ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563

Vol. 6 No. 1 January - June 2020

วารสารวิชาการเสพติด

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

เจ้าของ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ปรึกษา

บรรณาธิการ

ล่ำซำ	ลักขณาภิชนชัช	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวประเชิญ	ฤกษ์อรุณ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาววิรดา	จันทร์ลอย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กองบรรณาธิการ

นางสาวสุพจนี	ชุติดำรง	สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
นายนิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปัตตานี กรมคุมประพฤติ
นายทัปปณ	สัมปทณรักษ์	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นางอรพิณ	ทนันขัติ	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวสิริกุล	วงษ์สิริโสภาคย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางสาววรางคณา	รักษ์งาน	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายอภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางนันทา	ชัยพิชิตพันธ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสำเนา	นิลบรรพ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาวสุกุมา	แสงเดือนฉาย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายบุญเรือง	ไตรเรืองวรวัฒน์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
นางสาวนิตยา	ตากวิริยะนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายพิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายอรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวรัศมน	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายตะวันชัย	จิรประมุขพิทักษ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวจิตรลดา	อารีย์สันติชัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายอรรถสิทธิ์	ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายศักดินา	บุญเปี่ยม	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นายประทีป	ฉัตรสุภางค์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวดรุณี	ภู่ขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางเพ็ญพักตร์	อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวศิริพร	ฉวานนท์	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาวศรัณญา	เบญจกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางณปภา	สิริศุภกฤตกุล	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุดุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางสมพร	สุวรรณมาโจ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สำนักงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 404, 341, 492 โทรสาร 0-2531-0085
www.pmnidat.go.th e-mail : journal@pmnidat.go.th

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [6311-149]
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0-2218-3549, 0-2218-3550 โทรสาร 0-2218-3547
E-mail : cuprint@hotmail.com, http://www.cupress.chula.ac.th

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติด ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ส่งบทความวิชาการมาเพื่อเผยแพร่ วารสารได้มีกำหนดระยะเวลาในการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ เริ่มเดือนมกราคม – มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2563 เป็นต้นไป สำหรับฉบับนี้ มีบทความวิจัยซึ่งมีเนื้อหา ความรู้ที่เป็นประโยชน์ประกอบด้วย เรื่องแรก การทบทวนการใช้ยาอัลปราโซแลมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เรื่องที่สอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่ระบบสมัครใจจังหวัดลำพูน เรื่องที่สาม แรงจูงใจของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เรื่องที่สี่ อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และบทความ เรื่อง Acamprosate กับการบำบัดรักษาโรคติดสุรา

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้ส่งบทความทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ติดตามมาโดยตลอด และขอเชิญชวน หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติด เพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช
บรรณาธิการ

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทบทวนการใช้ยาอัลปราโซแลมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

เรณู อุทธิยัง ภ.ม.
โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

Abstract Drug Utilization Review of Alprazolam at Thanyarak Chiangmai Hospital

Uttiyung R.

Thanyarak Chiangmai Hospital

Objective: To review drug utilization of Alprazolam at Thanyarak Chiangmai Hospital.

Method: A retrospective study from October 1, 2016 to December 31, 2018, descriptive the nature of the prescribing and evaluation of drug prescribing of alprazolam in outpatients. In terms of indication, dose, duration, a doctor who prescribes, contraindications, precautions and adverse drug reactions.

Result: There were 44 cases (Forty males and four females; 685 visits), who were prescribed alprazolam. The alprazolam utilizing which accommodates the criteria for Rational Drug Use (RDU) according to the National list of essential medicines: Central Nervous System Volume 1 and Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry were : indication (0.15%), dosage (0.15%), contraindication (9.78%), precaution (99.56%), adverse drug reaction (99.71%). There did not fit in

the criteria : indication (opioid dependence 70.66%, followed by insomnia 18.54%), dosage (99.85%), contraindication 90.22% (used combination with methadone 88.03%, followed by benzodiazepine 21.76%), precaution 0.44% (used 3 times in patients older than 65 years old), adverse drug reactions 0.29% (drowsiness and confusion) and duration (100%).

Conclusion and recommendations: Regard to the criteria for Rational Drug Use (RDU) in Psychiatry regard to the Central Nervous System Volume 1 and Thai Nation Formulary 2015, the evaluation of alprazolam prescribing found highly not fit criteria : the most was duration, followed by indication, dosage and contraindication respectively. Adverse drug reaction and precaution were 2 aspects that fit the criteria. Therefore, the hospital should have a clear policy on prescribing medication in order to make more reasonable use of medication.

Keywords : Drug Utilization Review, Alprazolam

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม (Alprazolam) ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงลักษณะการสั่งใช้และประเมินการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมในผู้ป่วยนอก (ในด้านข้อบ่งใช้ ขนาด ระยะเวลาการสั่งใช้ แพทย์ผู้สั่งใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา) ช่วง 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาอัลปราโซแลม 44 คน ชาย 40 คน หญิง 4 คน จำนวนครั้งที่มารักษา 685 ครั้ง การประเมินการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยาระบบประสาทส่วนกลางเล่มที่ 1 พ.ศ. 2553 และ คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ในทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ด้านข้อบ่งใช้ร้อยละ 0.15 ข้อบ่งใช้ที่พบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ Opioid dependence ร้อยละ 70.66 รองลงมาคือ Insomnia ร้อยละ 18.54 เป็นไปตามเกณฑ์ด้านขนาดยาร้อยละ 0.15 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 99.85 เป็นไปตามเกณฑ์ด้านข้อห้ามใช้ร้อยละ 9.78 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 90.22 โดยพบว่ามีการใช้ยา

ร่วมกับยาเมทาโดนร้อยละ 88.03 รองลงมาคือ การใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม Benzodiazepine ร้อยละ 21.76 เป็นไปตามเกณฑ์ด้านข้อควรระวังร้อยละ 99.56 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 0.44 โดยมีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจำนวน 3 ครั้ง เป็นไปตามเกณฑ์ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาร้อยละ 99.71 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 0.29 โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากยา ได้แก่ ง่วง ซึม และสับสน จำนวน 2 ครั้ง ไม่พบการเป็นไปตามเกณฑ์ในด้านระยะเวลาการสั่งใช้ยา

สรุปและข้อเสนอแนะ การสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงเมื่อประเมินตามเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในด้านระยะเวลาการสั่งใช้ซึ่งพบได้มากสุด รองลงมาได้แก่ ด้านข้อบ่งใช้ ด้านขนาดยา และด้านข้อห้ามใช้ ตามลำดับ พบ 2 ด้านที่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากยาและข้อควรระวังในการใช้ยา ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายการสั่งใช้ยาให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น

คำสำคัญ : การทบทวนการใช้ยา, ยาอัลปราโซแลม

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559[1] แบ่งวัตถุออกฤทธิ์ออกเป็น 4 ประเภท แต่ละประเภทมีระดับความเข้มงวดของการควบคุมจากมากไปน้อย โดยพิจารณาจากสภาพปัญหา การนำไปใช้ในทางที่ผิด สถานการณ์การระบาดภายในประเทศ ผลกระทบและแนวโน้มที่เกิดขึ้นต่อสังคมและการใช้ประโยชน์ในการบำบัดรักษาในทางการแพทย์ภายในประเทศ โดยประเภทที่ 1 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่นำไปใช้ในทางที่ผิดสูงจึงมีการควบคุมการนำไปใช้ที่เข้มงวดที่สุด ประเภทที่ 2 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการใช้ในทางที่ผิดสูง ระดับการควบคุมการนำไปใช้เข้มงวดแต่น้อยกว่าประเภทที่ 1 ส่วนประเภทที่ 3 เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ใช้ในการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิด ระดับการควบคุมการนำไปใช้เข้มงวดน้อยกว่าประเภท 2 และประเภทที่ 4 คือวัตถุออกฤทธิ์ที่ใช้ในทางการแพทย์และอาจก่อให้เกิดการนำไปใช้หรือมีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิดแต่น้อยกว่าประเภท 3 ระดับการควบคุมการนำไปใช้จะเข้มงวดน้อยที่สุด

ยาอัลปราโซแลม (Alprazolam) เคยจัดเป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ 4 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 (พ.ศ. 2539) ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2556[2] ได้มีการเปลี่ยนแปลงประเภทวัตถุออกฤทธิ์ของยาอัลปราโซแลมจากประเภท 4 ให้เป็นประเภท 2

เพื่อแก้ปัญหาการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด ยาอัลปราโซแลมจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอยู่ในกลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางที่มีความแรงสูง (High therapeutic potency) ตัวยาสามารถออกฤทธิ์เร็ว โดยปัจจุบันได้มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ได้แก่ โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) และอาการตื่นตระหนก (Panic disorder) โดยขนาดความแรงที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมี 3 ขนาด ได้แก่ 0.25 มิลลิกรัม 0.5 มิลลิกรัม และ 1 มิลลิกรัม อย่างไรก็ตามยาอัลปราโซแลมเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่นำไปใช้ในทางที่ผิด (abuse) ได้บ่อย เช่น นำไปผสมในสารเสพติดอื่น ๆ หรือ ผสมกับยาแก้ไอเพื่อให้เกิดความมึนเมา หรือนำไปผสมกับเครื่องดื่ม เช่นน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากยาอัลปราโซแลมเป็นสารประกอบที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น ไม่สามารถสังเกตได้ด้วยตาเปล่าจึงถูกนำไปใช้เป็นยานอนหลับ เพื่อหวังล่วงละเมิดทางเพศ รูดทรัพย์ และก่ออาชญากรรม เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าปัญหาการนำยาอัลปราโซแลมไปใช้ในทางที่ผิดมีมากขึ้นในประเทศไทย และเนื่องจากในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่มียาอัลปราโซแลมขนาดความแรง ได้แก่ 0.5 มิลลิกรัม และ 1 มิลลิกรัมอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล ซึ่งตั้งแต่ในวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 มีการใช้อัลปราโซแลม ขนาด 0.5 มิลลิกรัม จำนวน 24,835 เม็ด และขนาด 1 มิลลิกรัม จำนวน 3,703 เม็ด ซึ่งเป็นการใช้ในปริมาณที่สูง ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาทบทวนการใช้ยาอัลปราโซแลมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เพื่อทำให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการสั่งใช้ยา ผลการใช้ยา และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาอัลปราโซแลมให้มีความสมเหตุผลและป้องกันการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและสังคมได้

วัตถุและวิธีการ

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาอัลปราโซแลม ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในช่วง 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 และได้รับการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

นิยามศัพท์

การทบทวนการใช้ยา (Drug Utilization Review) หมายถึง การทบทวนการใช้ยาอัลปราโซแลมด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการสั่งใช้ยาและประเมินการใช้ยาตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลางเล่มที่ 1 พ.ศ. 2553[3] หากข้อบ่งใช้ใดยังไม่ได้กำหนดขนาดยา วิธีการให้ยาและระยะเวลาที่เหมาะสมไว้ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาท

ส่วนกลางเล่มที่ 1 พ.ศ. 2553 จะอ้างอิงข้อมูลการขึ้นทะเบียนยาของสำนักงานอาหารและยาประเทศไทย[4] และเกณฑ์คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ในทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry[5]

อัลปราโซแลม หมายถึง ยาอัลปราโซแลม ขนาด 0.5 และ 1 มิลลิกรัม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบเก็บข้อมูลลักษณะการใช้ยาและการประเมินการใช้ยาอัลปราโซแลมในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมที่มีรายละเอียดด้าน แพทย์ผู้สั่งใช้ ชนิดยา ข้อบ่งใช้ ขนาดยา ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง อาการไม่พึงประสงค์จากยาและระยะเวลาที่แพทย์สั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

2. เกณฑ์การประเมินการใช้ยาอัลปราโซแลม

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ขออนุมัติทำการศึกษาและเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

2. ศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่มาพบแพทย์ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา ได้แก่ ข้อบ่งใช้ ชนิดยา ขนาดยา ระยะเวลาการสั่งใช้ยา แพทย์ผู้สั่งใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา

3. กำหนดเกณฑ์ประเมินการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

3.1 ใช้ตามแนวทางในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยาระบบประสาทส่วนกลาง เล่ม 1 พ.ศ. 2553[3]

3.2 หากข้อบ่งใช้ใดยังไม่ได้กำหนดขนาดยา วิธีการให้ยา และระยะเวลาที่เหมาะสมไว้ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลางเล่มที่ 1 พ.ศ. 2553 จะอ้างอิงข้อมูลการขึ้นทะเบียนยาของสำนักงานอาหารและยาประเทศไทย[4] และเกณฑ์คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ในทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry[5]

4. ประเมินการใช้ยาอัลปราโซแลม

ในประเด็นของข้อบ่งใช้ยา ชนิดยา ขนาดยา ระยะเวลาการสั่งใช้ยา แพทย์ผู้สั่งใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา โดยเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามข้อ 3 โดยผู้ทำการศึกษาคนเดียว กรณีการประเมินระยะเวลาการสั่งใช้ยานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับยาอัลปราโซแลม ตั้งแต่ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2559 จึงเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ได้รับยาอัลปราโซแลมอย่างต่อเนื่องมาจนถึงที่แพทย์สั่งครั้งล่าสุด และทำการประเมินจากระยะเวลาที่ได้รับต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างรายนั้น ๆ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในรูปของความถี่ ร้อยละ

ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 4,151 ราย มีจำนวนครั้งที่มารักษา 43,137 ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับยาอัลปราโซแลม มีจำนวน 44 ราย จำนวนครั้งที่มารักษา 685 ครั้ง คิดเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับยาอัลปราโซแลมร้อยละ 1.59 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.09) เมื่อจำแนกตามอายุพบว่าช่วงอายุ 21-30 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 31.81)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	90.91
หญิง	4	9.09
อายุ		
ไม่เกิน 20 ปี	6	13.64
21 – 30 ปี	14	31.81
31 – 40 ปี	13	29.55
41 – 50 ปี	6	13.64
51 – 60 ปี	4	9.09
มากกว่า 65 ปี	1	2.27
ค่าเฉลี่ย (ปี)	33	

ส่วนที่ 2 ลักษณะการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

2.1 ลักษณะของผู้สั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

การสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม ส่วนใหญ่สั่งโดยแพทย์ทั่วไป โดยพบว่าการสั่งใช้ลักษณะที่แพทย์ผู้สั่งเขียน “RM” (Repeat medication หมายถึงยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับครั้งก่อนหน้านี้) มีร้อยละ 3.2 ข้อมูลลักษณะของผู้สั่งใช้แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะผู้สั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

แพทย์ผู้สั่งใช้	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
จิตแพทย์	261	38.10
แพทย์ทั่วไป	424	61.90

2.2 ชนิดของยาอัลปราโซแลม

เมื่อพิจารณาชนิดของยาอัลปราโซแลม พบว่ามีการสั่งใช้ขนาด 0.5 มิลลิกรัมเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 495 ครั้ง (ร้อยละ 72.26) คิดเป็น 12.42 กรัม รองลงมาคือ ขนาด 1 มิลลิกรัม จำนวน 190 ครั้ง (ร้อยละ 27.74) คิดเป็น 3.70 กรัม

2.3 ระยะเวลาการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

ระยะเวลาการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม เป็นระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรับยาต่อเนื่อง จากกลุ่มตัวอย่าง 44 คน ที่สามารถเก็บข้อมูลด้านระยะเวลาการสั่งใช้ พบว่า มีการสั่งจ่ายยาเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ร้อยละ 68.18 โดยเป็นยาอัลปราโซแลมขนาด 0.5 มิลลิกรัม ร้อยละ 40.91 และขนาด 1 มิลลิกรัม ร้อยละ 27.27 ยาอัลปราโซแลมขนาด 0.5 มิลลิกรัม มีระยะเวลาการสั่งใช้นานที่สุด 871 วัน สำหรับยาอัลปราโซแลม 1 มิลลิกรัม มีระยะเวลาการสั่งใช้นานที่สุด 738 วัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

ระยะเวลาการสั่งใช้ยา	ยา Alprazolam	
	0.5 mg	1 mg
	จำนวน	จำนวน
น้อยกว่า 4 สัปดาห์	7 คน (ร้อยละ15.91)	7 คน (ร้อยละ15.91)
มากกว่า 4 สัปดาห์	18 คน (ร้อยละ40.91)	12 คน (ร้อยละ27.27)
ค่าเฉลี่ยต่อคน (วัน)	196	135
ระยะเวลานานที่สุด (วัน)	871	738
ระยะเวลาที่น้อยที่สุด (วัน)	4	3
ระยะเวลาที่นานที่สุดต่อครั้ง (วัน)	90	90
ระยะเวลาที่น้อยที่สุดต่อครั้ง (วัน)	4	3
ค่าเฉลี่ยต่อครั้ง (วัน)	21	26

2.4 ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ

จากการเก็บข้อมูลด้านขนาดยา พบว่า ขนาดยาอัลปราโซแลมที่ผู้ป่วยได้รับสูงสุดต่อวัน คือ 3 มิลลิกรัม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ขนาดยาอัลปราโซแลมที่ผู้ป่วยได้รับ

ขนาดการสั่งใช้ยา (mg)	ยา Alprazolam	
	0.5 mg	1 mg
ขนาดยามากที่สุดต่อวัน	3	3
ขนาดยาน้อยที่สุดต่อวัน	0.25	1
ขนาดยาเฉลี่ยต่อวัน ± SD	1.50 ± 0.25	1.65 ± 0.86
ขนาดยามากที่สุดต่อครั้ง	180 (90 วัน)	160 (90 วัน)
ขนาดยาน้อยที่สุดต่อครั้ง	3.5	3
ขนาดยาเฉลี่ยต่อครั้ง ± SD	25.2 ± 18.32	28 ± 21.54

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

ในการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาสูงสุด ร้อยละ 99.71 รองลงมาคือ ด้านข้อควรระวัง ร้อยละ 99.56 และด้านข้อห้ามใช้ ร้อยละ 99.56 ตามลำดับ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ด้านระยะเวลาการสั่งใช้สูงสุด รองลงมาคือ ด้านข้อบ่งใช้ และ ด้านขนาดยา ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม

การประเมินตามเกณฑ์	เป็นไปตามเกณฑ์		ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านข้อบ่งใช้ (ครั้ง)	1	0.15	684	99.85
ด้านขนาดยา (ครั้ง)	1	0.15	684	99.85
ด้านข้อห้ามใช้ (ครั้ง)	67	9.78	618	90.22
ด้านข้อควรระวังการใช้ยา (ครั้ง)	682	99.56	3	0.44
ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ครั้ง)	683	99.71	2	0.29
ด้านระยะเวลาการสั่งใช้ (คน)	0	0	44	100

3.1 ด้านข้อบ่งใช้

การสั่งใช้ยาตามคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลาง เล่มที่ 1 พ.ศ. 2553 และการใช้ยาทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in *Psychiatry*[5] มีการใช้ยาอัลปราโซแลมเพียง 2 ข้อบ่งใช้ ได้แก่ โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) และลดอาการตื่นตระหนก (Panic disorder) จากการประเมินการสั่งใช้ยาด้านข้อบ่งใช้ พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.15) และไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (มีการสั่งในข้อบ่งใช้อื่น) จำนวน 684 ครั้ง (ร้อยละ 99.85) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างจากใบสั่งยา

การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
Panic disorder	1	0.15
Opioid dependence	484	70.66
Amphetamine dependence	1	0.15
Insomnia	127	18.54
Benzodiazepine dependence	7	1.02
Depressive disorder	29	4.23
Hypnotic disorder	17	2.48
Bipolar disorder	14	2.04
Methamphetamine dependence	1	0.15
Alcohol dependence	4	0.58

3.2 ด้านขนาดยา

ขนาดยาอัลปราโซแลมที่ใช้ในโรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) คือ ไม่เกิน 4 มิลลิกรัมต่อวัน และไม่เกิน 10 มิลลิกรัมต่อวัน ในการลดอาการตื่นตระหนก (Panic disorder) จากการประเมินด้านขนาดยา พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.15) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 684 ครั้ง (ร้อยละ 99.85) โดยไม่เป็นไปตามเกณฑ์จากเงื่อนไขการสั่งใช้ยา คือหากมีการสั่งใช้ยาในข้อบ่งใช้อื่นที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจะถือว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ด้านขนาดยา ถึงแม้ว่าในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับขนาดยามากกว่า 4 มิลลิกรัม หรือ 10 มิลลิกรัมต่อวัน

3.3 ด้านระยะเวลาการสั่งใช้ยา

ตามเกณฑ์การสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมอย่างสมเหตุผล มีการระบุระยะเวลาที่สมเหตุผลเฉพาะในข้อบ่งใช้ที่ได้แนะนำและรับรองเท่านั้น เนื่องจากระยะเวลาที่สมเหตุผลขึ้นกับแต่ละข้อบ่งใช้ ดังนั้นการประเมินด้านนี้จึงประเมินเฉพาะกรณีที่มีการสั่งใช้สมเหตุผลด้านข้อบ่งใช้ และเมื่อประเมินด้านระยะเวลา พบว่า ไม่พบผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีการสั่งใช้ยานานกว่า 4 สัปดาห์ (ระยะเวลา 60 วัน) ในผู้ป่วย Panic disorder 1 ราย

3.4 ด้านข้อห้ามใช้

ตามเกณฑ์การสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยาอัลปราโซแลมห้ามใช้ในผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ที่แพ้ยาชนิดนี้ ผู้ป่วยโรคต้อหินเฉียบพลันชนิดมุมแคบ สตรีมีครรภ์และให้นมบุตร และใช้เพื่อการรักษาโรคจิต รวมทั้งห้ามใช้ยาอัลปราโซแลมร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ยาฆ่าเชื้อรากลุ่ม Azole และห้ามใช้ร่วมกับยาเมทาโดน เมื่อประเมินด้านข้อห้ามใช้ พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ 67 ครั้ง (ร้อยละ 9.78) และไม่เป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 618 ครั้ง (ร้อยละ 90.22) ซึ่งการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงสุด ได้แก่ การใช้ร่วมกับยาเมทาโดน (ร้อยละ 88.03) รองลงมาได้แก่ การใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง (ยากลุ่ม Benzodiazepines) 149 ครั้ง (ร้อยละ 21.76) โดยยาในกลุ่ม Benzodiazepine ที่พบใช้ร่วมกับยาอัลปราโซแลมสูงสุดได้แก่ Clonazepam 2 มิลลิกรัม รองลงมาได้แก่ Clonazepam 0.5 มิลลิกรัม ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การใช้ยาอัลปราโซแลมร่วมกับยาในกลุ่ม Benzodiazepine จากกลุ่มตัวอย่างตามใบสั่งยา

ชนิดของยากลุ่ม Benzodiazepine ที่มีการใช้ร่วมกับยา Alprazolam	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
Clonazepam 2 mg	85	12.41
Clonazepam 0.5 mg	37	5.40
Diazepam 5 mg	16	2.34
Diazepam 2 mg	1	0.15
Lorazepam 1 mg	10	1.46
รวม	149	21.76

3.5 ด้านข้อควรระวัง

ตามเกณฑ์การสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมอย่างสมเหตุผล ควรระวังการใช้ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และระวังในผู้ที่มีการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง การประเมินด้านข้อควรระวังของการใช้ยาอัลปราโซแลม พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ 682 ครั้ง (ร้อยละ 99.56) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีการใช้ยาในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 0.44)

3.6 ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยา

มีการใช้ยาเป็นไปตามเกณฑ์ด้านอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 683 ครั้ง (ร้อยละ 99.71) และมีการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 0.29) โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ ง่วงซึม และสับสน

วิจารณ์

จากการทบทวนการใช้ยาอัลปราโซแลมในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จำนวน 44 คน พบการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 30 คน สั่งยาโดยจิตแพทย์ 9 คน สั่งโดยแพทย์ทั่วไป 21 คน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Pek EA. และคณะ[6] ที่พบว่าแพทย์ที่สั่งจ่ายยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เฉพาะทาง เมื่อประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาสูงสุด รองลงมาคือด้านข้อควรระวังการใช้และข้อห้ามใช้ตามลำดับ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงสุด ได้แก่ ด้านระยะเวลาการสั่งใช้ยา รองลงมาคือด้านข้อบ่งใช้ ด้านขนาดยา และด้านข้อห้ามใช้ ตามลำดับ การศึกษานี้เป็นไปตามเกณฑ์ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาสูงสุดถึงร้อยละ 99.71 เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ถ้ามีการบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาไม่ครบถ้วน อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผลการประเมินอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ในด้านระยะเวลาการสั่งใช้ยาพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ มีการสั่งใช้ยาเป็นระยะเวลานานกว่าข้อแนะนำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการสั่งจ่ายยาเป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 68.18 โดยเป็นยาอัลปราโซแลมขนาด 0.5 มิลลิกรัม ร้อยละ 40.91 และขนาด 1 มิลลิกรัม ร้อยละ 27.27 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zandstrall และคณะ[7] ที่พบว่ามีการสั่งใช้ยา Benzodiazepine โดยแพทย์ทั่วไปติดต่อกันเป็นระยะเวลามากกว่า 6 สัปดาห์ มากถึงร้อยละ 49 การสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมเป็นระยะเวลานานมีความเสี่ยงสูงที่อาจทำให้ผู้ป่วยติดยาและนำยาไปใช้ในทางที่ผิดได้ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่า ยากลุ่มนอนหลับและยากล่อมประสาทเป็นยาที่นำมาใช้แบบผิดแผนมากที่สุดในประเทศไทย[8]

การสั่งใช้ยาตามคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยาระบบประสาทส่วนกลางเล่มที่ 1 พ.ศ. 2553[3] และ คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ในทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry[5] มีการสั่งใช้ยา

อัลปราโซแลมเพียง 2 ข้อบ่งใช้ ได้แก่ โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) และลดอาการตื่นตระหนก (Panic disorder) ในการศึกษานี้พบว่าการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Panic disorder เพียง 1 ครั้ง มีการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Opioid dependence และได้รับยาเมทาโดนมากถึงร้อยละ 70.66 การใช้ยาเมทาโดนร่วมกับยาอัลปราโซแลมส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอันตรายจากการได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด และมีการสั่งใช้ยาอัลปราโซแลมร่วมกับยากลุ่ม Benzodiazepines มากถึงร้อยละ 21.76 ซึ่งมีฤทธิ์เสริมกันในการกดระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยง่วงซึม สับสน มึนงง มากขึ้น สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ยา Benzodiazepines เป็นยาที่มีผู้นิยมนำมาใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น แอลกอฮอล์ ยากระตุ้นประสาท และยากลุ่ม opiates เป็นต้น[9] นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะ Benzodiazepine dependence ด้วยยาอัลปราโซแลม จำนวน 7 ครั้ง ซึ่งตามแนวทางการรักษาของWorld Health Organization 2009[10] ได้แนะนำการรักษาโดยใช้ยา Diazepam แทน เพื่อป้องกันการนำยาไปใช้ในทางที่ผิดและติดยาได้ ยาอัลปราโซแลมเป็นยาที่มีความแรงสูง (high potency), ออกฤทธิ์สั้น (short-acting) ซึ่งยานี้มีโอกาสทำให้ผู้ใช้เกิดอาการถอนยา (withdrawal) และเสี่ยงต่อการติดยาได้ง่าย จากการประเมินการใช้ยาอัลปลาโซแรมจึงพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูงในด้านข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้และด้านขนาดยา

สรุป

การสั่งใช้ยาอัลปราโซแลม ไม่เป็นไปตามเกณฑ์สูง เมื่อประเมินตาม “เกณฑ์การใช้ยาอัลปราโซแลมอย่างสมเหตุผล” ที่กำหนดไว้ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ : ยาระบบประสาทส่วนกลางเล่มที่ 1 พ.ศ. 2553[3] และ คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ในทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry[5] รวมถึงการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา โดยพบว่า เป็นไปตามเกณฑ์ในด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาและข้อควรระวังในการใช้ยา ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในด้านระยะเวลการสั่งใช้ซึ่งพบได้มากสุด รองลงมาได้แก่ ด้านข้อบ่งใช้ ด้านขนาดยา และด้านข้อห้ามใช้ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายการสั่งใช้ยาให้ชัดเจน มีระบบการควบคุมการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในปริมาณเท่าที่จำเป็น สร้างความตระหนักให้กับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และเภสัชกรควรแนะนำการใช้ยาให้กับผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นถึงอันตรายจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม มีการติดตามผลการใช้ยาทั้งในประเด็นของปัญหาการติดยา และการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด เพื่อหาขนาดของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาอัลปราโซแลมในผู้ป่วยยาเสพติด และพัฒนาแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และ

ยอมรับได้บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ป้องกันการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและสังคม นอกจากนี้ควรพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนหรือการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ ครอบคลุมข้อมูลสำคัญด้านยา เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่เท่านั้น ผลการศึกษาอาจไม่สามารถขยายไปยังโรงพยาบาลอื่นได้เนื่องจากบริบทที่ต่างกัน และเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลหากมีการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์อาจส่งผลต่อการประเมินการใช้ยาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ที่ให้การสนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและนักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่อำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องเปลี่ยนแปลงประเภทวัตถุออกฤทธิ์ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2555 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 129 ตอนพิเศษ 191 วันที่ 19 ธันวาคม 2555.
3. Sub-committee on essential drug list development. Thai national formulary 2010 central nervous system volume 1. Bangkok: Printing of agricultural co-operative federation of Thailand; 2010.
4. Narcotics Control Division. Important drug notes [Online]. 2019 [cited 2019 Feb 3]; [1screen]. Available from: URL:http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=674
5. เกณฑ์คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติยาที่ใช้ทางจิตเวช Thai National Formulary 2015 Drugs used in Psychiatry. [Online]. 2019 [cited 2019 Jan 30]; [1 screen]. Available from: URL: http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/main_drug_file/20171115141805.pdf
6. Pek EA, Remfry A, Pendrith C, Fan-Lun C, Bhatia RS, Soong C. High prevalence of inappropriate benzodiazepine and sedative hypnotic prescriptions among hospitalized older adults. J Hosp Med 2017; 12:310-6.
7. Zandstra SM, Furer JW, van de Lisdonk EH, Bor JH, Zitman FG, van Weel C. Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. Br J Gen Pract 2002 Oct;52(483):805-8.
8. Assanangkornchai S, Chittrakam S, Thaikla K, Tantirangsee N. Prescription drug abuse : introduction and situation in Thailand. Bangkok : Office of the Narcotics Control Board ; 2012
9. Aumpon V. Study of measures resolving the abuse of psychotropic substances consumption on benzodiazepines group. FDA Journal 2013 ; 20 : 21-9.
10. World Health Organization. Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings. Ann Oncol. 2009; 40-43.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่และรายเก่า ระบบสมัครใจจังหวัดลำพูน

พัชรี วีรพันธุ์ ส.ม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

Abstract Factors associated with new addicts in the voluntary treatment system

Veeraphane P.

District Health Office, Lamphun

The study was descriptive research. This research aim to study factors and information associated with drug use among new - treated case. The data collection was drawn from 1,491 patients who were in the voluntary drug treatment system during 2014 - 2016. One thousand seventy-three patients were new cases appearing in the online report system of the monitoring and surveillance for drug problems, Ministry of public health. Descriptive statistics including frequency distribution and percentage was applied for analyzing data. To compare the ratio of the differences between the two groups of drug addicts between the new case and the old case, test the chi-square test was analyzed the comparison the difference at statistically significant differences at P <0.05.

Result: The results indicated that 2014 to 2016 has the highest number of voluntary patients, 1,491 people following with compulsory system, 1,096 people and the criminal justice system, 386 people, respectively. The number of the

patient from the voluntary system tended to be increasing, and those were the new case being higher than the old case approximately triple times. Mueang Lamphun District, Ri District and Mae Tha District were the top three areas, with many new patients admitted every year.

Factors related to substance use in new patients in terms of personal information of substance users are gender, age, marriage, education, religion, occupation, and parent relationship. While the substance use information includes first use, reasons for use, age of first use, reason for treatment and results. Those factors significantly correlated with drug use in new case $p < 0.05$. Income was the only factor that did not correlate with substance use among those patients.

Conclude and discussion: This study found significant opportunities for utilization by explaining problems related to new substance users. These factors are divided into two parts: patients, families and personal relationships. High-risk patients that should be supervised and prevented were males aged 16-25 years old and education level was high school. Family and personal relationships also effect on drug use. Therefore, an integrated treatment model should be created to control the risk factors involved in all dimensions, focusing primarily on the family unit and the patient-related environment.

Suggestion: Governments should formulate policies that support love warmth and the role of family units in concrete form, in building immunity and increasing defensive from the external environment.

Keywords : voluntary treatment system, new addicts and old addicts

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า ระบบสมัครใจ ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559 เก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสมัครใจ ทั้งหมดจำนวน 1,491 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่ จำนวน 1,073 คน และผู้ใช้ยาเสพติดรายเก่า จำนวน 418 คน จาก ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา

ยาเสพติด (บสต.3) กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละ สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า ใช้สถิติ Chi-square Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการศึกษา พบว่า ในปีงบประมาณ 2557-2559 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจมากที่สุด จำนวน 1,491 คน รองลงมา ได้แก่ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ จำนวน 1,096 คน และ 386 คน โดยระบบสมัครใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ มากกว่า รายเก่า 2.6 เท่า ในระดับพื้นที่ พบว่า อำเภอเมืองลำพูน มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุดของจังหวัดทุกปี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัด และสภาพการเสพของผู้เข้ารับการบำบัด

สรุปและวิจารณ์ จากผลการศึกษาพบโอกาสสำคัญในการนำไปใช้ประโยชน์ โดยอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ใช้รายใหม่และรายเก่า ได้แก่ เพศชาย กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 20 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัด การกลัวถูกจับ และสภาพการเสพของผู้เข้ารับการบำบัด สำหรับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา อยู่ด้วยกัน ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก ยาบ้า สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก อยากลอง

ข้อเสนอแนะ

การใช้ยาเสพติด จำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือ ไม่ใช่การลงโทษ ควรมีการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์สุขภาพของชาติ เพื่อให้เด็กเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด มีภูมิคุ้มกัน ได้รับการป้องกันจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่และป้องกันการเสพซ้ำ โดยใช้แนวทางการจัดระเบียบสังคมและแก้ไขปัญหาเยาวชนกลุ่มเสี่ยง โดยเพิ่มความสำคัญไปที่บทบาทของครอบครัว ชุมชน รวมทั้งในสถานศึกษาและสถานที่ทำงาน

คำสำคัญ : ระบบสมัครใจ, ผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่และรายเก่า

บทนำ

สำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ในปี 2558 พบว่า มีประชากรอายุ 15-64 ปี ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 5.3 หรือประชากรทุก 20 คน จะใช้ยาเสพติดประมาณ 1 คน และมีเพียง 1 ใน 6 คน ที่เข้าถึงการบำบัดรักษาจากการติดยาเสพติด สำหรับประเทศไทย คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำรวจครัวเรือน ในปี 2559 พบว่า ประชากรใช้สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน และอนุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา[1]

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อประชาชน สังคม และการพัฒนาประเทศ ปัจจุบัน สถานการณ์ยาเสพติดหวนกลับมาเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มที่จะขยายตัว มีความรุนแรงมากขึ้น ใกล้เคียงกับระดับก่อนประกาศสงครามกับยาเสพติด เช่น ด้านการผลิต การค้า การนำเข้ายาเสพติด (Supply) แม้จะมีความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาค ด้านการข่าว การปราบปราม ในระดับปฏิบัติการ ด้านผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand) พบว่า ยังคงมีผู้เสพผู้ติดซึ่งเป็นตลาดรองรับยาเสพติดจำนวนมาก โดยเฉพาะ ในกลุ่มเด็กเยาวชน ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุลดลงทุกปี ด้านการแพร่ระบาด พบว่า ร้อยละ 87 เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ ผู้เสพส่วนใหญ่มากกว่า 1 ใน 4 มีอายุระหว่าง 20-24 ปี โดยมีอาชีพ รับจ้างมากที่สุด ร้อยละ37.5 ยาเสพติด ที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมา คือ กัญชา ไอซ์ และ พืชกระท่อม ตามลำดับ[1]

แผนยุทธศาสตร์การป้องและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558-2562 กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “สังคมไทยเข้มแข็งและรอดพ้นภัยยาเสพติด ด้วยภูมิคุ้มกันและมาตรการลดผู้ค้าและผู้เสพและความร่วมมือระหว่างประเทศด้านยาเสพติด” โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด มีเป้าหมายคือ สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กและเยาวชน และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ตลอดจนสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว ชุมชน เพื่อลดผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดรายใหม่[2]

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่า มีปัญหายาเสพติดในภาพรวมระดับปานกลาง พื้นที่ที่มีปัญหาการค้ายาเสพติดโดยพิจารณาจากผลการจับกุม ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอแม่ทา อำเภอลี้ และอำเภอป่าซาง ตามลำดับ การนำเข้ายาเสพติดส่วนใหญ่ลำเลียงผ่านและนำเข้าจากจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และ พะเยา เข้าสู่พื้นที่แหล่งพักยาในเขต อำเภอบ้านธิ อำเภอป่าซาง และอำเภอเมืองลำพูน ด้านตัวยาที่แพร่ระบาดมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า รองลงมา ได้แก่ กัญชา ฝิ่น สารระเหย ไอซ์ กระท่อม และเฮโรอีน ด้านการบำบัดรักษา มีผู้เสพผู้ติดยาเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบสูงกว่าเป้าหมาย ในปี 2557 และ 2558 สำหรับปี 2559 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบ ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 97.49) สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่า ระบบสมัครใจ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ระบบ

บังคับบำบัด และ ระบบต้องโทษ ร้อยละ 50.15, 36.87 และ 12.98 ตามลำดับ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ทุกระบบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ65.06, 68.00 และ 67.84 ตามลำดับ โดยผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมากกว่า รายเก่าเกือบ 3 เท่า คิดเป็นร้อยละ 71.96, 73.35 และ 71.05 ตามลำดับ[3]

การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดรายใหม่ การแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดตามมาตรฐานการบำบัดรักษา การติดตามช่วยเหลือเพื่อมิให้กลับไปเสพซ้ำ (รายเก่า) เป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องเชื่อมโยงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับทุกยุทธศาสตร์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องมีผลต่อคนทุกกลุ่มแต่ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลแตกต่างกันขึ้นกับอายุ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล[4] ผู้ศึกษาคาดว่าหากทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า อาจทำให้สามารถนำมาใช้ วางแผนการพัฒนาการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจังหวัดลำพูน ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า ระบบสมัครใจ จังหวัดลำพูน ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559

วัตถุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า ระบบสมัครใจ จังหวัดลำพูน โดยศึกษาจากระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.3) กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ต ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล ในพื้นที่ 8 อำเภอ ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสมัครใจ จากข้อมูลที่มีการบันทึกจากการซักประวัติผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติ ผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ และ รายเก่า ใช้สถิติ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ สำหรับคุณภาพของข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เป็นผู้ดูแลระบบระดับจังหวัด ทำหน้าที่ประสานและตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานการบันทึกข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพแบบบำบัดรักษา (บสต.3) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลตามแบบบำบัดรักษา (บสต.3) จำนวน 1,641 รายการ มีคุณภาพทุกรายการ คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยระบุนิยามศัพท์ตามเกณฑ์ของ สำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยรายใหม่ คือ เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งแรกไม่รวมที่เลิกเสพด้วยตนเอง

ผล

ส่วนที่ 1 การพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษา จังหวัดลำพูน

1.1 ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบ

ในระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559 ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบ จำนวน 2,973 คน พบว่า ระบบสมัครใจมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด จำนวน 1,491 คน รองลงมา ได้แก่ ระบบบังคับบำบัด และ ระบบต้องโทษ จำนวน 1,096 และ 386 คน ตามลำดับ ระบบสมัครใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ มีแนวโน้มลดลง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2557-2559

ปี	ระบบสมัครใจ		ระบบบังคับบำบัด		ระบบต้องโทษ		รวม
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
	N = 1,491		N = 1,096		N = 386		N =2,973
2557	542	(36.3)	574	(52.4)	149	(38.6)	1,265
2558	379	(25.5)	327	(29.8)	119	(30.8)	825
2559	570	(38.2)	195	(17.8)	118	(30.6)	883

ที่มา : บสต.3 ปีงบประมาณ 2557-2558 และ บสต.บำบัดรักษา ปีงบประมาณ 2559

1.2 ผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่และรายเก่า ระบบสมัครใจ

ระบบสมัครใจ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 1,491 คน โดยในปีงบประมาณ 2559 เข้ารับการบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 38.2) รองลงมา ได้แก่ ปีงบประมาณ 2557 และ 2558 (ร้อยละ 36.3 และ 25.5) เมื่อผู้ป่วยที่ใช้ ยาเสพติด เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล จะได้รับการคัดกรองจำแนกสถานะ เป็นผู้ป่วยรายเก่า และ ผู้ป่วยรายใหม่ โดยพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมากกว่าผู้ป่วยรายเก่า 2.6 เท่า (1,073 คน : 418 คน) ผู้ป่วยรายใหม่ มากกว่า รายเก่าทุกปี (รายใหม่ร้อยละ 72.0 ,73.2 และ 71.2 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอเมืองลำพูนมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดของจังหวัดทุกปี สำหรับข้อมูลรายอำเภอที่มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ใน 3 อันดับแรกในแต่ละปี เป็นดังนี้ ในปี 2557 ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอลี้ และอำเภอป่าซาง (ร้อยละ 32.1, 24.5 และ 13.5) ในปี 2558 ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอแม่ทา และ อำเภอบ้านโฮ่ง (ร้อยละ 34.7, 22.1 และ 12.9) ในปี 2559 ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอแม่ทา และ อำเภอลี้ (ร้อยละ 32.9, 18.3 และ 14.6) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ แยกตามรายใหม่ รายเก่า และแยกตามอำเภอ ของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจ จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2557–2559

ปี/อำเภอ	รายเก่า		รายใหม่		ทั้งหมด	
	N = 418		N = 1,073		N = 1,491	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
2557						
เมืองลำพูน	43	28.3	131	33.6	174	32.1
ลี้	20	13.2	113	29.0	133	24.5
ป่าซาง	23	15.1	50	12.8	73	13.5
บ้านโฮ่ง	22	14.5	31	7.9	53	9.8
แม่ทา	15	9.9	28	7.2	43	7.9
บ้านธิ	14	9.2	17	4.4	31	5.7
เวียงหนองล่อง	10	6.6	9	2.3	19	3.5
ทุ่งหัวช้าง	5	3.3	11	2.8	16	3.0
รวม	**152**	**28.0**	**390**	**72.0**	**542**	**36.3**
2558						
เมืองลำพูน	30	29.4	102	36.7	132	34.7
แม่ทา	26	25.5	58	20.9	84	22.1
บ้านโฮ่ง	8	7.8	41	14.7	49	12.9
ป่าซาง	12	11.8	21	7.6	33	8.7
ลี้	6	5.9	25	9.0	31	8.2
บ้านธิ	9	8.8	12	4.3	21	5.5
ทุ่งหัวช้าง	1	1.0	14	5.0	15	3.9
เวียงหนองล่อง	10	9.8	5	1.8	15	3.9
รวม	**102**	**26.8**	**278**	**73.2**	**380**	**25.5**
2559						
เมืองลำพูน	55	33.5	132	32.6	187	32.9
แม่ทา	32	19.5	72	17.8	104	18.3
ลี้	18	11.0	65	16.0	83	14.6
ป่าซาง	15	9.1	59	14.6	74	13.0
บ้านโฮ่ง	29	17.7	39	9.6	68	12.0
บ้านธิ	6	3.7	18	4.4	24	4.2
ทุ่งหัวช้าง	4	2.4	14	3.5	18	3.2
เวียงหนองล่อง	5	3.0	6	1.5	11	1.9
รวม	**164**	**28.8**	**405**	**71.2**	**569**	**38.2**

ที่มา : บสต.3 ปีงบประมาณ 2557-2558 และ บสต.บำบัดรักษา ปีงบประมาณ 2559

1.3 ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจ

ในระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 1,491 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.7) กลุ่มอายุที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุด ได้แก่ ต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 34.5) และ 21-30 ปี (ร้อยละ 33.1) มีอายุเฉลี่ย 25 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี และน้อยที่สุด 12 ปี ผู้ที่มีสถานภาพสมรส เป็นโสด เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 63.8) ในด้านการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ61.8) รองลงมา ได้แก่ ประถมศึกษา (ร้อยละ 25.3) โดยผู้นับถือศาสนาพุทธเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 99.7) ในด้านอาชีพ พบว่า อาชีพรับจ้าง เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด (63.5) รองลงมา ได้แก่ นักเรียนนักศึกษา (ร้อยละ 18) ในด้านรายได้ พบว่า ผู้มีรายได้ 5,001-10,000 บาท เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด (ร้อยละ 45.2) รองลงมา ได้แก่ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 38.2) และมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 10.5) โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,000 บาท มีรายได้มากที่สุด 50,000 บาท และต่ำสุด คือ เป็นผู้ไม่มีรายได้ ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 95.6) สำหรับช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก พบว่า ต่ำกว่า 20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 72.1) รองลงมา ได้แก่ 21-30 ปี (ร้อยละ 20.1) มีอายุเฉลี่ย 17 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี และน้อยที่สุด 10 ปี เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการรักษา พบว่า กลัวถูกจับ มากที่สุด (ร้อยละ 41.5) รองลงมา ได้แก่ อยากเลิก (ร้อยละ 26.4) โดยผลการจำแนกสภาพการเสพของ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เป็นผู้เสพมากที่สุด (ร้อยละ 75.8) รองลงมา ได้แก่ ผู้ติด (ร้อยละ 23.9) ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า ระบบสมัครใจ

จังหวัดลำพูน

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ในด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัด และการจำแนกสภาพการเสพ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัด และสภาพการเสพของผู้เข้ารับการบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดรายเก่าและรายใหม่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยรายเก่า พบในกลุ่มอายุ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.1) สำหรับ รายใหม่

พบในกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.3) สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ที่มีสถานะโสด เข้ารับการบำบัดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สมรส และหย่า ในด้านการศึกษา พบว่า มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ประถมศึกษา และอนุปริญญา การนับถือศาสนา ทั้งผู้ใช้ยาเสพติดรายเก่าและรายใหม่ นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด ในด้านอาชีพ พบว่า รับจ้าง เข้ารับการบำบัดมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ใช้ยาเสพติดรายเก่าและรายใหม่ พบว่า มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ น้อยกว่า 5,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดาในปัจจุบันของผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่และรายเก่า พบว่า อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ บิดา/มารดาเสียชีวิต และ หย่า/แยกกันอยู่ ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก มากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ยาบ้า โดยมีสาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ อยากลอง รองลงมา ได้แก่ เพื่อนชวน และ ช่วยงานอาชีพ/ทำให้หายป่วย ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ ต่ำกว่า 20 ปี รองลงมา ได้แก่ 21-30 ปี และ 31-40 ปี เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลัวถูกจับ ในผู้ใช้ยาเสพติดรายเก่า รองลงมา ได้แก่ อยากเลิก, บังคับบำบัดตาม พรบ./ต้องโทษ และ บ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานบังคับหรือขอร้อง ในขณะที่ รายใหม่ รองลงมาได้แก่ อยากเลิก บ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานบังคับหรือขอร้อง และบังคับบำบัดตาม พรบ./ต้องโทษ สำหรับผลการจำแนกสภาพการเสพ ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด พบว่า เป็นผู้เสพ มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ผู้ติด และผู้ติดอย่างรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาระบบสมัครใจ และค่า Chi square และ Fisher's Exact แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการรักษารายใหม่และรายเก่า จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2557–2559

ข้อมูลส่วนบุคคล	รายเก่า N = 418		รายใหม่ N = 1,073		รวม	ร้อยละ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							Fisher's exact Test
ชาย	404	96.7	1,008	93.9	1,412	94.7	
หญิง	14	3.3	65	6.1	79	5.3	P = 0.039*
อายุ							
ต่ำกว่า 20 ปี	114	27.3	400	37.3	514	34.5	Pearson Chi–square P = 0.004*
21 – 30 ปี	151	36.1	342	31.9	493	33.1	
31 – 40 ปี	111	26.6	221	20.6	332	22.3	
41 – 50 ปี	28	6.7	75	7.0	103	6.9	
51 ปีขึ้นไป	14	3.3	35	3.3	49	3.3	
อายุเฉลี่ย 25.00±10.35, Max/ Min = 84/12 ปี							

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาระบบสมัครใจ และค่า Chi square และ Fisher's Exact แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการรักษารายใหม่และรายเก่า จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2557–2559 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รายเก่า N = 418		รายใหม่ N = 1,073		รวม	ร้อยละ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส							
โสด	260	62.2	692	64.5	952	63.8	Pearson
สมรส	125	29.9	318	29.6	443	29.7	Chi–square
หย่า	25	6.0	36	3.4	61	4.1	P = 0.186
แยกกันอยู่	5	1.2	20	1.9	25	1.7	
หม้าย	3	0.7	7	0.7	10	0.7	
การศึกษา							
มัธยมศึกษา	284	67.9	637	59.4	36	2.4	Pearson
ประถมศึกษา	97	23.2	280	26.1	377	25.3	Chi–square
อนุปริญญา	35	8.4	111	10.3	921	61.8	P = 0.001*
ไม่ได้ศึกษา	2	0.5	34	3.2	146	9.8	
ปริญญาตรี	0	0.0	11	1.0	11	0.7	
ศาสนา							
พุทธ	148	100.0	1,068	99.5	1,486	99.7	Pearson
คริสต์	0	0.0	3	0.3	3	0.2	Chi–square
อิสลาม	0	0.0	2	0.2	2	0.1	P = 0.001*
อาชีพ							
รับจ้าง	284	67.9	663	61.8	947	63.5	Pearson
นักเรียน/นักศึกษา	44	10.5	224	20.9	268	18.0	Chi–square
ว่างงาน	39	9.3	62	5.8	120	8.0	P = 0.000*
เกษตรกร	31	7.4	89	8.3	101	6.8	
ค้าขาย	20	4.8	35	3.3	55	3.7	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)							
ไม่มีรายได้	36	8.6	55	5.1	91	6.1	Pearson
น้อยกว่า 5,000	140	33.5	430	40.1	570	38.2	Chi–square
5,001-10,000	203	48.6	471	43.9	674	45.2	P = 0.009
มากกว่า 10,000	39	9.3	117	10.9	156	10.5	
รายได้เฉลี่ย 6,000.00±4,477.74, Max/ Min = 50,000/ไม่มีรายได้							
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน							
อยู่ด้วยกัน	226	54.1	609	56.8	835	56.0	Pearson
บิดา/มารดาเสียชีวิต	124	29.7	257	24.0	381	25.6	Chi–square
หย่า/แยกกันอยู่	68	16.3	207	19.3	275	18.4	P = 0.058

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาระบบสมัครใจ และค่า Chi square และ Fisher's Exact แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการรักษารายใหม่และรายเก่า จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2557–2559 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รายเก่า N = 418		รายใหม่ N = 1,073		รวม	ร้อยละ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก							
ยาบ้า	395	94.5	1,030	96.0	1,425	95.6	Pearson
กัญชา	17	4.1	34	3.2	51	3.4	Chi–square
สารระเหย	4	1.0	5	0.5	9	0.6	P = 0.779
ฝิ่น/เฮโรอีน	1	0.2	2	0.2	3	0.2	
ไอซ์	1	0.2	2	0.2	3	0.2	
สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก							
อยากลอง	206	49.3	471	43.9	677	45.4	Pearson
เพื่อนชวน	170	40.7	436	40.6	606	40.6	Chi–square
ช่วยงานอาชีพ/ทำให้หายป่วย	23	5.5	99	9.2	122	8.2	P = 0.073
ความสนุกสนาน	10	2.4	35	3.3	45	3.1	
ไม่สบายใจ/อื่น ๆ	9	2.2	32	3.0	41	2.7	
ใช้สารเสพติดครั้งแรกอายุ							
ต่ำกว่า 20 ปี	346	82.8	729	67.9	1,075	72.1	Pearson
21 – 30 ปี	55	13.2	244	22.7	299	20.1	Chi–square
31 – 40 ปี	11	2.6	58	5.4	69	4.6	P = 0.000*
41 – 50 ปี	4	1.0	30	2.8	34	2.3	
51 ปีขึ้นไป	2	0.5	12	1.1	14	0.9	
อายุเฉลี่ย 17.00±7.87, Max/ Min = 84/10 ปี							
เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการรักษาครั้งนี้							
กลัวถูกจับ	183	43.8	436	40.6	619	41.5	Pearson
อยากเลิก	98	23.4	296	27.6	394	26.4	Chi–square
บังคับบำบัดตาม พรบ./ต้องโทษ	92	22.0	151	14.1	243	16.3	P =.000*
บ้าน/รร./ที่ทำงานบังคับ/ขอร้อง	41	18.6	179	16.7	220	14.8	
สุขภาพไม่ดี/มีปัญหาทางจิต	4	1.0	11	1.0	15	1.0	
ผลการจำแนกผู้ที่เข้ารับการบำบัด							
ผู้เสพ	227	54.3	903	84.2	1,130	75.8	Pearson
ผู้ติด	189	45.2	167	15.6	356	23.9	Chi–square
ผู้ติดอย่างรุนแรง	2	0.5	3	0.3	5	0.3	P =.000*

ที่มา : บสต.3 ปีงบประมาณ 2557-2558 และ บสต.บำบัดรักษา ปีงบประมาณ 2559

วิจารณ์

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ใช้เป็นฐานข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ นำเข้าผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ตแบบออนไลน์ ถือว่าเป็นส่วนสำคัญต่อการบริหารขับเคลื่อนงานและกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด[5] จากการศึกษา พบว่า ในปี 2558 ผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจต่ำกว่าปี 2557 เนื่องจาก แผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศ ประจำปี 2558 เน้นการปรับปรุงคุณภาพและเพิ่มโอกาส ในการเข้ารับการบำบัดรักษาในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการเปลี่ยนแปลงการบันทึกข้อมูลผู้ที่เข้าบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระบบสมัครใจในระบบรายงาน บสต. เป็น ระบบสมัครใจ ในระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (NISPA : Narcotics Information System for Province Agency) และในปี 2559 มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการกำหนดเป้าหมายให้จังหวัดนำผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจตามประกาศ คสช.ที่ 108/2557 ที่ให้โอกาสเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจได้ไม่เกิน 5 ครั้ง[6] ในระหว่างปี 2557-2559 ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็น รายใหม่ มากกว่า รายเก่า 2.6 เท่า โดยกระจายในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอแม่ทา อำเภอลี้ ป่าซาง และบ้านโฮ่ง

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่และรายเก่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก เหตุผลสำคัญ ที่เข้ารับการบำบัด และสภาพการเสพของผู้เข้ารับการบำบัด ในด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยรายเก่า พบในกลุ่มอายุ 21-30 ปี มากที่สุด สำหรับ รายใหม่ พบในกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 20 ปี มากที่สุด ซึ่งเป็นช่วงอายุที่รัฐบาลให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน อายุ 15-29 ปี ที่เป็นอนาคตของชาติ และเป็นกลุ่มที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเสพ/ใช้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 60 ของผู้เสพติด[7] โดยจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์กับพื้นที่ที่มีการจับกุมและแพร่ระบาดยาเสพติด ประกอบกับจังหวัดลำพูน เป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ และสวนเกษตรอุตสาหกรรมเครือสหพัฒน์ ทำให้มีการจ้างงานไม่น้อยกว่า 70,000 คน ที่เป็นประชากรวัยทำงาน ส่งผลต่อโอกาสที่มากขึ้นต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติด เชื่อมโยงกับปัญหา ยาเสพติดที่สำคัญ 3 ลักษณะ ของจังหวัดลำพูน คือ 1) เป็นพื้นที่ลำเลียงผ่านยาเสพติด 2) เป็นพื้นที่พักยา ที่พักอาศัยเชิงพาณิชย์ บ้านเช่า หอพัก 3) เป็นพื้นที่ค้าและแพร่ระบาด[8] ในด้านการศึกษาของผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด เนื่องจากเป็นระดับการศึกษาภาคบังคับ ตาม พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545 สอดคล้องกับการศึกษาของ พนม จอมอินตา ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ จังหวัดลำปาง ปี 2553-2555

พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาระบบสมัครใจ มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 44.26[9] การนับถือศาสนา พบว่า นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด เพราะเป็นศาสนาประจำชาติ และประชากรจังหวัดลำพูนรวมทั้งภาคเหนือส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในด้านอาชีพ พบว่า รับจ้าง เข้ารับการบำบัดมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา สำหรับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ น้อยกว่า 5,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท จะเห็นได้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีอาชีพ และ ผู้มีรายได้ การเข้าถึงยาเสพติดอาจได้รับการสนับสนุนทางอ้อม จากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน ของผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่และรายเก่า อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ บิดา/มารดาเสียชีวิต และ หย่า/แยกกันอยู่ แสดงให้เห็นว่า ในครอบครัว ยังขาดการดูแลใส่ใจอย่างใกล้ชิด หรือ มีช่องว่างบางอย่างที่ทำให้ลูกเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เชื่อมโยงกับการศึกษาของ ชุติมา พัฒราช ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับ เจตคติต่อการใช้ยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่า ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับเจตคติต่อการใช้ยาเสพติดของนักเรียนโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง สภาพแวดล้อมทางบ้าน10 และ กนกรัตน์ แจ่มวัฏกูล ได้ทำการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่มีต่อการเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งในครอบครัว การมีส่วนร่วมในครอบครัว การควบคุมดูแลของบิดามารดาและการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน[11] อินทร์ทิพย์ อินทรสุข และคณะ ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ พบว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในกลุ่มเสพซ้ำ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยระดับมากได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านสัมพันธภาพ ด้านการแก้ปัญหาและด้านการปฏิบัติหน้าที่[12] จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญกับปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ และลดโอกาสการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดซ้ำ (รายเก่า) และสัมพันธ์กับการศึกษาของ ธนิดา หิรัญเทพและคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ปี 2551-2552 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพซ้ำ ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ และสัมพันธภาพในชุมชนที่มีการยอมรับช่วยเหลือ[13]

ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า เนื่องจากเป็นตัวยาที่แพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศ รวมทั้งมีการลักลอบลำเลียงจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาจำหน่ายในประเทศ โดยในปี 2552 กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม รายงานว่า มีการใช้เมทแอมเฟตามีนมากขึ้น และมีการยึดเมทแอมเฟตามีน เพิ่มขึ้นจาก 34 ตัน ในปี 2552 เป็น 88 ตัน ในปี 2556 และถูกจัดให้เป็น 1 ใน 3 ของยาเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[5] สาเหตุสำคัญ

ที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ อยากลอง รองลงมาได้แก่ เพื่อนชวน และ ช่วยงานอาชีพ/ทำให้หายป่วย ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด ได้แก่ ต่ำกว่า 20 ปี และ 31-40 ปี จะเห็นได้ว่า วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่จะเป็นผู้ใหญ่และเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ในขณะที่สมองวัยรุ่นอยู่ในช่วงปรับเปลี่ยนทำให้เป็นช่วงเวลาเสี่ยงสำคัญที่อาจมีการตัดสินใจผิดพลาดหรือไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย[14] เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลัวถูกจับ ในผู้ป่วยรายเก่า รองลงมา ได้แก่ อยากเลิก บังคับบำบัดตาม พรบ./ต้องโทษ และบ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานบังคับหรือขอร้อง ในขณะที่รายใหม่ รองลงมาได้แก่ อยากเลิก บ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานบังคับหรือขอร้อง และบังคับบำบัดตาม พรบ./ต้องโทษ จะเห็นได้ว่าการเข้ารับการบำบัดมีความเชื่อมโยงทางด้านกฎหมาย เพื่อน ครอบครัว และชุมชนแวดล้อม ทั้งในโรงเรียน สถานที่ทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันสารเสพติดแอมเฟตามีน ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ของ จิราภรณ์ ลิ่มนิจสรกุล พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงมากที่สุด คือ กลุ่มเพื่อน รองลงมา คือชุมชน ครอบครัว และโรงเรียน ตามลำดับ[15] และการศึกษาของ จรูญศรี โคมพุทธาและชัยภัทร ธีรชาญไชย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบกำหนด ของผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจ จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่า เหตุผลในการเข้ารับการรักษา เนื่องจากกลัวถูกจับ มากที่สุด ร้อยละ 94.7 และกลุ่มนี้มีผลการบำบัดรักษาครบกำหนดสูงกว่าสาเหตุอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า รูปแบบการเฝ้าระวังจากฝ่ายปกครอง และตำรวจ มีผลต่อการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา[16] สำหรับผลการจำแนกสภาพการเสพผู้ที่เข้ารับการบำบัด พบว่า เป็นผู้เสพ มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้ติด และผู้ติดอย่างรุนแรง ซึ่งตามเกณฑ์ นิยามของผู้เสพ คือผู้ใช้ยา/สารเสพติดเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ใช้แล้วพบปัญหาแต่ยังคงใช้ยา หรือหยุดแล้วไม่มีอาการถอนยา /อยากยา

สรุปและข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย การใช้ยาเสพติด มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน และต้องสร้างความเข้าใจบนพื้นฐานที่ว่า การติดสารเสพติดเป็นโรคทางสมองที่เรื้อรัง กลับป่วยซ้ำได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือ ไม่ใช่การลงโทษ ควรมีการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์สุขภาพของชาติ เพื่อให้เด็กเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด มีภูมิคุ้มกัน ได้รับการป้องกันจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

เชิงปฏิบัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่ และป้องกันการเสพซ้ำ โดยใช้แนวทางการจัดระเบียบสังคมและแก้ไขปัญหาเยาวชนกลุ่มเสี่ยง โดยเพิ่มความสำคัญไปที่บทบาทของครอบครัว ชุมชน รวมทั้งในสถานศึกษาและสถานที่ทำงาน

เชิงวิชาการ การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเดียว ในโอกาสต่อไปควรเพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Sub group analysis) เพื่อให้การแปลความหมายและการวิเคราะห์ข้อมูลมีลักษณะที่ถูกต้องและครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขายาเสพติด. บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.
2. สำนักงาน ป.ป.ส.กระทรวงยุติธรรม. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ป.ป.ส.; 2558.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. สรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูประจำปี 2557-2259. ระบบ รายงาน บสต. ปีงบประมาณ 2557-2559 และรายงานการประชุมคณะกรรมการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2257-2559.
4. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.). การป้องกันการใช้สารเสพติดในเด็กและวัยรุ่น. วนิดาการพิมพ์; 2556.
5. สำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.); 2559.
6. ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557. การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู.;21 กรกฎาคม พ.ศ. 2557.
7. สำนักงาน ป.ป.ส.กระทรวงยุติธรรม. แผนประชารัฐร่วมใจสร้างหมู่ชุมชนมั่นคงปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2559-2560.
8. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราบยาเสพติดจังหวัดลำพูน.สรุปผลงานประจำปี 2557.
9. พนม จอมอินตา.การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ จังหวัดลำปาง ปี 2553-2555. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง; 2556.
10. ชุติมา พัฒราช. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับเจตคติต่อการใช้ยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2546.
11. กนกรัตน์ แจ่มวัฏกูล. การศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่มีต่อการเสพยาบ้าของเด็กและเยาวชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2545.
12. อินทร์ทิพย์ อินทรสุข และคณะ. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดในกลุ่มเสพซ้ำ. วารสารวิชาการเสพติด. 2556; 1(1): 32-43.
13. ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ.การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดปี 2551-2552 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556; 58(2): 157-164.
14. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.).มาตรฐานสากลในการป้องกันการใช้สารเสพติด. วนิดาการพิมพ์; 2556.
15. จิราภรณ์ ลิ่มนิจสรกุล.ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการเสพติดสารแอมเฟตามีนในวัยรุ่น. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2546.
16. จรูญศรี โคมพุดซาและ ชัยภัทร ธีรชาญไชย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบกำหนดของผู้ใช้สารเสพติดในระบบสมัครใจ จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2555-2556.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2556

นิพนธ์ต้นฉบับ

แรงจูงใจของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

พจนีย์ เพชรากูล พย.บ.*, มณฑิรา เมธา พย.บ.*,
ชนกพร อุตตะมะ พย.ม., เยาวเรศ ทองใส พย.บ.***
* โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
** โรงพยาบาลนครพิงค์

Abstract The Motivation of Opioid Dependence Patients to retention Treatment at Thanyarak Chiangmai Hospital

Petcharakul P.* , Metha M.* , Uttama C.**, Thongsai Y*.

*Thanyarak Chiangmai Hospital

**Nakornping Hospital

The objective of this descriptive research were 1) study level of motivation 2) intrinsic motivation and extrinsic motivation and 3) relationship between motivation and retention in treatment system of opioid patients at Thanyarak Chiangmai Hospital. The sample consisted of 167 opioid patients who received Methadone Maintenance Therapy at Famai clinic, Thanyarak Chiangmai Hospital. Research instruments were 2 sets, The 1st was Motivation questionnaire which comprised of: 1) Demographic questionnaire 2) Substance and treatment questionnaire 3) Motivation questionnaire and the 2nd was the structural interview about intrinsic and extrinsic motivation to retention in system treatment. They were verified for content validity

by 3 professional experts. The reliability of motivation questionnaire was report by Cronbach's alpha coefficient as of .701. Data were analyzed using descriptive statistic, Pearson's product moment correlation coefficient and content analysis.

The findings of this research as follow:

1. Motivation of opioid patients was high level (mean = 3.51).

2. Intrinsic motivation of opioid patients to retention in system treatment were : 1) to have a better life 2) build acceptance from others 3) be a role model to others and 4) to live in a society with other people. Extrinsic motivation were: family and Therapist, methadone, community and career.

3. Relationship between motivation and retention in system treatment found that maintenance stage was statistically significant at p-value = .05. Nevertheless, total motivation, pre-contemplation stage, contemplation stage and action stage did not related to retention in system treatment.

Keywords : motivation, opioid patients, retention

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของแรงจูงใจ แรงจูงใจภายในและภายนอกที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่น ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่คลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จำนวน 167 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามแรงจูงใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษา และส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจ นำไปหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .701 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง (Structural interview) เกี่ยวกับแรงจูงใจภายนอกและแรงจูงใจภายในต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นมีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.51)

2. แรงจูงใจภายในที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ได้แก่ 1) เพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น 2) สร้างการยอมรับจากผู้อื่น 3) เป็นตัวอย่าง (role model) ให้กับผู้อื่น และ 4) ต้องการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่นได้ ส่วนแรงจูงใจภายนอก ประกอบด้วย แรงจูงใจจากบุคคล ได้แก่ ครอบครัว และผู้บำบัด จากยาเมทาโดน จากชุมชน และการประกอบอาชีพ มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

3. แรงจูงใจขั้นการกระทำต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนแรงจูงใจโดยรวม แรงจูงใจขั้นการไม่สนใจปัญหา ขั้นการลังเลใจ และขั้นการลงมือกระทำมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : แรงจูงใจ, ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น, การคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

บทนำ

ยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ชนิดของยาเสพติดในกลุ่มนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ เฮโรอีน ฝิ่น และโคเดอีน พบการแพร่ระบาดมากในภาคเหนือตอนบน กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ตอนล่าง[1] ปัจจุบันยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น เริ่มมีแนวโน้มการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่[2] ปี พ.ศ. 2559–2561 มีจำนวนสูงขึ้น คือ 749, 1,106 และ 1,182 ราย ตามลำดับ ในประเทศไทยการเสพติดสารกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นพบทั้งวิธีการรับประทาน การสูบ และการฉีด สำหรับวิธีการฉีดโดยใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกันทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีระหว่างผู้ฉีดยาเสพติด ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น เกิดโรคร่วมอื่น ๆ เช่น วัณโรคปอด เนื่องจากร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดลง และส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้านการบำบัดรักษา โดยให้ถือว่าผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา และได้กำหนดให้นำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดในระบบที่เหมาะสมทุกระบบให้ได้มากที่สุด รวมทั้งกำหนดให้ติดตามดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติ ป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำ

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นจะให้ยาทดแทน คือ เมทาโดน (methadone) ซึ่งเป็นยาลำดับแรก (drug of choice) ที่นิยมใช้มากที่สุด ทั้งรูปแบบการถอนพิษ (detoxification)

และการให้ระยะยาว (maintenance) เพื่อควบคุมอาการขาดยา การให้เมทาโดนระยะยาวเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดได้รับการยอมรับในระดับสากลและต้องดำเนินการควบคู่กับมาตรการลดอันตรายอื่น ๆ (harm reduction) เพื่อช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดที่ยังเลิกไม่ได้ สามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด โดยสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าร้อยละ 50 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มนี้จะมีรูปแบบและลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ เนื่องจากเป็นลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อความเบี่ยงเบนในหลาย ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้วยเหตุนี้การบำบัดรักษาจึงต้องมีการบูรณาการให้ครอบคลุมตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น คือ การช่วยให้หยุดใช้ยาเสพติด ปรับเปลี่ยนความคิด ค่านิยม ความเชื่อ และพัฒนาพฤติกรรม จิตใจ อารมณ์ และสังคมให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติดอีกต่อไป[3] ซึ่งต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วยเองและแรงจูงใจจากภายนอกที่จะเป็นพลังผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ยั่งยืนถาวรได้[4]

แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญในการเลิกเสพยาและสารเสพติด การมีแรงจูงใจที่ดีระหว่างการบำบัดรักษา จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการเลิกยาและการมีพฤติกรรมเลิกเสพยาและสารเสพติดได้อย่างถาวร[5] มีการศึกษาพบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง และส่งผลให้มีการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาจนกระทั่งถึงระดับฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] ผู้ป่วยที่รับยาเมทาโดนสามารถคงอยู่ในการรักษาได้มากกว่า 60 วันจะมีแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ออกจากการรักษาก่อนกำหนด[7] สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินแรงจูงใจในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่รับการรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ในปี 2559[2] พบว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายครบเกณฑ์กำหนดมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ถึงร้อยละ 61.48 รองลงมาคือ ขั้นการตัดสินใจ (determinant) ร้อยละ 26.65 อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา 1 ปี ในปี พ.ศ. 2559–2561 คือ ร้อยละ 23.27, 10.93 และ 29.29 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่บอกเลิกการบำบัดรักษาก่อนกำหนดส่วนใหญ่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) ถึงร้อยละ 48.65 รองลงมาคือ ขั้นลังเลใจ (contemplation) ร้อยละ 41.89 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาแรงจูงใจของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นซึ่งเป็นสภาวะที่ซับซ้อนในการเสพติดทั้งทางร่างกายและทางจิตใจที่จะสร้างชีวิตที่ดีและห่างไกลจากการเสพติด

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ทีมผู้บำบัดสามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด ให้การรักษาที่สอดคล้องกับระดับแรงจูงใจ ลดโอกาสการต่อต้านการรักษาของผู้ป่วย ผู้ศึกษา

ในฐานะผู้บริหารการพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่เข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว อะไรเป็นแรงจูงใจภายใน ภายนอกที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา เพื่อจะได้นำข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นแรงจูงใจของผู้ป่วยมาพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นให้มีประสิทธิภาพต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา 1) ระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา 2) แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

คำนิยามศัพท์

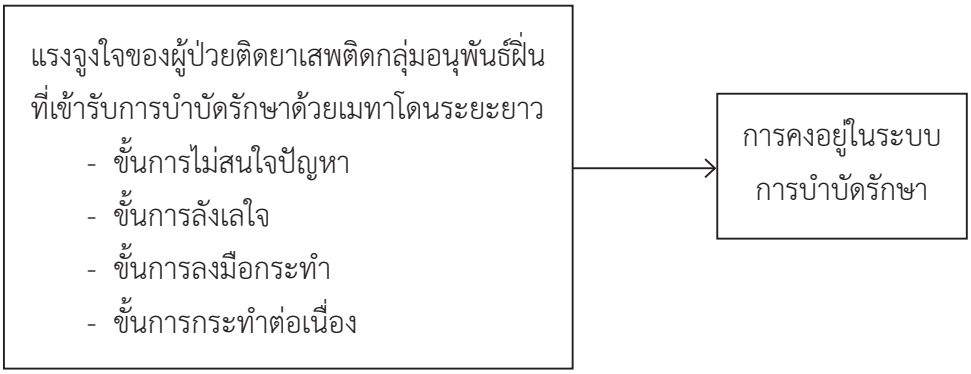
ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น หมายถึง ผู้ที่ติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ได้แก่ เฮโรอีน ฝิ่น โคเดอีน และเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดนระยะยาวในคลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

แรงจูงใจภายใน หมายถึง สภาวะของผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่มีความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความตั้งใจ และความพยายามที่จะเรียนรู้และกระทำเพื่อให้ตนเองยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

แรงจูงใจภายนอก หมายถึง สภาวะ สิ่งแวดล้อม บุคคล ชุมชน และสิ่งเร้าภายนอกของผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่มีผลต่อความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ความตั้งใจ และความพยายามที่จะเรียนรู้และกระทำเพื่อให้ตนเองยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

การคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวเพื่อลด ละ เลิกการเสพยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นในคลินิกฟ้าใหม่ และยังคงมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย (research design) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว แบบผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจ ที่คลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ซึ่งในปี 2561 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวจำนวน 635 คน เป็นผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 112 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว แบบผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่คลินิกฟ้าใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรค่าสัดส่วน[8]

$$n = \frac{N Z^2 P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z^2 P(1-P)}$$

โดย P = สัดส่วนของผู้ป่วยที่ยังคงรักษาอยู่ในระบบเป็นเวลา 1 ปี ร้อยละ 17.64

d = ขนาดของความแตกต่างของสัดส่วนที่ประมาณได้กับสัดส่วนที่แท้จริงกำหนดให้เท่ากับ 5%

แทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว แบบผู้ป่วยนอก และยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น โรคซึมเศร้ารุนแรง โรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการกำเริบหนัก โรคทางสมอง โรคลมชัก เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามแรงจูงใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นการเติมคำในช่องว่างและให้เลือกตอบ มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย อาชีพ รายได้ สถานะภาพการครองเรือนของบิดามารดา ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษา มีลักษณะเป็นการเติมคำในช่องว่างและให้เลือกตอบ ประกอบด้วย สาเหตุของการเข้ารักษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และระยะเวลาในการอยู่รับการบำบัด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจ ใช้แบบสอบถามมาตรวัดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของกัณณิกา สิทธิพงษ์[7] ซึ่งแปลจาก The University of Rhode Island Change Assessment (URICA) เป็นข้อความเชิงรายงานตนเองที่เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่การบำบัดรักษา ลักษณะข้อความจะเกี่ยวกับ “ปัญหา” และ“การเปลี่ยนแปลง” ของผู้ป่วย

มีจำนวน 32 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การไม่สนใจปัญหา การลังเลใจ การลงมือกระทำ และการกระทำต่อเนื่อง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลความหมายค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีแรงจูงใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 แรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 แรงจูงใจอยู่ในระดับมากที่สุด ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structural interview) เกี่ยวกับแรงจูงใจภายนอกและภายในต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากเนื้อหาแรงจูงใจในการเลิกยาในคู่มือกลุ่มทักษะป้องกันการกลับไปติดซ้ำ[5] ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโอปิออยด์ จำนวน 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับภาษาและข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างให้สละสลวย เข้าใจง่ายขึ้น หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.701

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัยส่งขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งได้รับการรับรองเลขที่ 47/2562

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกฟ้าใหม่ ซึ่งเป็นหน่วยงานให้การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ อธิบายรายละเอียดในการวิจัยและขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (inform consent) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามแรงจูงใจในห้องที่เป็นสัดส่วน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทันทีที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการจนครบจำนวน 167 คน

4. ส่วนการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ตามประเด็นที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงจูงใจ

ภายนอกและแรงจูงใจภายในต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกับที่ตอบแบบสอบถามที่สมัครใจยินยอมและมีเวลาให้ในการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตอัดเทป ในระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์จะผสมผสานเทคนิคการสะท้อนกลับ คือ การถามย้อนกลับ การยกตัวอย่าง เพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถขจัดความลำเอียงในการสรุปผล จนกระทั่งได้ข้อมูลที่อิ่มตัวกับผู้ป่วยจำนวน 10 คน

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาลงรหัส (coding) และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

6. ส่วนแบบสัมภาษณ์ดำเนินการถอดเทปทุกคำพูดและวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและระดับแรงจูงใจวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard dieviation)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 82.63 อายุเฉลี่ย 42 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 31.1 ส่วนผู้ที่ได้รับการศึกษาจะจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดร้อยละ 21.56 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่จะสมรสและอยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยาถึงร้อยละ 67.7 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 62.87 รองลงมาเป็นค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 14.37 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มากที่สุดร้อยละ 56.29 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงรายร้อยละ 22.75 ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 61.68 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบิดาและมารดาร้อยละ 14.97 สถานภาพการครองเรือนของบิดามารดานั้นส่วนใหญ่บิดามารดายังอยู่ด้วยกันร้อยละ 37.73 รองลงมาบิดาถึงแก่กรรมร้อยละ 24.0 และมีรายได้เฉลี่ย 12968.86 ± 24188.51 บาท

2. ข้อมูลการใช้ยาเสพติด

ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 24 เดือน (2 ปี) เข้ารับการบำบัดเฉลี่ย 2 ± 1.81 ครั้ง โดยเหตุผลของการเข้ารับการบำบัดครั้งนี้ คือ เพื่ออนาคตที่ดีมากที่สุดร้อยละ 58.68 รองลงมาคือ มีสุขภาพทรุดโทรมร้อยละ 35.92 ระยะเวลาที่คงอยู่ในการบำบัดรักษาเฉลี่ย 24.65 เดือน

3. ข้อมูลพื้นฐานของแรงจูงใจ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับแรงจูงใจ
ขั้นการไม่สนใจปัญหา	1.80	.44	น้อย
ขั้นการลังเลใจ	4.34	.40	มาก
ขั้นการลงมือกระทำ	4.36	.39	มาก
ขั้นการกระทำต่อเนื่อง	3.53	.29	มาก
โดยรวม	3.51	.21	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธุ์ฝิ่นมีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.51) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่แรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำมากที่สุด รองลงมา คือ ขั้นการลังเลใจ (contemplation) ส่วนขั้นการไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ตอนที่ 2 แรงจูงใจของการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน สรุปผลได้ดังนี้

2.1 แรงจูงใจภายใน

2.1.1 เพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถเลิกเสพยาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าช่วงที่ติดยา จึงมีความมุ่งมั่น อดทน และตั้งใจที่จะเลิกเสพยาตลอดไป

“ผมลงทุนเลิกเฮโรอีนมานานแล้ว ทำไมผมต้องกลับไปใช้มันอีก ถ้าผมกลับไปใช้มันอีก ผมต้องไปติดวังวนเดิม แล้วชีวิตผมจะต้องพังทลาย” (case ที่ 1 นาน 77 เดือน)

2.1.2 สร้างการยอมรับจากผู้อื่น

จากการที่ผู้ป่วยยังคงมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และเลิกเสพยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง สามารถพูดคุยหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยความมั่นใจ ไม่ต้องคอยระแวงหรือเกรงว่าจะมีคนคอยสังเกตพฤติกรรมของตนเองว่ายังคงมีการใช้ยาเสพติดอยู่หรือไม่ เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วยจากผู้อื่น

“มันทำให้ผมทำงานได้อย่างมั่นใจ ไม่ต้องหวาดระแวงว่า ใครจะมาสังเกตว่าผมติดยาเสพติด สังคมที่ผมทำงานด้วย ก็ไว้วางใจ พูดคุยกับผมอย่างเชื่อมั่นในตัวผม” (case ที่ 1 นาน 77 เดือน)

2.1.3 เป็นตัวอย่าง (Role model) ให้กับผู้อื่น

จากการที่ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ จึงทำให้เขาคิดจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ใช้ยาด้วยกัน ให้เห็นว่าการเข้าสู่ระบบการบำบัดสามารถทำให้เลิกยาเสพติดได้

“ยาเมทาโดนมันช่วยผมได้ครับ ทำให้ผมได้มีแรงทำงาน ได้เป็นตัวอย่างที่ดีกับเพื่อน พี่ น้อง ผู้ใช้ยาด้วยกัน” (case ที่ 2 นาน 34 เดือน)

2.1.4 ต้องการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาอีกประการหนึ่งคือการอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ ได้รับการยอมรับเฉกเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

"ไม่อยากติดยาเสพติดไปจนตาย อยากเป็นเหมือนคนธรรมดาที่เขาไม่ไปติดยา สามารถอยู่ร่วมกับสังคมเหมือนคนอื่นเขา" (case ที่ 3 นาน 52 เดือน)

2.2 แรงจูงใจภายนอก

2.2.1 แรงจูงใจจากบุคคล

2.2.1.1 ครอบครัว

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญกับผู้ติดยาเสพติด จากการสัมภาษณ์มีเหตุผล 4 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา ดังนี้

1) ได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากคำพูดที่เป็นการแสดงความชื่นชม ยินดีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดี หรือการกระทำจากสมาชิกในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่เข้มแข็งขึ้น จึงตัดสินใจที่จะเลิกเสพยาและมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

"มีบุคคลที่เกี่ยวข้อง 3 คน คือ มีพ่อ พี่ชายและภรรยา ที่คอยเป็นกำลังใจให้ผมมาโดยตลอด" (case ที่ 1 นาน 77 เดือน)

2) ไม่ต้องการให้ครอบครัวเสียใจ

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว ได้ทบทวนถึงเหตุการณ์ครั้งที่บิดามารดาทราบว่าตนเองติดยาเสพติด จึงรู้สึกเสียใจมากและร้องไห้ออกมา และโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง โดยมิได้กล่าวโทษบุตร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่ทำให้บิดามารดาเสียใจ จึงตั้งใจว่าจะไม่กลับไปเสพยาเพื่อไม่ให้บิดามารดาเสียใจซ้ำอีก

"ผมสงสารแม่มาก ตอนที่แม่รู้ว่าผมติดเฮโรอีน แม่เสียใจมากร้องไห้ และโทษตัวเองว่าดูแลลูกตัวเองไม่ได้ ได้แต่ไปดูแลลูกคนอื่น พ่อเสียใจมากเช่นกัน พ่อบอกว่าได้แต่พร่ำสอนคนอื่นมาตลอด ทั้งพ่อและแม่โทษตัวเอง" (case ที่ 5 นาน 33 เดือน)

3) ต้องการให้ครอบครัวมีความภาคภูมิใจในตัวของผู้ป่วย

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ประกอบกับมีบุคคลในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจ ให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกซาบซึ้งต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและยินยอมมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบครัวได้เกิดความภาคภูมิใจในตัวผู้ป่วย

"ผมต้องการให้พ่อ พี่ชาย และภรรยา ได้ภาคภูมิใจในตัวผม" (case ที่ 1 นาน 77 เดือน)

4) เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุตร

ผู้ป่วยมีครอบครัว มีบุตร เกรงว่าหากตนเองยังไม่เลิกเสพยา บุตรอาจถูกเพื่อนล้อเลียนได้ว่ามีบิดาเป็นคนติดยา และจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของบุตร จึงตัดสินใจยังคงอยู่ในระบบการบำบัดและเลิกเสพยาเพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีกับบุตรได้

"ลูกก็กำลังเรียนหนังสือ กลัวเขาอายเพื่อน ๆ เดี๋ยวเพื่อนล้อว่ามีพ่อเป็นขี้ยา" (case ที่ 8 นาน 12 เดือน)

5) มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลิกเสพยาและเข้าสู่การบำบัดทำให้ปัญหาในครอบครัวลดน้อยลงไป ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีความไว้วางใจกัน กลับกลายมาเป็นครอบครัวที่มีความสุขดังเดิม จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะคงอยู่ในระบบการบำบัดต่อเพื่อไม่ให้เหตุการณ์เหล่านั้นหวนกลับมาเกิดขึ้นอีก

"ผมไม่ต้องการให้ภาพเก่า ๆ ที่ทะเลาะกัน เงินไม่พอใช้ มาหลอก มาหลอนผมอีก อยากให้ลูกและเมีย เขามีความสุข อยู่กันด้วยดี ไม่ทะเลาะกัน เดี๋ยวนี้ เมียผมเขาเชื่อใจ แม่เมีย ก็ไว้ใจ" (case ที่ 4 นาน 34 เดือน)

2.2.1.2 ผู้บำบัด

ผู้บำบัดนับว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยยาเสพติด ผู้บำบัดมีความเข้าใจ ให้การดูแล เอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ กระตุ้นคอยติดตามให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจ คิดว่ายังมีบุคคลที่เห็นคุณค่าในตัวเขา รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เกิดพลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมารับการบำบัดต่อ

"เจ้าหน้าที่ทุกคนที่คลินิกให้กำลังใจ สอบถามสาระทุกข์ ปัญหาต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ" (case ที่ 6 นาน 46 เดือน)

2.2.2 ยาเมทาโดน

การบำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาว เป็นการให้ยาเมทาโดนเพื่อทดแทนฝิ่นที่เคยได้รับแต่ขาดไปเนื่องจากต้องหยุดเสพโดยทันที เมทาโดนจะช่วยทำให้อาการขาดยาหายไปหรือทุเลาลงได้ ทั้งนี้เมทาโดนที่ได้ต้องมีขนาดพอดีกับสภาพการติดยาเสพติดของผู้ป่วยแต่ละคน การให้ยาขนาดที่มากเกินไปทำให้เกิดการได้รับยาเมทาโดนเกินขนาด (over methadone) เกิดการกดประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการซึม หลับ หายใจช้าลงจนถึงหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ แต่การให้ยาเมทาโดนในปริมาณที่น้อยเกินไปก็จะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการขาดยาและต้องทนทรมานทางร่างกายอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพฝิ่นหรือเฮโรอีนอีก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับปริมาณยาเมทาโดนให้พอดีกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยจะต้องมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจนกว่าจะสามารถเลิกยาเมทาโดนได้ด้วย

"ผมคงต้องกินไปอีกระยะยาว เพราะผมกลัวจะเกิดอาการถอนพิษยา ผมเคยหยุดเอง 2-3 วัน มีอาการเลยครับ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวด หนาว ๆ ร้อน ๆ ร้อนวูบวาบ เหมือนจะเป็นไข้ ครั่นเนื้อ ครั่นตัว ไปหมด ผมกลัวว่าผมจะอยู่ไม่ได้" (case ที่ 5 นาน 33 เดือน)

2.2.3 ชุมชนยอมรับ

การที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและสามารถเลิกเสพยาได้ ทำให้คนในชุมชนรู้สึกยินดี ชื่นชมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย คลายความรู้สึกรังเกียจและให้การยอมรับผู้ป่วย

"ในชุมชนมีผู้ติดยาอยู่หลายครัวเรือน แต่ก็ได้รับการยอมรับ ไม่รังเกียจ" (case ที่ 6 นาน 46 เดือน)

2.2.4 การประกอบอาชีพ มีรายได้ เลี้ยงครอบครัว

การหยุดเสพยาโดยทันทีจะก่อให้เกิดอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) การให้ยาเมทาโดนซึ่งเป็นยาในตระกูลเดียวหรือมีฤทธิ์คล้ายฝิ่นจะช่วยเข้าไปทดแทนฝิ่นที่ขาดทำให้อาการขาดยาหายไปหรือทุเลาลงได้ เมทาโดนมีคุณสมบัติที่สำคัญคือ ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเคลิ้มสุข (euphoria) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับประทานยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง และได้รับเมทาโดนในขนาดที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จึงไม่มีอาการขาดยา สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ผู้ป่วยบางรายประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้มาเลี้ยงดู ตลอดจนสร้างอนาคตที่ดีให้กับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษานานยิ่งขึ้น

"หลังจากมารับยาเมทาโดน ทำให้ผมมีร่างกายแข็งแรง มีแรงทำงาน" (case ที่ 1 นาน 77 เดือน)

"ตอนแรก ๆ ยังอยากที่จะกลับไปเสพอยู่ แต่พอเห็นลูกสาว ความรู้สึก อยากยาก็หยุดไป อยากจะเก็บเงินไว้ให้ลูกสาว ได้เรียนหนังสือสูง ๆ เราต้องหยุดเสพอย่างถาวร แล้วตั้งใจมารับประทานยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง" (case ที่ 6 นาน 46 เดือน)

"ผมต้องการที่จะทำงานดี ๆ แบบนี้ไปจนเกษียณอายุ ไม่อยากพลาดจากงานดี ๆ กว่าผมจะสมัครงาน ผ่านการสอบได้เป็นพนักงานของไปรษณีย์ มันไม่ง่ายเลยครับ งานดี ๆ เดี๋ยวนี้หายาก" (case ที่ 9 นาน 22 เดือน)

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

แรงจูงใจ	r	P-value
ขั้นการไม่สนใจปัญหา	.06	.46
ขั้นการลังเลใจ	-.03	.71
ขั้นการลงมือกระทำ	.03	.74
ขั้นการกระทำต่อเนื่อง	.16	.04*
โดยรวม	.09	.24

จากตารางที่ 2 พบว่า แรงจูงใจขั้นการกระทำต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .16 ส่วนแรงจูงใจโดยรวม แรงจูงใจขั้นการไม่สนใจปัญหา ขั้นการลังเลใจและขั้นการลงมือกระทำมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

1. ผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นมีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.51 เมื่อพิจารณาตามขั้นของแรงจูงใจพบว่าส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในขั้นลงมือกระทำมากที่สุด รองลงมา คือ ขั้นการลังเลใจ (contemplation) ส่วนขั้นการไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.36, 4.34 และ 1.80 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของกัณณิกา สิทธิพงษ์[7] ที่พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดในภาพรวม เท่ากับ 3.53 เมื่อแยกตามรายด้านค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือ ด้าน contemplation เท่ากับ 3.94 รองลงมาคือด้าน action เท่ากับ 3.81 ด้าน maintenance เท่ากับ 3.51 และต่ำสุดคือ ด้าน pre-contemplation เท่ากับ 2.86 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการประเมินแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเทียบกับสาเหตุการจำหน่ายของผู้ป่วยที่รับการรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่[12] พบว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายครบเกณฑ์กำหนดมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงอยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ถึงร้อยละ 61.48 รองลงมาคือ ขั้นการตัดสินใจ (determinant)

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาเฉลี่ย 24 เดือน หรือประมาณ 2 ปี แรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจที่จะเลิกเสพยา และเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงการลงมือกระทำจะเห็นได้จากคะแนนข้อคำถามในขั้นลงมือกระทำในแต่ละข้อมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน อยู่ระหว่าง 4.20-4.50 ซึ่งอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อคำถาม “ในที่สุดฉันก็กำลังลงมือแก้ไขปัญหาของฉัน” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.50 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นข้อคำถาม “ฉันกำลังพยายามอย่างหนักที่จะเปลี่ยนแปลง” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ดังนั้นแรงจูงใจในขั้นลงมือกระทำ (action) จึงมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แต่ทั้งนี้ไม่เป็นไปตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[9] (Transtheoretical Model) ที่กล่าวว่า บุคคลที่ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใหม่มาแล้วมากกว่า 6 เดือน จัดอยู่ในขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (maintenance)

2. แรงจูงใจภายนอกและภายในต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น พบว่า แรงจูงใจภายนอกที่สำคัญที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น คือ ครอบครัว จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับคู่สมรส บิดามารดา และบุตร ถึงร้อยละ 80 และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้เหตุผลถึงการคงอยู่ในระบบ

การบำบัดรักษาเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัว อันได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร และพี่น้องคอยให้กำลังใจ สอบถามความเป็นอยู่ทั้งผ่านการพูดคุยโดยตรงหรือทางโทรศัพท์ คอยให้การช่วยเหลือด้วยการไปรับยาเมทาโดนจากสถานบำบัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการขาดยา เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจหรือคำพูดที่เป็นการแสดงความชื่นชม ยินดีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดี หรือการกระทำจากสมาชิกในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการเสพยาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่เข้มแข็งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ จงปัตนา[10] พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น จากการได้รับการดูแลจากครอบครัว ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิหรือซ้ำเติม ให้โอกาสในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมารับยาเมทาโดนตามนัดจะได้พบกับผู้บำบัดที่ให้การดูแล เอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ กระตุ้นคอยติดตามให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจ มีการรับรู้ว่ายังมีบุคคลที่เห็นคุณค่าในตัวเขา ยิ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า จึงเกิดพลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมารับการบำบัดต่อเนื่องและตัดสินใจที่จะเลิกเสพยา และได้กลับไปประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้เลี้ยงดูครอบครัว ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการยอมรับทั้งจากคนในครอบครัว เพื่อน และชุมชน จึงเพิ่มแรงจูงใจให้สูงขึ้น

ส่วนแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา ทั้ง 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น 2) สร้างการยอมรับจากผู้อื่น 3) เป็นตัวอย่าง (role model) ให้กับผู้อื่น และ 4) ต้องการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่นได้ นั้น อธิบายได้ว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา มีบุคคลในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกซาบซึ้งต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว อีกทั้งได้ประกอบอาชีพมีรายได้เลี้ยงดูครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าช่วงที่ติดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในมากขึ้น จึงปรับเปลี่ยนความคิด มีความมุ่งมั่น อดทน และตั้งใจที่จะเลิกเสพยาตลอดไป โดยให้เหตุผล คือ เพื่อให้ตนเองมีชีวิตและอนาคตที่ดีขึ้น สร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับในตัวของผู้ป่วยจากผู้อื่น ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่น และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมะไลวัลย์ แพงพุด[11] และอัครเดช กลิ่นพิบูลย์[12] พบว่า การให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักเรื่องโทษพิษภัย ผลกระทบต่อสุขภาพกายและการยอมรับทางสังคม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจสูงขึ้น และการศึกษาของสมพร สุวรรณมาโจ, ดวงใจ ดวงฤทธิ์, ณัฏฐณิชา คมกล้า, วราพร พัฒนะโชติ และ อุไรวรรณ สถาพร[13] พบว่า ปัจจัยทำนายในการคงอยู่ในระบบระยะเวลา 1 ปี คือ การประกอบอาชีพ (OR = 4.29, 95% CI = 1.13-16.37) และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท (OR = 3.74, 95% CI = 1.13-16.37) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยฝิ่น พบว่า อัตราการคงอยู่ในระบบ

การบำบัดรักษาของผู้เสพติดฝิ่นที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้ง 6 อำเภอพบว่า ในปี 2559 มีผู้เสพติดฝิ่นเข้าบำบัดรวม 1,003 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด 1 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 88.83 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก[14] การที่ผู้ป่วยได้รับแรงจูงใจจากภายนอกที่ดีจากครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ส่งผลต่อแรงจูงใจภายใน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ไม่ต้องการทำให้คนในครอบครัวรู้สึกเสียใจ จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง หยุดการใช้ยาเสพติด และประกอบอาชีพ เพื่อให้ครอบครัวได้เกิดความภาคภูมิใจในตัวผู้ป่วย อีกทั้งได้รับการยอมรับจากสังคม ชุมชน จึงรับรู้ว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้ ส่งผลให้แรงจูงใจภายในสูงยิ่งขึ้น จึงยังคงมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและคงยู่ในระบบการบำบัดได้อย่างยาวนาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา จากผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจขั้นการกระทำต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .16 จากผลการศึกษาผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาในครั้งนี้เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 24 เดือน ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะจัดอยู่ในขั้นการกระทำต่อเนื่อง (maintenance) อีกทั้งผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51) และจากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกที่ดี มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเลิกยา มีความมั่นใจในการเลิกยาครั้งนี้มาก ดังจะเห็นได้จากการตอบข้อคำถามในขั้นการกระทำต่อเนื่องในข้อ “ฉันประสบความสำเร็จในการลงมือแก้ไขปัญหาของฉัน แต่ฉันไม่แน่ใจว่าจะสามารถรักษาความพยายามนี้ต่อไปด้วยตัวเองได้” และข้อ “มันน่าคับข้องใจ แต่ฉันรู้สึกว่าปัญหาที่คิดว่าเคยแก้ไขได้ กำลังกำเริบกลับมาอีกแล้ว” มีค่าเฉลี่ย 1.83 และ 1.51 อยู่ในระดับน้อย แสดงถึงความมั่นใจและแรงจูงใจที่สูงมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัดรักษาเป็นเวลานาน ดังนั้นแรงจูงใจขั้นการกระทำต่อเนื่องจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาของผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา จึงต้องให้ทุกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ทำความเข้าใจกับครอบครัวให้เข้าใจถึงอาการขาดยาของยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น การดูแล ให้กำลังใจจากครอบครัว โดยเฉพาะช่วงที่เข้ามารับการบำบัดในช่วงแรก เนื่องจากผู้ป่วยยังมีแรงจูงใจระดับต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีพลังใจและเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถเลิกเสพยาได้ในที่สุด

2. ยาเมทาโดนเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาได้อย่างยาวนาน แต่ทั้งนี้ต้องมีการปรับปริมาณขนาดยาให้เพียงพอกับความต้องการเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการขาดยา และควรสอนผู้ป่วยและ

ครอบครัวให้มีความรู้และเข้าใจถึงการออกฤทธิ์ของยา การตรวจสอบอาการได้รับยาเกินขนาด และสามารถบริหารยาเพื่อป้องกันการนำยาเมทาโดนไปใช้ในทางที่ผิด

3. ควรเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้อยู่ในขั้นการกระทำต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาได้นานยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอบพระคุณรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่ดูแล เอาใจใส่ ให้คำปรึกษา แนะนำ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยติดยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นทุกท่านที่ให้ข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. รายงานการสัมมนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด; 2560.
2. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. สถิติจำนวนผู้ป่วยปีงบประมาณ 2559. สืบค้นจาก http://www.tch.go.th/new/site/stat/uploads/DataStat2559.pdf.
3. วิโรจน์ วีรชัย. ผู้ติดยาเสพติด : ผู้ป่วยหรืออาชญากร. วารสารดุลพาห. 2558; 64 (2): 9-14.
4. Deci, E.L., & Ryan, R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York : Plenum Press; 1985.
5. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือกลุ่มทักษะป้องกันการกลับไปติดซ้ำ. ปทุมธานี : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2557.
6. สีอรุณ แหลมภู่. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการรับการฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่งจังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
7. กัณณิกา สิทธิพงษ์. (2560). แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(2): 217- 32.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.
9. พิชัย แสงชาญชัย. การบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy (MET)) ใน วิโรจน์ วีรชัย, พรรนอ กลิ่นกุหลาบ และสำเนา นิลบรรพ์. (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการ.ประกอบการอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ใช้ยาและสารเสพติด. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2558.
10. ดวงใจ จงปัตนา. การบำบัดรายบุคคลผู้ติดสุราโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางปัญญาในโรงพยาบาลด่านขุนทด. (การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
11. มะไลวัลย์ แพงพุด. การเสริมสร้างทักษะชีวิตผู้ติดสารเสพติดโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพวัดป่านาคำ. (การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
12. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช. (การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.

13. สมพร สุวรรณมาโจ, ดวงใจ ดวงฤทธิ์, ณัฏฐณิชา คมกล้า, วราพร พัฒนะโชติ และอุไรวรรณ สถาพร. ศึกษาปัจจัยทำนายในการคงอยู่ในระบบระยะเวลา 1 ปี ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกเมทาโดน ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์. 2562; 44 (4) : 74-79.
14. สำเนา นิลบรรพ์, เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล, ลัดดา ขอบทอง, สุกุมา แสงเดือนฉาย, ธัญญา สิงโต, ศศิธร คุณธรรม และ นันธณา อินทร์พรหม. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน. รายงานวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2561.

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

ศุภฤกษ์ นาคดิลก พ.บ.
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract The study of incident rate with relapse use of metamphetamine at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT)

Narkdilok S.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Objective: 1. To study the incident rate with relapse use of metamphetamine at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT) 2. To study influent factor relapse use of metamphetamine at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT)

Methods: This is a cross sectional analytic study. Collect data from person who is using amphetamine repeated and admitted in rehabilitation ward from November 2018 to January 2019. Descriptive analysis chi-square test were used. Statistic significant factors were analyzed by multiple logistic regressions

Result: There were 54 % of repeated use of methamphetamine within 90 days. 63% of relapse uses of methamphetamine within 90 days were male. The ages between 18-29 years in relapse use within 90 days ($p<0.001$). Using

amphetamines together with ice pills, 57.4% of relapse use within 90 days (p=0.013). Classification as addict was 88.9% (p=0.005). The mean of first use methamphetamine ages less than 18 years in relapse use within 90 days (p=0.007). The relationship in the community that help each other, 44.4% of relapse use group within 90 days (p=0.022). The feeling of community towards the patient is acceptable, understandable, 38.9% of relapse use group within 90 days (p=0.017). 79.6% of relapse use group within 90 days can buy drug in the community (p=0.023). When taking the statistically significant variable to analyze the multivariate, it is found that the most important factors are Patients aged 18-29 have 5.139 times more chance of relapse use (95% Cl of OR = 2.079-12.701).

Keywords : Methamphetamine, Ice, Crystal meth, Relapse

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่เสพแอมเฟตามีนซ้ำที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi square และตัวแปรใดที่มีนัยสำคัญทางสถิติจะนำมาวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วย logistic regression

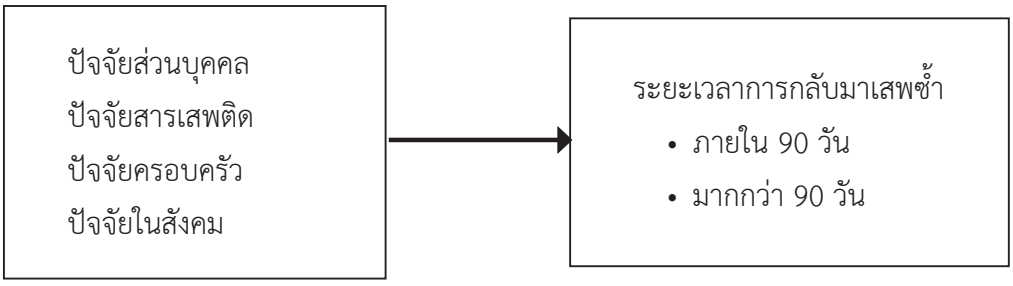
ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 54 โดยปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำได้แก่ เพศชาย ร้อยละ 63.0 (p=0.017) อายุอยู่ในช่วง 18-29 ปี (p<0.001) ใช้ยาบ้าร่วมกับยาไอซ์คิดเป็นร้อยละ 57.4 (p=0.013) เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงเป็นผู้ติด คิดเป็นร้อยละ 88.9 (p=0.005) ใช้สารเมทแอมเฟตามีนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 18 ปี (p=0.007) มีความสัมพันธ์ในชุมชนลักษณะต่างคนต่างอยู่คิดเป็นร้อยละ 50 (p=0.022) ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยเป็นลักษณะไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ นินทาว่าร้าย ดูถูก เหยียดหยามคิดเป็นร้อยละ 61.1 (p=0.017) หาซื้อสารเสพติดในชุมชนได้ ร้อยละ79.6 (p=0.023) โดยพบว่าปัจจัยที่อิทธิพลมากที่สุดคือผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี มีโอกาสใช้ซ้ำเพิ่มขึ้น 5.139 เท่า (95% Cl ของ OR = 2.079-12.701)

คำสำคัญ : เมทแอมเฟตามีน ยาบ้า ยาไอซ์ ยาเสพติด เสพซ้ำ

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหายาเสพติด โดยสถิติจากรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด พบว่าผู้ที่เริ่มเสพสารเสพติดครั้งแรกมีแนวโน้มอายุลดลง[1] และจากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มีรายงานคาดการณ์ผู้ใช้สารเสพติดทั่วประเทศประมาณ 1.5-2 ล้านคน จากสถิติผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศปีละประมาณ 2-3 แสนคน[2] โดย พ.ศ. 2555-2557 พบว่าเป็นผู้ป่วยที่ใช้ สารเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาบ้าและไอซ์ มากที่สุด เป็นจำนวน 292,441 302,415 และ 224,035 คิดเป็นร้อยละ 82.19, 84.37 และ 84.33 ตามลำดับ[3] โดยส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ในแต่ละปี ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ากระบวนการบำบัดรักษาแล้ว บางส่วนกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำและกลับเข้ามารับการบำบัดอีก จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไปเป็นจำนวนมาก ประมาณร้อยละ 30 ในแต่ละปี โดยปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็นร้อยละ 29.68, 28.70 และ 30.13 ตามลำดับ[4] และจากยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านยาเสพติดด้วยร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 92[5] จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำหรือไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ อายุ อาชีพ สภาพการทำงาน รายได้ต่อเดือน อายุที่เริ่มเสพครั้งแรก ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ความถี่ที่ใช้ต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัด สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด สภาพจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัด การใช้ยาเสพติดของบุคคลใกล้ชิดและสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพในชุมชนที่มีการยอมรับและช่วยเหลือกัน[6,7,8,9] ผู้วิจัยจึงต้องสนใจศึกษาหาปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการเสพติดซ้ำ เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากการบำบัดรักษาป้องกันการติดซ้ำ

กรอบแนวคิด



นิยามศัพท์

เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หมายถึงสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายรู้สึกกระตือรือร้น ลดอาการง่วงซึม มีการเปลี่ยนแปรงทางอารมณ์ทำให้ครึกครื้น รื่นเริง ไม่เหนื่อย พบเป็นสารอนุพันธ์สำคัญในยาเสพติด ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี

การเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ หมายถึง การที่ผู้เสพเมทแอมเฟตามีนเคยผ่านการบำบัดรักษาผ่านเกณฑ์ แล้วหวนกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนอีก หลังจากวันจำหน่ายผู้ป่วยจากการรักษาครั้งที่แล้ว ภายในระยะเวลา 90 วัน

ผ่านการบำบัด หมายถึง ผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ สถานพยาบาล วัด ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครบตามหลักสูตร อย่างน้อย 2 สัปดาห์

วัตถุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง มกราคม 2562 และเคยผ่านการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูจนครบกำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยใช้สารกลุ่มเมทแอมแฟตามีน ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี 3) มีประวัติเคยเข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดกลุ่มเมทแอมแฟตามีน ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 4) มีสติสัมปชัญญะและมีความเข้าใจภาษาไทย 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด 6) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุระดับการศึกษาที่สูงสุด อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบำบัดรักษา เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัด ระยะเวลาในการหยุดเสพหลังจากการบำบัดครั้งล่าสุด ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสารเสพติดที่ใช้ ความรุนแรงที่ใช้ เสพครั้งแรกอายุ สถานที่เสพแอมเฟตามีน วิธีการได้มาของแอมเฟตามีน ส่วนที่ 4 ปัจจัยบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ โรคประจำตัว ประวัติทางอาชญาวิทยา กิจกรรมเวลาว่าง เวลานอน ส่วนที่ 5 ปัจจัยครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนช่วยในการปรึกษา/ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสารเสพติด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แนะนำตัวผู้ทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ และสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อหากต้องการ และการทำแบบสอบถามนี้ไม่ส่งผลกระทบใดต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้ในการตอบคำถามแบบสอบถามจะทำการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยประวัติและรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคล มีการจัดเก็บข้อมูลที่ได้ในพื้นที่เก็บเอกสารเฉพาะมีกุญแจในการปิดล็อคเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น การใช้ข้อมูลที่ศึกษาได้เพื่อการวิจัยทางการแพทย์เท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามโดยแพทย์ผู้ทำการวิจัย วิเคราะห์หาอุบัติการณ์ของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบสองกลุ่มใช้ Chi square และ Multiple logistic regression

ผล

ในช่วงที่ทำการศึกษาเป็นเวลา 3 เดือน (พฤศจิกายน 2561 ถึงมกราคม 2562) เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 100 คน เป็นผู้ที่เสพซ้ำโดยมีระยะเวลาการกลับมาเสพซ้ำภายใน 90 วันจำนวน 54 ราย เป็นผู้ที่เสพซ้ำโดยมีระยะเวลาการหวนกลับมาเสพซ้ำมากกว่า 90 วันจำนวน 46 ราย อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีภายใน 90 วันเท่ากับร้อยละ 54

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร		ระยะเวลาการกลับมาเสพซ้ำ		p-value
		ภายใน 90 วัน (54ราย) จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 90 วัน (46ราย) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	34 (63.0)	18 (39.1)	0.017*
	หญิง	20 (37.0)	28 (60.9)	
อายุ	18-24	13 (24.1)	8 (17.4)	<0.001*
	25-29	17 (31.5)	1 (2.2)	
	30-34	10 (18.5)	11 (23.9)	
	35-39	13 (24.1)	14 (30.4)	
	40 ขึ้นไป	1 (1.9)	12 (26.1)	
Range = 18-52, $\overline{X}$ = 31.72 SD.=7.520		$\overline{X}$ = 28.77 SD.=6.431	$\overline{X}$ = 34.83 SD.= 7.510	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร		ระยะเวลาการกลับมาเสพซ้ำ		p-value
		ภายใน 90 วัน (54ราย) จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 90 วัน (46ราย) จำนวน (ร้อยละ)	
สถานภาพ	โสด	40 (74.1)	28 (60.9)	0.267
	สมรส	5 (9.3)	9 (19.6)	
	หย่า/แยกกันอยู่	9 (16.7)	9 (19.6)	
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	2 (3.7)	1 (2.2)	0.749
	ประถมศึกษา	17 (31.5)	15 (32.6)	
	มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (35.2)	19 (41.3)	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	10 (18.5)	6 (13.0)	
	ตั้งแต่ ปวช. ขึ้นไป	6 (11.2)	5 (10.8)	
อาชีพ	นักเรียน นักศึกษา	4 (7.4)	0 (0.0)	0.106
	พนักงานบริษัทลูกจ้างประจำ	13 (24.1)	16 (34.8)	
	รับจ้างทั่วไป ลูกจ้างชั่วคราว	12 (22.2)	5 (10.9)	
	ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	10(18.5)	13 (28.2)	
	เกษตรกร	1 (1.9)	3 (6.5)	
	ว่างงาน	14 (25.9)	9 (19.6)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
	ไม่มีรายได้	16 (29.6)	8 (17.4)	0.546
	น้อยกว่า 10,000	16 (29.6)	12 (26.1)	
	10,001-15,000	17(31.5)	19 (41.3)	
	15,001-20,000	3 (5.6)	4 (8.7)	
	มากกว่า 20,000	2 (3.7)	3 (6.5)	

** มีความแตกต่างทางสถิติ p-value < 0.05*

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้เสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำเปรียบเทียบการใช้ซ้ำของเพศหญิงและเพศชายพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำภายใน 90 วันเป็นเพศชายร้อยละ 63 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำหลัง 90 วันเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.1 โดยพบว่าการศึกษาระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ 0.05) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำภายใน 90 วันเท่ากับ 28.77 ปี ในขณะที่อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำหลัง 90 วันเท่ากับ 34.83 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ 0.05) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในปัจจัยด้านอาชีพและรายได้

ตารางที่ 2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้

ตัวแปร	ระยะเวลาการกลับมาเสพซ้ำ		p-value
	ภายใน 90 วัน (54ราย) จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 90 วัน (46ราย) จำนวน (ร้อยละ)	
ใช้ยาบ้าอย่างเดียว	20 (37.0)	26 (53.5)	0.044*
ใช้ยาไอซ์อย่างเดียว	3 (5.6)	5 (10.9)	
ใช้ร่วมกัน	31 (57.4)	15 (32.6)	

** มีความแตกต่างทางสถิติ p-value < 0.05*

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบชนิดของสารเสพติดในผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่าชนิดของสารเสพติดที่ใช้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กลุ่มใช้ซ้ำภายใน 90 วัน ใช้ยาบ้าและยาไอซ์ร่วมกัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำหลัง 90 วันใช้ยาบ้าอย่างเดียว

ตารางที่ 3 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ตัวแปร		ระยะเวลาการกลับมาเสพซ้ำ		p-value
		ภายใน 90 วัน (54 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 90 วัน (46 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	
ความรุนแรง:	ผู้เสพ	6 (11.1)	16 (34.8)	0.005*
	ผู้ติด	48 (88.9)	30 (65.2)	
ใช้ครั้งแรกอายุ (ปี):	น้อยกว่า 14	8 (14.9)	8 (17.4)	0.007*
	15 ถึง 17	23 (45.6)	7 (15.2)	
	18 ถึง 20	17 (31.5)	12 (26.1)	
	21 ถึง 23	2 (3.7)	5 (10.9)	
	24 ถึง 26	3 (5.6)	6 (13.0)	
	มากกว่า 26	1 (1.9)	8 (17.4)	
Range = 11-40, $\bar{X}$ = 18.84 SD.=5.550		$\bar{X}$ = 17.17 SD.=3.889	$\bar{X}$ = 20.80 SD.=6.531	
สถานที่เสพ:	บ้านตนเอง	39 (72.2)	29 (63.0)	0.215
	บ้านเพื่อน	6 (11.1)	12 (28.3)	
	ในพื้นที่ชุมชน	7 (13.0)	3 (6.5)	
	อื่น ๆ เช่น สถานบันเทิง ห้องเช่า หอพัก	2 (3.7)	2 (4.4)	
วิธีการได้สาร:	ผู้ที่เสพร่วมกัน	27 (50.0)	28 (60.9)	0.454
	ผู้ค้าในชุมชน	23 (42.6)	14 (30.4)	
	ผู้ค้านอกชุมชน	4 (7.4)	4 (8.7)	

** มีความแตกต่างทางสถิติ p-value < 0.05*

จากตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำภายใน 90 วันระดับความรุนแรงในการเสพสารเสพติดจัดอยู่ในกลุ่มผู้ติดมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำหลัง 90 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยที่ใช้ซ้ำภายใน 90 วันอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกกลุ่มยาเมทแอมเฟตามีนที่อายุน้อยกว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามปัจจัยชุมชน

ตัวแปร	ระยะเวลาการกลับมาเสพซ้ำ		p-value
	ภายใน 90 วัน (54 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	มากกว่า 90 วัน (46 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	
ความสัมพันธ์ในชุมชน			
พึ่งพาช่วยเหลือกันได้	24 (44.4)	33 (71.7)	0.022*
ต่างคนต่างอยู่	27 (50.0)	12 (26.1)	
ขัดแย้งกัน/มีปัญหา/ไม่เป็นที่ยอมรับ	3 (5.6)	1 (2.2)	
ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้เสพ			
ยอมรับ เข้าใจ	21 (38.9)	31 (67.4)	0.017*
ไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ	17 (31.5)	8 (17.4)	
นินทราว่าร้าย ดูถูก เหยียดหยาม	16 (29.6)	7 (15.2)	
หาซื้อสารเสพติดภายในชุมชน			
ได้	43 (79.6)	27 (58.7)	0.023*
ไม่ได้	11 (20.4)	19 (41.3)	

** มีความแตกต่างทางสถิติ p-value < 0.05*

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผู้เสพแอมเฟตามีนซ้ำพบว่ากลุ่มใช้ซ้ำภายใน 90 วัน ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ลักษณะต่างคนต่างอยู่มากที่สุด ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มใช้ซ้ำหลัง 90 วัน ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ลักษณะพึ่งพาช่วยเหลือกันได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้เสพ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าชุมชนนินทาว่าร้าย ดูถูก เหยียดหยาม ส่งผลทำให้กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำภายใน 90 วันที่ระดับ 0.05 การที่สามารถหาซื้อสารเสพติดภายในชุมชนของตนเองได้ ส่งผลทำให้กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำภายใน 90 วันที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพติดซ้ำกับระยะเวลาในการเสพติดซ้ำ

ตัวแปร	Odds Ratio 95% CI	p-value	Adjusted Odds Ratio 95% CI*	p-value
เพศชาย	2.644 (1.177-5.943)	0.017	1.831 (0.702-4.775)	0.216
ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี	5.139 (2.079-12.701)	<0.001	3.743 (1.296-10.813)	0.015*
ใช้ยาบ้าร่วมกับยาไอซ์	2.786 (1.228-6.319)	0.013	1.925 (0.693-5.348)	0.209
จำแนกความรุนแรงเป็นผู้ติด	4.267 (1.503-12.111)	0.004	2.183 (0.588-8.104)	0.243
ใช้สารเสพติดครั้งแรกอายุ น้อยกว่า18ปี	2.786 (1.228-6.319)	0.013	1.791 (0.644-4.986)	0.264
ความสัมพันธ์ในชุมชนที่ไม่พึ่งพาช่วยเหลือกัน	3.173 (1.374-7.326)	0.006	2.720 (0.760-9.738)	0.124
ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ และนินทราว่าร้าย ดูถูก เหยียดหยาม	3.248 (1.424-7.405)	0.004	1.221 (0.340-4.383)	0.759
หาซื้อสารเสพติดภายในชุมชนได้	2.751 (1.135-6.664)	0.023	2.153 (0.737-6.291)	0.161

** มีความแตกต่างทางสถิติ p-value < 0.05*

จากตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำคือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี (OR 3.743, 95% CI 1.296-10.813)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วันหลังจากการบำบัดครั้งล่าสุด ร้อยละ 54 โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดเป็นผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู และอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอายุเฉลี่ยของผู้กลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในการศึกษานี้เท่ากับ 32 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีสถานภาพ โสด จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมต้น ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ลูกจ้างประจำ รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 ถึง 15,000 บาท เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งที่ 2 ระดับความรุนแรงเป็นผู้ติดใช้สารเมทแอมเฟตามีนครั้งแรกอายุเฉลี่ย 19 ปี เสพยาที่บ้านของตนเอง ได้ยามาจากเพื่อนที่เสพร่วมกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี ความสัมพันธ์ในชุมชนพึ่งพาอาศัยกันได้ ความรู้สึกต่อชุมชน เป็นที่ยอมรับเข้าใจ สามารถหาซื้อสารเสพติดได้ภายในชุมชน

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าเป็นเพศชายเป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน มากกว่าเพศหญิง 2.644 เท่า (95% CI 1.177-5.943) และอายุผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี เป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน (OR 5.139, 95% CI 2.079-12.701) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์[6] และธชกานต์ ปัทมะศิริ[7] ผู้ป่วยชายในช่วงอายุ 18-29 ปี นี้เป็นช่วงที่มีความคึกคะนอง ควบคุมตนเองได้ไม่ดี ทำให้เป็นอิทธิในการกลับมาเสพซ้ำภายใน 90 วัน ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว งานอดิเรก เวลานอนไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสัมพันธ์สถิติต่อการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

ภายใน 90 วันเมื่อเทียบกับกลุ่มกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำหลังจาก 90 วัน

ด้านปัจจัยสารเสพติดด้านการใช้สารเสพติด พบว่าในผู้ป่วยที่ใช้ทั้งยาบ้าร่วมกับยาไอซ์เป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน มากกว่าการใช้ยาบ้าหรือยาไอซ์อย่างเดียว 2.786 เท่า (95% CI 1.228-6.319) พบว่าหากผู้ป่วยใช้สารหลายชนิดทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงเพราะใช้สารเสพติดใดก็ได้ที่สามารถหาได้ในระแวกแถวบ้านจึงมีโอกาสการเสพซ้ำได้ง่าย เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงในการใช้ สารเมทแอมเฟตามีนพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้ติดเป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน (OR 4.267, 95% CI 1.503-12.111) ด้านอายุของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 18 ปีเป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน (OR 2.786, 95% CI 1.228-6.319) จะสอดคล้องกับภาวะสมองติดยาผู้ที่เสพสารเสพติดปริมาณมาก มีความถี่มากและเริ่มใช้ตั้งแต่อายุน้อยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้และกลับไปเสพซ้ำ ส่วนในด้านจำนวนครั้งที่เคยเข้าบำบัดรูปแบบการบำบัดครั้งที่ผ่านมา รูปแบบการบำบัดในครั้งนี้ สถานที่เสพเมทแอมเฟตามีน วิธีการได้มาของเมทแอมเฟตามีน จำนวนคนที่ใช้สารเสพติดร่วมกัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วันเมื่อเทียบกับกลุ่มกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ หลังจาก 90 วัน

ด้านปัจจัยครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์ต่อการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วันเมื่อเทียบกับ กลุ่มกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำหลังจาก 90 วัน ทั้งลักษณะผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนผู้ที่อาศัยในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีคนในครอบครัวเป็นที่ปรึกษา และการมีคนในครอบครัวใช้สารเสพติด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัดของธนิตา หิรัญเทพ[8] ที่มีความสัมพันธ์กับการที่มีบุคคล ช่วยเหลือในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ และแตกต่างกับการศึกษาในวัยรุ่นของนันทา ชัยพิชิตพันธ์[9] ที่มีความสัมพันธ์กับการมีสมาชิกในบ้านเสพยาบ้า อาจเนื่องมาจากในการศึกษานี้ ผู้ป่วยได้ผ่านการบำบัดรักษาจนผ่านเกณฑ์ ซึ่งได้ให้ครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและมีการเตรียมความพร้อมครอบครัวก่อนการจำหน่าย

ด้านปัจจัยทางสังคมความสัมพันธ์ในชุมชนที่ไม่พึ่งพาอาศัยกันเป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน (OR 3.173, 95% CI 1.374-7.326) ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยเป็นแบบไม่สนใจไม่ใส่ใจ และนินทราว่าร้าย ดูถูกเหยียดหยามเป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน (OR 3.248, 95% CI 1.424-7.405) การสามารถหาซื้อสารเสพติดได้ภายในชุมชนเป็นปัจจัยส่งเสริมการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน (OR 2.751, 95% CI 1.135-6.664) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์[6] และธนิตา หิรัญเทพ[8] จากการศึกษาพบว่าแม้ผู้ป่วยจะเคยผ่านการบำบัดรักษามาแล้วแต่กลับไปอยู่ในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการฟื้นฟู ไม่มีใครในชุมชนให้โอกาสให้กำลังใจ

หรือเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายก็จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ซ้ำ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือขนาดตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย และการคำนวณที่หาอุบัติการณ์ของการใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงอาจทำให้การศึกษาความแตกต่างในปัจจัยบางตัวยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร แต่การศึกษานี้ได้แสดงถึงความสอดคล้องและข้อแตกต่าง จากหลายงานวิจัยก่อนหน้า ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้สำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้ในการศึกษาต่อไป

สรุป

อุบัติการณ์ของการใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วันในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระยะฟื้นฟู ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเท่ากับ ร้อยละ 54 เมื่อเทียบกับกลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำหลังจาก 90 วัน พบว่าปัจจัยด้านบุคคลเป็นผู้ป่วย เพศชาย ช่วงอายุ 18-29 ปี ปัจจัยด้านสารเสพติดใช้ยาบ้าร่วมกับยาไอซ์ ถูกจำแนกเป็นผู้ติด ใช้สารเมทแอมเฟตามีนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 18 ปี ปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ในชุมชนที่ไม่พึ่งพาช่วยเหลือกัน ความรู้สึกที่มีต่อชุมชนลักษณะไม่ยอมรับไม่เข้าใจ การสามารถหาเมทแอมเฟตามีนได้ภายในชุมชนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้กลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือนโรคประจำตัว งานอดิเรก เวลานอนจำนวน ครั้งที่เคยเข้าบำบัดรูปแบบการบำบัดครั้งที่ผ่านมา รูปแบบการบำบัดในครั้งนี้ สถานที่เสพเมทแอมเฟตามีน วิธีการได้มาของเมทแอมเฟตามีน จำนวนคนที่ใช้สารเสพติดร่วมกัน ลักษณะผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนผู้ที่อาศัยในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีคนในครอบครัวเป็นที่ปรึกษา และการมีคนในครอบครัวใช้สารเสพติดไม่พบความสัมพันธ์ชัดเจนในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่เคยผ่านการบำบัดรักษามาแล้ว นอกจากปัจจัยบุคคลจากผู้ป่วยเองแล้ว ปัจจัยที่ส่งผลรองลงมาเป็นด้านปัจจัยทางสังคมความสัมพันธ์ในชุมชน รวมไปถึงยังมีการจำหน่ายยาเสพติดในชุมชน การบำบัดรักษาเพื่อให้สัมฤทธิ์ผลมากขึ้นจึงควรให้ชุมชนของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเพื่อให้มีความยั่งยืนและเกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการประสานงานกับหน่วยงานทางสาธารณสุขและฝ่ายปกครอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนาวาอากาศเอกชัยณรงค์ ธีราทร และเรืออากาศเอกหญิง กฤตยา เรียงจันทร์ อาจารย์กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชผู้ควบคุมงานวิจัยและที่ปรึกษางานวิจัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคคลกรสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานบริหารการสาธารณสุขสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยยาเสพติด ระบบ ข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต); 2560. [สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก: https://antidrugnew.moph.go.th
2. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สภาพปัญหายาเสพติด และสถิติเกี่ยวกับข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา; 2560.
3. สำนักงานบริหารการสาธารณสุขสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศประจำปี 2555-2557; 2559.
4. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษา. รายงานประจำปี; 2561 [สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก:http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53
5. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. [สืบค้น 25 มีนาคม 2563]. เข้าถึงจาก http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_2559_final.pdf
6. สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเหรัญ, อุษา คงทอง. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2559;10(1): 193-207.
7. ธชกานต์ ปัทมะศิริ. ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี. มหาวิทยาลัเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: 2542.
8. ธนิตา หิรัญเทพ, อุมาพร อุดมทรัพยากุล, รณชยั คงสกนธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(2): 157-164
9. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. [สืบค้น 25 มีนาคม 2563]. เข้าถึงจาก: http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/12597

บทความ

Acamprosate กับการบำบัดรักษาโรคติดสุรา

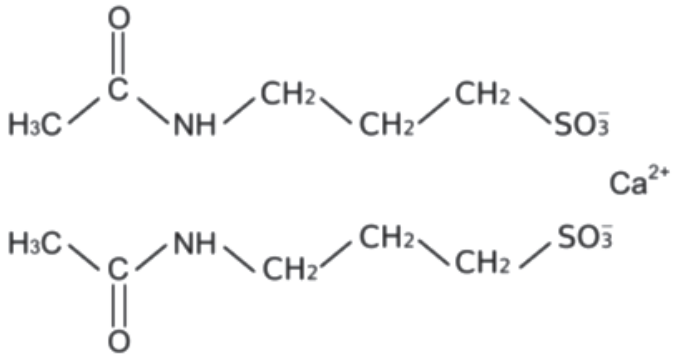
กนก อุตวิชัย พ.บ.,ปร.ด.*, สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา พ.บ.**
* โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Acamprosate เป็นยาที่ได้รับการศึกษาและยอมรับในการรักษาอาการติดสุราทั่วโลก ตั้งแต่ครั้งแรกในกลุ่มประเทศฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 1989 และต่อมากระจายไปยังกลุ่มประเทศยุโรป กลุ่มละตินอเมริกา ออสเตรเลีย ประเทศในกลุ่มเอเชีย และอาฟริกาบางประเทศ และในประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับการใช้รักษาจิตสังคมบำบัด ในปี 2004 โดยมีหลักฐานในการใช้หลังจากขั้นตอนการถอนพิษยา[1,2] ซึ่งมีการจ่ายกันอย่างแพร่หลายในเวลาต่อมา[3] โดยยอมรับในรูปแบบการรักษาที่เรียกว่า Medication-Assisted Treatment (MAT) (คือ การให้ยาร่วมกับการรักษาด้วยรูปแบบพฤติกรรมบำบัดต่าง ๆ ร่วมด้วย) ในปัจจุบัน การรักษาผู้ติดสุราโดยอาศัยหลักการ MAT มียาที่ได้รับการยอมรับจาก FDA ของสหรัฐอเมริกาอยู่ 4 ตัว คือ Naltrexone (ReVia®, Depade®), Naltrexone for Extended-Release Injectable Suspension (VIVITROL®), Disulfiram (Antabuse®) and Acamprosate Calcium (Campral®).[4]

เภสัชวิทยาของ Acamprosate

โครงสร้างทางเคมีของ Acamprosate อยู่ตามรูป 1 เรียกว่า Calcium acetylhomotaurinate ซึ่งถูกสังเคราะห์ให้มีโครงสร้างคล้ายกับสารสื่อประสาท gamma-aminobutyric acid (GABA) and the amino acid neuromodulator taurine[5] เมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีรับประทาน ขนาดที่ใช้ คือ 2 เม็ดของ 333 mg of Acamprosate (666 mg.) จะมีค่าความเข้มข้นในเลือด (Cmax) ที่ 180 ng/ml และหากรับประทานวันละ 3 เวลา จะมีค่าเฉลี่ยของยาที่ 350 ng/ml โดยจะต้องกินอย่างน้อย 5 วัน จะถึงระดับคงที่ของการรักษา และจะมีค่าครึ่งชีวิตที่ 20-33 ชั่วโมง โดยยา Acamprosate จะไม่ถูกเมทาบอลิซึมที่ตับ[6] และถูกขับออกทางปัสสาวะโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง[7,1] ซึ่งก็เป็นข้อดีที่ไม่จำเป็นต้องมีการปรับขนาดของยา แม้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องตับระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ตามเกณฑ์ของ Groups A and B of the Child-Pugh classification) ตั้งแต่ ในผู้ป่วยที่มี Severe Renal

Impairment เป็นข้อห้ามใช้ เนื่องจากการออกฤทธิ์ของ Acamprosate จะยาวนานขึ้น[7] โดยที่กลุ่มที่มีค่า Cr Clearance 30-50 mL/min ควรทานที่ 333 mg Acamprosate สามเวลา ขณะที่ กลุ่มที่ Cr Clearance > 50 mL/min ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา ในกลุ่มตั้งครรภ์ ยา Acamprosate จัดอยู่ใน Category C การไม่ถูกเมทาบอลิซึมที่ตับ ทำให้ผลของการมี drug interaction ผ่าน Cytochrome P450 ไม่มี จึงไม่มีผลต่อการเกิดอันตรกริยาระหว่างยา ไม่ว่าจะเป็นยา Diazepam, Disulfuram, Alcohol ยังพบว่า การนำเอา Naltrexone ร่วมกับ Acamprosate สามารถใช้ร่วมกันได้ และทำให้ฤทธิ์ของ Acamprosate ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น[1]



รูป 1 โครงสร้างทางเคมีของ Acamprosate

แอลกอฮอล์กับผลทางประสาทวิทยาในสมอง

ในสภาวะที่ร่างกายได้รับแอลกอฮอล์ จะมีผลทำให้เกิด Down Regulation ที่ receptor ของ Glutamatergic Receptor 3 ชนิด คือ N-methyl-D-aspartate (NMDA), kainate, and alpha-amino-3-hydroxyl-5-methyl-4-isoxazole-propionate (AMPA)[8] ลดการทำงานสารสื่อประสาท Glutamate ดังนั้น ในสภาวะที่เกิดการขาดแอลกอฮอล์สมอง จะเกิดการทำงานต่อต้านการทำงานระหว่างกันระหว่างเซลล์สมองที่ลดความไว GABA receptor ลง และไวต่อ Glutamatergic receptor เพิ่มขึ้น เพื่อให้เข้าสู่สภาวะที่สมดุลกันใหม่ ซึ่งสภาวะนี้จะเหมือนกับในสมองที่ได้รับแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน เนื่องจากมี Down Regulation ของ GABA receptor[1]

Acamprosate กับการนำมาใช้รักษาผู้มีปัญหาสุรา

จากงานวิจัยในสัตว์ทดลองพยายามอธิบายถึง Alcohol กับการออกฤทธิ์ในสมอง พบว่า การตอบสนองช่วงที่เกิดอาการถอนพิษ และช่วงที่ Conditioned withdrawal ของสมองที่เป็น Chronic Alcohol Consumption จะเกิดการผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางที่อาศัยสารสื่อประสาท Glutamate อยู่ในสภาวะที่เรียกว่า Hyperglutamatergic และ Acamprosate มีผลต่อสารสื่อประสาท Glutamate ในสมอง ทำให้ลดการเกิดสภาวะ Hyperglutamatergic ในช่วงที่สมองอยู่ในสภาวะ ขาดแอลกอฮอล์ในช่วงแรกของการขาด โดยผ่านทาง NMDA receptors and metabotropic glutamate

receptor 5 (mGluR5)[9,10] โดยเชื่อว่า สภาวะ Hyperglutamatergic ทำให้เกิดอาการ เสาะแสวงหาแอลกอฮอล์ (Alcohol-seeking behavior) และเกิดพฤติกรรมเสพติดซ้ำ (Relapse Behavior)[11] โดยในสัตว์ทดลองพบการ ลดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ได้จากการได้รับ Acamprosate[10,12] โดยเฉพาะ cue-induced reinstatement[12] กลไกในการอธิบายถึง Acamprosate ต่อ NMDA receptor ว่า Acamprosate เสมือน Partial Co-agonist ต่อ NMDA receptor[1] ผ่านกรดอะมิโนที่ชื่อ Taurine ปกติ Taurine เป็นกรดอะมิโนที่ทำหน้าที่หลักในการยับยั้งสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งการที่มี Taurine มาก ๆ จะสามารถลดสภาวะที่ไวของ receptor (Hyperexcitability) ในสมองได้[13] ซึ่งในสภาวะขาดแอลกอฮอล์เฉียบพลัน จะทำให้มี NMDA hyperexcitability ทำให้เกิดอาการถอนพิษสุราในช่วงแรก เช่น อาการชัก, Delirium Tremens รวมไปถึง อาการอยากสุรา (Craving) มีปัญหาการนอนหลับและอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้

แต่ก็มีรายงานที่พยายามอธิบายว่า Acamprosate ออกฤทธิ์นอกเหนือไปจากผลของ Glutamatergic Receptor ว่า Acamprosate ออกฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมน Leptin ซึ่งมีผลกับอาการอยากสุราและการกลับมาเสพสุราซ้ำ[14] แต่อย่างไรก็ดี มีความพยายามที่จะอธิบายผลของ Acamprosate ต่อ Dopaminergic ในสมองส่วน Mesolimbic Dopaminergic pathway (Reward Pathway) โดยเฉพาะบริเวณ Ventral Tegmental Area ว่า แอลกอฮอล์ มีผลลด NMDA receptor ทั้งในส่วนเซลล์ส่งกระแสประสาทที่ใช้ dopaminergic (Cre-recombinase ถูกควบคุมโดย the dopamine transporter – DAT) หรือเซลล์รับกระแสประสาท dopaminoceptive neurons (Cre-recombinase ถูกควบคุมโดย the promoter of the dopamine D1 receptor) และการได้รับ Acamprosate จะเพิ่มการทำงาน NMDA receptor นี้ ทำให้ระดับ Dopamine เพิ่มขึ้นได้[15]

นอกจากการไปลดการ Hyperexcitability ของ NMDA receptor ของ Acamprosate แล้ว ตัว Acamprosate ยังมีหน้าที่อีกด้าน คือ Neuroprotective effects ต่อเซลล์ประสาท โดยพบว่า ในขณะที่มีเซลล์มี Hyperexcitability จะทำให้เซลล์ตายได้ จากการที่มี NMDA Overactivation ทำให้มี Influx of calcium และ Acamprosate สามารถลดการเกิดเหตุการณ์เป็นพิษข้างต้นได้ แต่ไม่ได้ผ่าน NMDA induced toxicity โดยตรง แต่จะผ่าน Spermidine neurotoxicity แทน[1]

การศึกษา Acamprosate ต่อสมองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ผ่านรังสีวินิจฉัย

จากรายงานการศึกษาผล Acamprosate ต่อสมองมนุษย์ โดยการทำ Neuroimaging ไม่ว่าจะเป็น magnetic resonance spectroscopy [MRS] ก็พบว่า ทำให้ระดับ Glutamate ในสมองลดลง[16] โดยเฉพาะสมองส่วน Midline Anterior Cingulate Cortex และมีผลต่อลดอาการอยากสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] รวมไปถึงงานวิจัยที่ใช้ magnetoencephalography (MEG) ที่มีเทคโนโลยีคล้าย ๆ กับ electroencephalography (EEG) พบว่า Acamprosate ในผู้ติดสุราเป็นเวลา

4 สัปดาห์ สามารถลดขนาด alpha slow-wave ในสมองส่วน the frontoparietal ทำให้ลดสภาวะ Hyperexcitatory ในผู้ป่วยติดสุราลง แล้วค่อย ๆ ปรับสู่สภาวะปกติใหม่อีกครั้ง[18]

ข้อสรุป Acamprosate ต่อการบำบัดรักษาอาการติดสุรา

จากงานวิจัย Systematic Review ของฐานข้อมูล Cochrane ในเรื่อง Acamprosate พบว่า Acamprosate เมื่อเทียบกับ placebo ลดการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ RR 0.86 (95% CI 0.81 to 0.91) NNT 9.09 (95% CI 6.66 to 14.28) และ เพิ่มระยะเวลาในการไม่กลับไปดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Mean Difference (MD) 10.94 (95% CI 5.08 to 16.81) ขณะที่ไม่มีผลต่อการดื่มหนักโดยการวัดระดับ (gamma-glutamyltransferase) และมีผลข้างเคียง คือ อาการท้องเสีย เท่านั้น[19]

จากหลายงานวิจัย อาจจะสรุปได้ว่า Acamprosate สามารถป้องกันไม่ให้ผู้ติดสุราดื่มสุราแก้วแรก คือ ป้องกันการ Lapse เนื่องจากเน้นการออกฤทธิ์ในช่วง Withdrawal หรือเรียกว่าเป็น “relief cravers” คือ ลดอาการอยากจากการอาการถอน[10] ซึ่งปัจจุบัน MAT นอกจาก Acamprosate ยังมี Naltrexone ที่เปรียบเสมือน “reward cravers” คือลดอาการอยากยา จากการที่ได้เสพแอลกอฮอล์ ซึ่ง Naltrexone ป้องกันการเกิดกลับไปเสพซ้ำ จากการได้เสพแอลกอฮอล์ (preventing a lapse from becoming a relapse)[2]

เอกสารอ้างอิง

1. Heyser BJMaCJ. Acamprosate: A prototypic neuromodulator in the treatment of alcohol dependence. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2010 March 9(1):23–32.
2. Susanne Rösner SL, Philippe Lehert, Michael Soyka. Acamprosate Supports Abstinence, Naltrexone Prevents Excessive Drinking: Evidence From a Meta-Analysis With Unreported Outcomes. J Psychopharmacol. 2008 22(1): 11-23.
3. Administration SAaMHS. Medication and Counseling Treatment [updated 04/09/2020]. Available from: https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/treatment.
4. Medication-Assisted Treatment (MAT) 2013 [updated 10/28/2013]. Available from: http://www.alcoholanswers.org/treatment-options/medication-assisted-treatment.cfm.
5. J. L. Acamprosate in alcohol dependence: how does it work? Addiction. 1995;90:1179–88.
6. Durbin PH, T.; Chabac, S., editor Pharmacodynamics and pharmacokinetics of acamprosate: An overview. In: Soyka, M., editor. Acamprosate in Relapse Prevention of Alcoholism. 1st Campral Symposium; 1995; Stuttgart, Germany: Springer.
7. Wilde MI WAA. A review of its pharmacology and clinical potential in the management of alcohol dependence after detoxification. Drugs. 1997;53:1038–53.
8. Lovinger DM WG, Weight FF. Ethanol inhibits NMDA-activated ion current in hippocampal neurons. Science. 1989;243:1721–4.
9. Spanagel R VV. New pharmacological treatment strategies for relapse prevention. Curr Top Behav Neurosci. 2013;13:583–609.
10. Karl Mann FK, Rainer Spanagel, John Littleton. Acamprosate: Recent Findings and Future Research Directions Alcoholism. 2008 July; 32(7):1105-10.
11. Spanagel R KF. Drugs for relapse prevention of alcoholism: ten years of progress. Trends Pharmacol Sci. 2008;29:109–15.
12. Bachteler D ED, Danysz W, Ciccocioppo R, Spanagel R. The effects of acamprosate and neramexane on cue-induced reinstatement of ethanol-seeking behavior in rat. Neuropsychopharmacology.
13. Dahchour A DWP. Ethanol and amino acids in the central nervous system: assessment of the pharmacological actions of acamprosate. Prog Neurobiol. 2000;60:343–62.
14. Kiefer F JH, Otte C, Demiralay C, Wolf K, Wiedemann K Increasing leptin precedes craving and relapse during pharmacological abstinence maintenance treatment of alcoholism. J Psychiatr Res. 2005;39:545– 51.
15. Lemberger T PR, Dassesse D, Westphal M, Casanova E, Turiault M, Tronche F, Schiffmann SN, Schütz G Expression of Cre recombinase in dopaminoceptive neurons. BMC Neurosci. 2007;8:4.

16. Bolo N NJ, Muzet M, De Witte P, Dahchour A, Durbin P, Macher JP. Central effects of acamprosate: part 2. Acamprosate modifies the brain in-vivo proton magnetic resonance spectrum in healthy young male volunteers. Psychiatry Res. 1998;82:115-27.
17. Mark A. Frye, David J. Hinton, Victor M. Karpyak, Joanna M. Biernacka, Lee J. Gunderson, Scott E. Feeder, Doo-Sup Choi and John D. Port. Anterior cingulate glutamate is reduced by acamprosate treatment in patients with alcohol dependence. Clin Psychopharmacol. 2016 December;36(6):669-74.
18. Boeijinga PH PP, Soufflet L, Landron F, Danel T, Gendre I, Muzet M, Demazières A, Luthringer R. Pharmacodynamic effects of acamprosate on markers of cerebral function in alcohol-dependent subjects administered as pretreatment and during alcohol abstinence. Neuropsychobiology. 2004;50(1):71-7.
19. Susanne Rösner AH-H, Stefan Leucht, Philippe Lehert, Simona Vecchi, Michael Soyka. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010(9).

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการเพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน (เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วพร้อมจะตีพิมพ์ 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 บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุวิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ของผู้เขียนประกอบด้วย

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

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ชี้ความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

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

บทคัดย่อ วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรวจพบหลักและผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุและวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษา รูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ ระบุวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้น ๆ อย่านำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิค (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (Vol.): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. สุกุมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณ์ชัววัลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. 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.

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

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

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

หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์

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

หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรากร, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, นิภา กิมสูงเนิน, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. Sussman, Steve, Ames, Susan L., editors. The social psychology of drug abuse. Philadelphia: Open University Press; 2001.

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. ธวัชชัย ลีฬหนาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อก; 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, edtios. 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 (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
2. Silpakit C. A Staudy of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London: University of London ; 1998.

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

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

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1) : [24 screens]. Available form : URL:http://www.cdc.gov/ncidod/EID/ eid.htm.
2. Hemodynamics III : the ups and downs of hemodynamics (computer program).Version 2.2 Orlando (FL): Computeri-zed Educational Systems; 1993.
3. CDI. Clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H.CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA; 1995.

7. อื่น ๆ

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