื่อ “ไว ด้วยสตรอว์เบอร์รี่ (strawberry quick)” เป็นสิ่งที่น่ากลัวที่แพร่หลาย อยู่ตามโรงเรียนขณะนี้ โดย ยาเหล่านี้มีลักษณะเป็นเม็ดคริสตัลที่คล้ายขนมสตรอว์เบอร์รี่ป๊อปปี้ร็อค ที่เป็นลูกอมที่เวลาละลายจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าแตกป๊อปในปาก มีกลิ่นเหมือนสตรอว์เบอร์รี่ และมีการแจกจ่ายให้เด็กตามสนามโรงเรียน พวกเด็กๆ จะเรียกว่า เม็ดสตรอว์เบอร์รี่ หรือไวด้วยสตรอว์เบอร์รี่

ล่าสุด (26 พ.ย. 59) นายนิยม เต็มศรีสุข รองเลขาธิการ ป.ป.ส. ชี้แจงกรณีดังกล่าว ระบุว่า จากการตรวจสอบของ สำนักงาน ป.ป.ส. พบว่า ข้อความดังกล่าวนี้มีการเผยแพร่ทางสื่อสังคมออนไลน์ ตั้งแต่ ปี 2557 ซึ่งขณะนั้นได้มีการส่งเจ้าหน้าที่ออกสุ่มตรวจขนมที่มีลักษณะดังกล่าว ปรากฏว่า ตรวจไม่พบยาเสพติดผสมอยู่ สำหรับการตรวจพิสูจน์ในห้องปฏิบัติการของสถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ ยาเสพติดของสำนักงาน ป.ป.ส. ก็ไม่เคยได้รับตัวอย่างที่มีลักษณะดังกล่าว รวมทั้งได้ประสานไปยัง สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์พิสูจน์หลักฐานกลาง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ก็ไม่เคยได้รับตัวอย่างมาตรวจพิสูจน์เช่นกัน และขณะนี้ก็ยังไม่พบกรณีนี้

ที่มา : <http://news.mthai.com/general-news/535121.html>

สรุปข่าว ได้มีการเผยแพร่ข่าวยาเสพติดตัวใหม่ในสังคมออนไลน์ มีชื่อเรียกว่า “strawberry quick” เนื่องจากมีลักษณะคล้ายขนมสตรอว์เบอร์รี่ป๊อปปี้ร็อค แพร่ระบาดในโรงเรียนนั้น สำนักงาน ป.ป.ส. ได้สุ่มตรวจขนมดังกล่าว ปรากฏว่าไม่พบยาเสพติดผสมอยู่ และเป็นข่าวที่เผยแพร่ในสังคมออนไลน์ตั้งแต่ ปี 2557 จึงขอความร่วมมือให้หยุดการส่งต่อ

Tramadol ภัยร้ายใกล้ตัว⁵

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ศึกษาผู้เข้ารับการรักษา ยา Tramadol และสึ่คุณร้อย ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาพบว่าผู้เข้ารับการรักษาในกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2557 – 2559 พบผู้ป่วย Tramadol จำนวน 5 ราย 9 ราย และ 46 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยสึ่คุณร้อยจำนวน 50 ราย 80 ราย และ 114 รายตามลำดับ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพเมื่อหายาที่ผิดกฎหมายไม่ได้ก็จะหายาที่สามารถซื้อได้ง่ายจากร้านขายยาแทน

Tramadol เป็นยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ออกฤทธิ์เหมือนมอร์ฟิน รูปแบบยาเม็ด และยาแคปซูล สามารถซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป โดยจัดเป็นยาอันตรายมีกำหนดให้ร้านขายยาสามารถขายได้ครั้งละไม่เกิน 20 เม็ดหรือแคปซูลต่อคนต่อครั้ง และห้ามขายให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ในทุกกรณี แต่ก็พบว่าการลักลอบขายให้กับวัยรุ่นเพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งการใช้เสพแบบยาเดี่ยวและผสมกับเครื่องดื่มชนิดต่างๆ เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ แม้กระทั่งนำมาผสมกับน้ำใบกระท่อมและยาต่างๆ เช่น ยานอนหลับ (alprazolam) ยารักษาภูมิแพ้ (dimenhydramine) ยาแก้ไอ (codeine) หรือที่รู้จักในชื่อ “สึ่คุณร้อย” โดยหลังจากดื่มเครื่องดื่มที่ผสม Tramadol เข้าไป จะเกิดอาการเคลิ้มสุข (euphoria) ทำให้ผู้ใช้มีความต้องการใช้ทุกวัน และเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องทำให้มีความต้องการปริมาณยาที่เพิ่มมากขึ้น จนเกิดอาการติดยา (addiction) และนำไปสู่การถอนยาได้ หากไม่ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย การติดยาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของตัวยา คือ ออกฤทธิ์กระตุ้นมิวรีเซพเตอร์ (μ -receptor) ทำให้เกิดการปลดปล่อยสารสื่อประสาทโดพามีน (dopamine) ที่สมอง มีผลทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข และการติดยา

ในทางการแพทย์ Tramadol ใช้รักษาอาการปวดรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ขนาดยาที่ใช้คือ 50-100 มิลลิกรัม รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง โดยขนาดยาสูงสุดต่อวันคือ 400 มิลลิกรัม ผลข้างเคียงของ Tramadol พบได้ตั้งแต่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มือสั่น ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ มึนงง ง่วงซึม ประสาทหลอน จนถึงรุนแรงระดับนำไปสู่การเสียชีวิต เมื่อเสพในขนาดสูงตั้งแต่ 500 มิลลิกรัม (10 เม็ด) ขึ้นไป เช่น ชัก กดศูนย์การหายใจของร่างกาย หรือซีโรโตนินซินโดรม (serotonin syndrome) ซึ่งจะมีอาการแสดงในหลายๆ ระบบของร่างกายพร้อมกัน เช่น กล้ามเนื้อเกร็งกระตุกร่วมกับความดันโลหิตสูง เกิดภาวะไข้สูงเกิน (hyperpyrexia) นำไปสู่อาการแทรกซ้อน คือ ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (rhabdomyolysis) ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury) ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดมากขึ้นในผู้ที่ใช้อยาหลายตัวร่วมกันโดยเฉพาะยาด้านอาการซึมเศร้าในกลุ่ม MAOIs และ SSRIs หรือยาแก้ไอ เช่น dextromethorphan รวมถึง

การใช้ยาเสพติดบางชนิดที่มีผลกระตุ้นประสาทที่มีผลต่อสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin) เช่น ยาอี (ecstasy) ยาบ้า (amphetamines) ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้ร่วมกันจะส่งเสริมทำให้เกิดอาการข้างเคียงจาก Tramadol เพิ่มขึ้นโดยปริมาณยาที่ทำให้ถึงกับเสียชีวิตอยู่ที่ประมาณ 2 กรัม (40 เม็ด) ขึ้นไป โดยยาจะกดศูนย์การหายใจทำให้หัวใจหยุดเต้น

จะเห็นได้ว่า Tramadol สามารถทำให้เกิดการเสพติดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับยาเสพติดประเภทฝิ่น เฮโรอีน ต้องมีการใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดยา มีประวัติเสพติดยาหรือแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีการใช้ในปริมาณสูงติดต่อกัน หากได้รับ Tramadol เป็นเวลานานและหยุดยาทันทีอาจเกิดอาการถอนยาได้ จึงควรค่อยๆ ลดขนาดการใช้ลง ในกรณีที่ไม่สามารถหยุดยา Tramadol ได้ สามารถโทรปรึกษาและขอข้อมูลได้ที่สายด่วนยาเสพติด 1165 หรือเข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่มา : http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2398&Itemid=1

สรุปข่าว สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ศึกษาผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาทรามาดอล (Tramadol) และสีกุนร้อย ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษากลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้น Tramadol เป็นยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ออกฤทธิ์เหมือนมอร์ฟีนพบว่ามีการลักลอบขายให้กับวัยรุ่นเพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งการใช้เสพแบบยาเดี่ยวและผสมกับเครื่องดื่มชนิดต่างๆ ในทางการแพทย์ Tramadol ใช้รักษาอาการปวดรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ผลข้างเคียงของ Tramadol พบได้ตั้งแต่ไม่รุนแรง จนถึงระดับรุนแรงต้องมีการใช้อย่างระมัดระวัง

สถานการณ์ยาเสพติดที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงและสร้างปัญหาต่อความมั่นคงของประเทศ การดำเนินงานตามกระบวนการทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เป็นแผนงานที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังนั้นการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ ทำให้สะดวกและรวดเร็วทันท่วงที เหมาะกับการประชาสัมพันธ์เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสื่อสังคมออนไลน์ มีบทบาทที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจในสังคมและการส่งต่อความรู้ได้อย่างกว้างขวางให้ทันกับโลกยุคดิจิทัล และสอดคล้องกับภาวะการที่เป็นในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Thai PBS. ถกปรับแก้ปัญหายาเสพติด เน้นดึงผู้เสพเข้าระบบบำบัดมากกว่าลงโทษคุมขัง [สืบค้น 19 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://news.thaipbs.or.th/content/255011>.
2. คมชัดลึก. ยังไม่ถอดกัญชา'จากบัญชียาเสพติด. [สืบค้น 4 ก.ย.2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/240832>.
3. ผู้จัดการออนไลน์. อย.เตรียมเสนอแก้ กม.ให้ใช้กระท่อมทางการแพทย์. [สืบค้น 26 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/UpToDate/ViewNews.aspx?NewsID=9590000107255>
4. MThai News. วอนหยุดแชร์! “ไว ด้วยสตรอร์เบอร์รี่” ไม่ใช่ยาเสพติดตัวใหม่. [สืบค้น 26 พ.ย. 2559] เข้าถึงได้จาก <http://news.mthai.com/general-news/535121.html>.
5. สถาบันัญญารักษ์. Tramadol ภัยร้ายใกล้ตัว. [สืบค้น 30 ธ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2398&Itemid=1

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

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

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ๆ ของผู้ย่อประกอบด้วย

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

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ 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 ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรวจพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กระชับ ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมา ที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

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

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจน ให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากกว่าเข้าไปในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

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

1. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาศ ลักษณะชั่ววลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19:29-41.

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

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

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

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

หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์

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

หนังสือมีบรรณาธิการ

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

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. ธวัชชัย ลีพนาจ. ระบาดวิทยาของโรค ติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร ทิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติด สารเสพติด. กรุงเทพฯ: 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 (Conferance Proceedings)

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

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

4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

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

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

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

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

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

7. อื่น ๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน 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.)

