

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563

Vol. 6 No. 2 July - December 2020

วารสารวิชาการเสพติด

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

เจ้าของ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ปรึกษา

นายสมศักดิ์	อรรถศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
นายมานัส	โพธารณ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
นางสาวอารีภักดิ์	เงินบำรุง	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส
นางชนิษฐา	ตันติศิรินทร์	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นายนิพนธ์	ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ กรมการควบคุมโรค
นายชยพันธ์	สิทธิบุศย์	ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
นางกัลยา	ธรรมคุณ	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
นางสาวสุรัชณี	เศวตศิลา	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวเสาวลักษณ์	ปลั่งเกียรติยศ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ
นางสาวจันทกานต์	อยู่เย็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
นายสรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายวรพงษ์	สำราญทิรวาวัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
นายชาญชัย	จงพานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นายธวัช	ลาพินี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
นางนัฐพร	อภิสิทธิ์เดช	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
นายอดิศักดิ์	งามจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
นายอภิศักดิ์	วิทยานุกุลลักษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บรรณาธิการ

นายลำชำ ลักษณะิขินซ์ สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวประเชิญ ฤกษ์อรุณ สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นางสาววิรดา จันท์ลอย สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กองบรรณาธิการ

นางสาวสุพจน์ ชุตติดำรง สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
สำนักงาน ป.ป.ส.

นายนิวัติ เอี่ยมเที่ยง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปัตตานี
กรมคุมประพฤติ

นายทัปณ สัมปทณรักษ์ กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นางอรพิน ทนันทิ สำนักยาและวัตถุเสพติด
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

นางสาวสิริกุล วงษ์สิริโสภาคย์ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
กรมควบคุมโรค

นางสาววรางคณา รัชงาน สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายอภิชาติ เรณูวัฒนานนท์ สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์ สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นางสำเนา นิลบรรพ์ สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นางสาวสุกมา แสงเดือนฉาย สถาบันบำบัตร์รักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายบุญเรือง	ไตรเรืองวรัตน์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
นางสาวนิตยา	ตากาวิริยะนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายพิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายอรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวรัศมน	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวจิตรลดา	อารีย์สันติชัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายอรรถสิทธิ์	ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายศักดิ์นา	บุญเปี่ยม	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นายประทีป	ฉัตรสุภางค์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวดรุณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางเพ็ญพักตร์	อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวศิริพร	ฉวานนท์	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาวศรีธัญญา	เบญจกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางณปภา	สิริศุภกฤตกุล	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุตุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์ กรมควบคุมโรค
นางสมพร	สุวรรณมาโจ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สำนักงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปไตย 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 ฉบับนี้ได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัย ที่มีเนื้อหา ความรู้ ที่เป็นประโยชน์และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ส่งบทความวิชาการส่งมาเพื่อเผยแพร่ อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย เรื่องแรก การพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักร่วมกับการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราระยะพ้นถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลชุมชน เรื่องที่สอง สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เรื่องที่สาม ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่เสพกระท่อมกับอาการถอนยาของผู้ป่วยเสพติดกระท่อม เรื่องที่สี่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน ในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และบทความเรื่อง Naltrexone กับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดโอปิออยด์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความและให้การสนับสนุน ติดตามมา โดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ท้ายนี้ ขอเชิญชวนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวังว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ ของประเทศอันจะนำไปสู่ การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ลำคำ ลักษณ์าภิชนัชช

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการสร้างควมตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด 1
การดื่มสุราและผลกระทบ สำหรับผู้ติดสุราระยะปานกลางในโรงพยาบาลชุมชน
รัฐวุฒิ ศรีสิงหเดช พ.บ., ณิชยา เกียรติเกษม พย.ม.

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู 19
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กวิยา มาณะวิท ท.บ., ส.ม., อนงลักษณ์ กิจลามี ส.บ., ชุมพล ชมะโชติ, ท.บ.,
คมเดช ลาภสุริยะกุล ท.บ., พรพรรณ ชมะโชติ ท.บ.

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เสพกระท่อมกับอาการถอนยาของผู้ป่วยเสพติดกระท่อม 29
ลำขำ ลักขณาภินชัช พ.บ., วิโรจน์ วีระชัย พ.บ., สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด.,
รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม., กาญจนา รัตนพันธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน 45
ในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
ในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
พรชัย พรสวรรค์ วท.ม., นรินทร สุขเกษม ส.บ., ขวัญฤทัย ทรัพย์ละออ ส.บ., พิษณุรักษ์ กันทวิ ปร.ด.

บทความ

Naltrexone กับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดโอปิออยด์ 62
กนก อุตวิชัย พ.บ., ปร.ด., สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา พ.บ.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบแผนการสร้างตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบ สำหรับผู้ติดสุรา ระยะฟื้นถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชน

รัฐวุฒิ ศรีสิงหเดช พ.บ., ณิชยา เกียรติเกษม พย.ม.
โรงพยาบาลมะขาม

Abstract Model Development of Self-Awareness Encouraging and Motivation Enhancement Therapy for Reducing Alcohol Addiction and Its Consequences among People with Alcohol Dependence and Post-Acute Withdrawal Symptoms in a Community Hospital
Srasinghadech R, Keadtikasem N
Makham Hospital

The objective of this action research was to develop the model of Self-awareness encouraging and motivation enhancement therapy for reducing alcohol consumption and its consequences for people with alcohol dependence and post-acute withdrawal symptoms in a community hospital and evaluated the effects of the developed model. Samples were 10 people with alcohol dependence and post-acute withdrawal symptoms who were treated at the Inpatient Department at a community hospital, Makham district, Chanthaburi province during August 2018 to January 2020. They were selected using purposive sampling. The development processes of the model were operated by: analyzing the situation; creating the temporary model

for enhancing awareness of the alcohol consumption and provided individualized motivation therapies according to the stage of change; evaluating and reflecting the temporary model and its consequences; revising the model, following and evaluating the outcomes enhancement two circles; and refining the conceptualization of the final model. Data were collected using the Awareness of alcoholic addiction consequences questionnaire, the Alcohol use disorder identification test, and the Results of laboratory examination record form. Data were collected using Descriptive statistic; Wilcoxon sign rank test, Friedman test and McNemar test. The qualitative data were analyzed using constant comparative method.

The results of this study found that the developed model consisted of four phases including: 1. The Awareness encouraging and motivation enhancement therapy for changing alcohol consumption behaviors; 2. Assessing the stage of changed and providing counseling services to encourage individual motivation based on their stages; 3. Making a plan for behavior modification with the participants, focusing on self-direction and; 4. Supporting constant behavior changed and relapse preventing. The evaluation of the effectiveness of model found that the awareness of alcoholic addiction consequences was significantly higher than baseline ($p < 0.01$). The alcohol drinking behavior among before and after participating the program 1, 3, and 6- month were significant different, at least 1 pair ($p < 0.001$), which after participating the program 1 and 3- month were significant better than baseline ($p < 0.01$); whereas, at 6- month was not different ($p > 0.05$). According to the effects on health status, results showed the comparison of Gamma-glutamyltransferase, Aspartate aminotransferase, and Alanine aminotransferase. Among baseline and after participating the program, 1, 3, and 6- month were different, at least 1 pair ($p < 0.001$). The results of pair comparison showed after participating the program at 1, 3, and 6- month, these enzymes were significant lower than baseline ($p < 0.01$). It can be concluded that the developed model was effective in treating people with alcohol dependence and post-acute-withdrawal symptoms by allowing stop/reduce alcohol drinking continuously, and benefiting the health status by reducing the amount of enzymes that indicate inflammation of the liver to normal level.

Results suggest that the concerned practitioners can use this model as a guide for treating people with alcohol dependence having withdrawal status and should be followed in a longer time frame.

Keywords : Self-Awareness encouraging, motivation enhancement therapy, alcohol dependence, alcohol withdrawal, alcohol drinking behavior

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราระยะพ้นภาวะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลชุมชนและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราและมีภาวะถอนพิษสุรา ที่มารับการรักษาตัวแผนกผู้ป่วยในที่พ้นระยะถอนพิษแล้วของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2563 จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กระบวนการพัฒนารูปแบบมีขั้นตอนการดำเนินงานโดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สร้างรูปแบบชั่วคราวโดยการเสริมสร้างความตระหนักของผู้ติดสุรา และให้การบำบัดรายบุคคลโดยบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทดสอบรูปแบบสะท้อนผลการปฏิบัติ ปรับปรุงและติดตามประเมินผลหลังทดสอบ 2 รอบ และสรุปรูปแบบสุดท้าย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ อាកอร์ถอนพิษสุราของกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดความตระหนักต่อผลกระทบของการดื่มสุราแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มสุราและแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแมกนีมาร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลตลอดเวลา

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ 1. การสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มสุรา 2. ประเมินระดับพฤติกรรมและให้การบำบัดด้วยการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคลตามระยะพฤติกรรม 3. ทำแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้รับการบำบัดโดยเน้นให้กำกับตนเอง 4. สนับสนุนการคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่าความตระหนักต่อการดื่มสุราหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) พฤติกรรม การดื่มสุรา ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < 0.001$) โดย หลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน

ดีกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนหลังเข้าโครงการ 6 เดือน ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าโครงการ ($p > 0.05$) ผลต่อสภาวะสุขภาพประเมินจากปริมาณ แกรมมากลุตตามิลทรานสเฟอรัสและสเฟอโรพอกซีโพรตีนเฟอรัสและอะลานินอะมิโนทรานสเฟอรัส ในเลือดของอาสาสมัครวิจัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < 0.001$) โดยหลังเข้าโครงการ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ติดเชื้อหลังพ้นระยะถอนพิษสุราโดยทำให้หยุด/ลดการดื่มสุรา ได้อย่างต่อเนื่องและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพโดยลดปริมาณเอนไซม์ที่แสดงการอักเสบของตับ จนเข้าสู่ระดับปกติได้ทุกราย โดยมีข้อเสนอแนะว่าผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ติดเชื้อหลังพ้นระยะถอนพิษสุราและควรมีการติดตามผลการศึกษา ในระยะยาว

คำสำคัญ : การสร้างความตระหนัก การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ติดสุรา ถอนพิษสุรา พฤติกรรมการดื่มสุรา

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญของคนไทย จากการสำรวจการดื่มสุรา พบว่า ในปี 2560 ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคน มีคนที่ดื่มสุราในรอบปีที่ผ่านมา 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) ดื่มนาน ๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) โดยกลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราดื่มสูงสุด (ร้อยละ 36) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-44 ปี และอายุ 45-49 ปี มีอัตราดื่มใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 33.5 และ ร้อยละ 31.1 ตามลำดับ¹

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อหลายประการ ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า ขาดความสุข อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด

ฟุ้งซ่าน ขาดสมาธิ ความอดทนต่อความเครียดหรือ ความกดดันลดลง เกิดภาวะหวาดระแวง วิตกกังวล และซึมเศร้า และบุคลิกภาพแปรปรวน มีพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว และไร้สติสัมปชัญญะ² ก่อให้เกิดภาระหนี้สิน นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ที่ไม่ปลอดภัย ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และเป็นสาเหตุ ที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดื่มสุราสัมพันธ์ กับการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว³ นอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด และอาการซึมเศร้าโดยพบว่าผู้ที่ติดสุราร้อยละ 51.2 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง และร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าที่จำเป็นต้อง พบแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น นอกจากนี้ ยังทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ก่อให้

เกิดปัญหาสังคมจากข้อมูลคืออาญาที่มีสาเหตุ มีการดื่มสุราพบว่าความผิดปกติทำให้เสียชีวิต ร้อยละ 59.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศร้อยละ 34.8 ความผิดปกติต่อร่างกายร้อยละ 20.8 และความผิดปกติฐาน ช่มชื่นกระทำซ้ำเรา ร้อยละ 10.5 ผู้ดื่มสุราขาด การควบคุมตัวเอง การก่ออาชญากรรม การทะเลาะวิวาทและการเกิดอุบัติเหตุ สำหรับผลกระทบ ทางกายที่เป็นปัญหาสำคัญคือ ทำให้เกิดโรคตับ จากแอลกอฮอล์ (Alcohol liver disease) ซึ่งผลการจากการศึกษาแบบวิเคราะห์เมตา พบว่า เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดในยุโรป โรคตับจากแอลกอฮอล์ที่รุนแรงที่สุดคือ ตับอักเสบ จากแอลกอฮอล์ (Alcoholic hepatitis) โดยมี อัตราตายสูงสุดในระยะเวลาสั้น (ร้อยละ 30-50 ภายใน 3 เดือน) จากการที่ทำให้การทำหน้าที่ ของตับเสียไป เกิด hyperalbuminemia, elevated bilirubin, high international normalized ratio (INR), prolong partial thromboplastin time (PTT) ซึ่งเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ใน ปริมาณมาก (>40-50 กรัม/วัน) สำหรับโรคตับแข็ง ซึ่งพบได้บ่อยเช่นเดียวกัน มีการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ มากกว่า 30 กรัมต่อวัน โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น ตามปริมาณการดื่ม โดยความชุกของการเกิดโรค ตับแข็งในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 30 กรัมต่อวัน มากกว่า 30 กรัมต่อวันและมากกว่า 120 กรัมต่อวัน เป็นร้อยละ 0.08, 2.2 และ 13.5 ตามลำดับ เมื่อเกิดตับอักเสบ ทำให้เกิดพังผืด (progressive fibrosis) ตับแข็งและกลายเป็นมะเร็งตับตามมา โดยพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ดื่มสุรานั้นต่อเนื่อง

ทำให้เซลล์ตับถูกทำลายโดยกลายเป็นพังผืด (ร้อยละ 20-40) และตับแข็ง (ร้อยละ 20-40) และ ตามมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ascites, variceal bleeding, hepatic encephalopathy, renal failure, and bacterial infection³⁻⁴ ซึ่ง การตรวจวินิจฉัยประเมินได้จากระดับ gamma glutamyltranspeptidase (GGT) และ aspartate amino transferase (AST) ในเลือด ซึ่งสามารถ บ่งชี้การเกิดโรคตับจากแอลกอฮอล์ในระยะแรก เริ่มได้ (early Alcohol liver disease: early ALD) ส่วนโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่รุนแรง (Advanced ALD) ประเมินได้จากการลดต่ำลงของระดับ อัลบูมินในเลือด และเกล็ดเลือดการมี INR และ bilirubin สูง นอกจากนี้การประเมินว่าผู้ดื่มสุรายังคงมีการดื่มอยู่ สามารถประเมินได้จากระดับ GGT5 ส่วนผู้ที่มีปัญหาโรคตับจากแอลกอฮอล์ ประเมินจาก AST /ALT ratio หากมีค่า>1 แสดงถึง การมีตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ และหากมีค่า มากกว่า 2 แสดงถึง advanced cirrhosis⁶ ทั้งนี้ผู้ที่ดื่มสุราที่เป็นผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีก มีความรู้สึกอยากดื่มมากจนไม่สามารถควบคุม การดื่มได้ แม้ทราบว่า จะเกิดผลเสียตามมา ต่อมจนละเลยกิจกรรมอื่น ๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ จนเกิดปัญหาพฤติกรรมสมองความจำและปัญหา สุขภาพตามมารวมทั้งมีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม กระทั่งถอน (Withdrawal syndromes) โดย กลุ่มอาการขาดสุราหรือถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal syndromes) เป็นกลุ่มอาการ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบ

ประสาทส่วนกลางซึ่งพบได้ในผู้ที่หยุดติ่มสุรา กระทั่งหัน หลังจกติ่มติดต่อกันมานาน 14-21 วัน มักพบในผู้ที่ติ่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2/3 ขวดต่อวัน ทั้งนี้มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการตัวสั่น ตึงเครียด ประสาทหลอน สับสน วุ่นวาย หรือชัก โดยอาจพบอาการเหล่านี้ได้ในผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-3 วัน ด้วยเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ขาดสุราระกัทันหัน⁷

การรักษาผู้ที่เป็นโรคตับจากแอลกอฮอล์ ต้องการการรักษาที่เฉพาะ เช่น การให้ยากลุ่ม corticosteroid และ/หรือ N-Acetylcysteine โดยมีรายงานว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 เดือนได้ 8% vs 24% ซึ่งแพทย์จะพิจารณาหยุดให้ corticosteroid หลังจาก 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีการประเมิน chest X-rays, urinalysis, blood culture, และ ascites ร่วมด้วย รวมทั้งอาจพิจารณาให้ Empiric antibiotic ในผู้ที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อ เพื่อป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต รวมทั้งลดอุบัติการณ์ของการเกิด hepatorenal syndrome และ infection⁸ สำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย Corticosteroid ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอการรักษาด้วยการเปลี่ยนถ่ายตับ (Liver transplantation) โดยผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิต⁹ สำหรับผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา การรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การผูกมัด (restraint) ร่วมกับการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine, Clonidine, และ Haloperidol ร่วมกับยากลุ่ม Adjunctive agents ในการรักษาภาวะ Adrenergic hyperactivity และ Delirium นอกจากการรักษาทางยาเพื่อ

บำบัดอาการทางกายแล้ว การบำบัดทางจิตสังคมเป็นแนวทางการรักษาที่สำคัญและทำควบคุ้กันไป โดยจะทำเมื่อผู้ติ่มสุราพ้นระยะถอนพิษสุรา เพื่อลดพฤติกรรมติ่มและปริมาณ โดยจากรายงานการวิจัยต่างประเทศมีการนำเสนอโปรแกรมที่หลากหลาย ได้แก่ Psychodynamic behavioral, motivational interventions ปัจจุบัน โปรแกรมที่นิยมใช้ในการแก้ปัญหาการติ่มสุรา ได้แก่ Motivational Interviewing (MI), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Brief Intervention (SBI) และ Twelve step facilitation ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามืผลดีในการบำบัดผู้ติ่มสุรา⁹⁻¹² แต่การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสำหรับบำบัดผู้ติ่มสุราที่มีอาการขาดสุรายังพบไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เน้นการบำบัดทางด้าน biological หรือร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับแนวทางการบำบัดผู้ติ่มสุราในประเทศไทย ได้ออกแบบเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ เน้นที่ประชาชนทั่วไปทั้งผู้ที่ไม่ติ่มสุรา และกลุ่มผู้ติ่มสุราโดยใช้มาตรการต่าง ๆ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคสุรา เช่น การให้ความรู้และสุขศึกษาการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมโดยการโฆษณา การบังคับใช้กฎหมายและการเสริมสร้างพลังความสามารถของบุคคลในการหลีกเลี่ยงการติ่มสุรา ระดับทุติยภูมิ เน้นที่การค้นหาและวินิจฉัยผู้มีปัญหาจากการติ่มสุราตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยเน้นในกลุ่มผู้ติ่มแบบเสี่ยง และติ่มแบบอันตราย แต่ยังไม่ติ่มสุราประกอบด้วยการคัดกรองและการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) ส่วนระดับตติยภูมิ เป็นการรักษาผู้ติ่มสุราแล้ว

ด้วยการประเมินและรักษาภาวะถอนพิษสุรา การให้การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) การบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นต้น เพื่อเป็นการลดพฤติกรรม การดื่มสุรา¹³ ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ติดสุราที่มีอาการขาดหรือถอนพิษสุราในช่วงที่มีอาการทำได้ยาก เพราะการรับรู้ยังไม่ปกติ มักจะเริ่มทำเมื่อพ้นระยะถอนพิษแล้ว โดยจากการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่พบรูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการดูแลเพื่อลดพฤติกรรมดื่มสุรา คือการทำให้ผู้ดื่มสุรามองเห็นปัญหาของตนเอง และยอมรับการดูแลรักษา โดยสร้างความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มสุรา โทษของการดื่มสุรา รวมถึงวิธีการที่จะลดหรือเลิกพฤติกรรมบริโภคสุราของตนเองได้ในที่สุด และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ¹⁴ ทั้งนี้ ความตระหนักเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้าเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยเกิดจากการมีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) อารมณ์ความรู้สึก (Affective component) ในการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ และพฤติกรรม (Behavioral component) โดยแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทาง โดยบุคคลจะเกิดพฤติกรรมหลังจากตระหนักรู้ และนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรม¹⁵ ดังนั้น การสร้างความตระหนักต่อผลเสียของการดื่มสุราแบบติดและมีกลุ่มอาการถอนพิษสุราจึงน่าจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดื่มสุรา

โดยจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ารูปแบบการสร้างความตระหนักสามารถทำนายการกลับซ้ำของการหยุดดื่มสุราในระยะยาว¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการบำบัดผู้ติดสุราวิธีหนึ่ง คือ การสร้างแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุรา ด้วยการสร้างความตระหนักในปัญหา ปรับวิธีการคิดเพิ่มความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การบำบัด หลักการบำบัดวิธีนี้ ประกอบด้วย การแสดงความเข้าใจผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการได้เห็นถึงความขัดแย้ง ระหว่างพฤติกรรมปัจจุบัน กับสิ่งที่ต้องบรรลุ หลีกเลี่ยงการขัดแย้งหรือเอาชนะ โอนอ่อนตามแรงต้าน เพื่อเปลี่ยนการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับบริการ และสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของผู้รับบริการ ช่วยเพิ่มเปอร์เซ็นต์ของวันที่กลุ่มตัวอย่างงดดื่มสุรา¹⁷ นอกจากนี้ผลการศึกษาในไทยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาลในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรามากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁸

จากการดำเนินงานการดูแลผู้ติดสุราในโรงพยาบาลมะขามซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้รับบริการในคลินิกเลิกสุรา ปี 2558-2561 เท่ากับ 52, 40 และ 57 คนตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงในการดื่มเป็นแบบติด ร้อยละ 80.77, 62.5 และ 50.88 ผู้ติดสุรามีภาวะถอนพิษสุรา ร้อยละ 82.70, 87.50 และ 38.60 ตามลำดับ ผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดเลิกสุรา เลิกได้ ร้อยละ 45.23, 40.74 และ 37.5 ตามลำดับ กลับไปดื่มซ้ำ

ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 11.90, 7.41 และ 12.5 ตามลำดับ ทั้งนี้โรงพยาบาลมะขามได้มีการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งสามารถลดวันนอนเฉลี่ยจาก 7 วันเป็น 5 วัน อย่างไรก็ตามยังพบผู้ติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบางรายกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาเดิม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่เป็นอยู่ ยังไม่สามารถสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้อย่างถาวรซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและอาจนำไปสู่ปัญหาครอบครัวหรือปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายดังกล่าวข้างต้นด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ความตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบต่อผู้ติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะถอนพิษและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบต่อความตระหนักในการลดหรือเลิกดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุราและสภาวะสุขภาพโดยมุ่งหวังว่าจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพและลดความสูญเสียจากการดื่มสุราในที่สุดรวมทั้งเป็นต้นแบบในการบำบัดผู้ติดสุราเรื้อรังเมื่อพ้นระยะถอนพิษสุราสำหรับสถานบริการอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยทำการศึกษาในประชากรทั้งหมดที่ติดสุราและมีภาวะถอนพิษสุรา ที่มารับการรักษาตัวแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะขาม

อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ดื่มสุราที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) อยู่ในระดับกลุ่มดื่มแบบอันตราย และกลุ่มดื่มแบบติดที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดสุรา (Alcohol dependence) และมีภาวะถอนพิษสุราขณะอยู่โรงพยาบาล 3) อยู่ในระยะพ้นถอนพิษสุราและแพทย์วินิจฉัยว่ามีการรับรู้เป็นปกติก่อนเข้าร่วมรับการบำบัดตามรูปแบบ 4) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 5) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการบำบัดและยินยอมให้ถ่ายวิดีโอทัศนเมื่อมีอาการถอนพิษสุราขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกณฑ์การตัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช 2) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย หลังเข้าร่วม ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ปริมาณที่ดื่มต่อวัน

1.2 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test หรือ AUDIT)¹⁹ ประกอบด้วย 10 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคสุราในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ประเมินผลโดยการคิดคะแนนรวม มีคะแนนระหว่าง 0-40 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol drinking behavior) เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย/ไม่ดื่ม (low risk drinking) 0-7 คะแนน 2) ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) 8-15 คะแนน 3) ดื่มแบบมีปัญหา/แบบอันตราย (harmful drinking) 16-19 คะแนน และ 4) ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 20-40 คะแนน คะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนน บ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหา ค่าความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 1.3) แบบวัดความตระหนักต่อการดื่มสุราพัฒนา โดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนน 1-5) โดยมีค่าความเชื่อมั่นและสอดคล้องภายใน 0.70 และ 1.4 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (GGT, AST และ ALT) เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วิดีทัศน์ อาการถอนพิษสุราของกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล มีความยาว 1 นาที 30 วินาที ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สภาพทั่วไปของผู้ติดสุรา เป็นวิดิทัศน์สภาพโดยทั่วไปที่ยังไม่มีอาการของภาวะถอนพิษสุรานาน 30 วินาที ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์และตรวจประเมินช่วงที่เริ่มมีอาการถอนพิษสุราโดยแพทย์หรือพยาบาล 30 วินาที ส่วนที่ 3 อาการผู้ป่วยขณะเกิดภาวะถอนพิษสุรา 30 วินาที

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ CTIREC 055 ตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหาารูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราที่ใช้อยู่เดิมร่วมกับทีม ศึกษาทบทวนวิธีการบำบัดแบบต่าง ๆ จากงานวิจัยและนำมาเป็นข้อมูลในการร่วมกันออกแบบรูปแบบการบำบัดชั่วคราว

2. อธิบายกลุ่มเป้าหมายและญาติเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและสอบถามความสมัครใจในการร่วมโครงการขอความยินยอมในการถ่ายวิดีโออาการขณะเกิดถอนพิษสุราโดยชี้แจงให้ทราบว่าวิดีโอจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ให้มีใครเข้าถึงข้อมูลนอกจากผู้วิจัย และจะทำลายทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย

3. ประเมินความพร้อมของอาสาสมัครวิจัยด้านการรับรู้โดยแพทย์และความสมัครใจในการดูวิดีโอที่บันทึกไว้ก่อนเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้งหลังพ้นระยะถอนพิษ เมื่อยินยอม จึงทำการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและเริ่มดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นชั่วคราว โดยให้อาสาสมัครวิจัยดูวิดีโออาการถอนพิษสุราของตนเองใช้เวลาประมาณ 2 นาที ประเมินความรู้สึก และการตระหนักรู้ต่อผลกระทบของการดื่มสุรา

4. ให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) การบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาแรงจูงใจ ร่วมกับการให้ดูวิดีโออาการถอนพิษสุราการบำบัดครั้งที่ 2 การให้

การศึกษาในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบำบัดครั้งที่ 3 ออกแบบจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลและการบำบัดครั้งที่ 4 การป้องกันการกลับไปเสพยาและยุติการบำบัด

5. การประเมินและติดตามผล โดยประเมินความตระหนักต่อผลกระทบของการดื่มสุราหลังบำบัดครั้งที่ 1 และประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสภาวะสุขภาพ (ปริมาณสาร GGT, AST และ ALT) หลังการบำบัดครบ 4 ครั้ง ในเดือนที่ 1 สะท้อนผลการปฏิบัติตามรูปแบบในวงจรที่ 1 ร่วมกันระหว่างทีมวิจัย พิจารณาปรับรูปแบบในส่วนที่พบปัญหาและดำเนินการต่อตามรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่

6. ประเมินและติดตามผลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสภาวะสุขภาพ (ปริมาณสาร GGT, AST และ ALT) ในเดือนที่ 3 (วงจรที่ 2) สะท้อนผลการปฏิบัติ และดำเนินการต่อตามรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ ติดตามประเมินผลในเดือนที่ 6 และสรุปรูปแบบ (Final model)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาวิลค็อกซอนไซน์แรนค์ (Wilcoxon Signed Ranks) ฟริดแมน (Friedman test) และแมกนีมาร์ (McNemar) ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบต่อเนื่องตลอดเวลา (Constant comparative method)

ผล

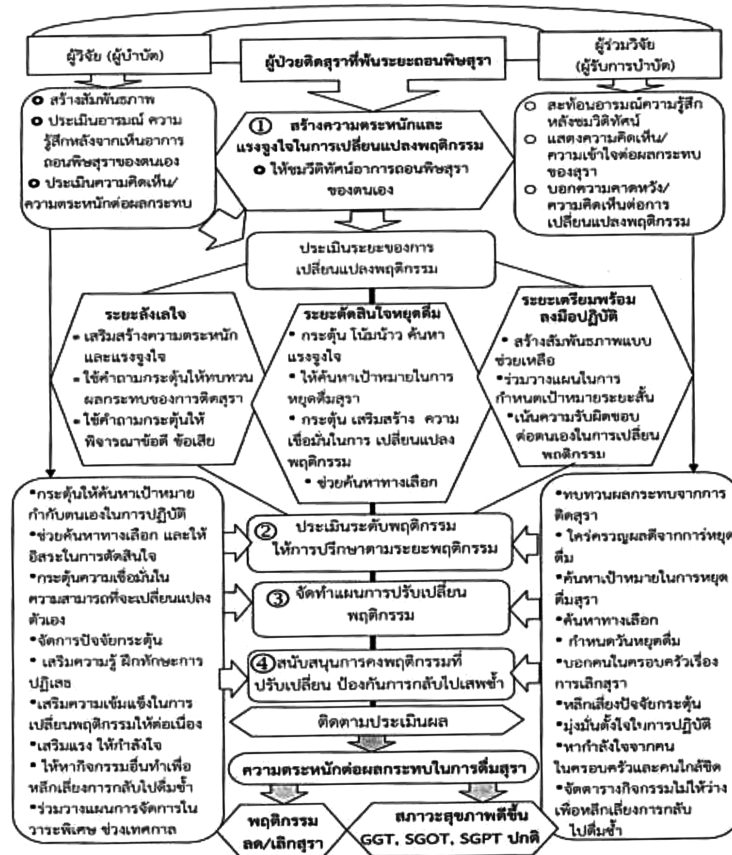
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครวิจัยอาสาสมัครวิจัยเป็นผู้ติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งชายและหญิงจำนวน 10 คน โดยเป็นเพศชาย 8 คน (ร้อยละ 80.00) หญิง 2 คน (ร้อยละ 20.00) อายุเฉลี่ย 42.50 ± 7.65 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.00) ระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.00) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50.00) เกษตรกร (ร้อยละ 50.00) และมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.00) อายุเฉลี่ยการดื่มสุราครั้งแรกคือ 20.70 ± 6.48 ปี ชนิดของสุราที่ดื่มเป็นเหล้าขาว (ร้อยละ 100) ระยะเวลาที่ดื่มเฉลี่ย 16.10 ± 6.24 ปี ปริมาณที่ดื่ม > 10 ดื่มมาตรฐาน (1 แบนขึ้นไป) (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการสร้างความตระหนัก ร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราที่พ้นภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษานี้ นำเสนอรูปแบบสุดท้าย (Final model) ที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นความร่วมมือของผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้การบำบัดและอาสาสมัครวิจัย ซึ่งเป็นผู้รับการบำบัด ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ ให้ชมวิดิทัศน์อาการถอนพิษสุราของตนเอง ประเมินอารมณ์ความรู้สึก ความตระหนักต่อผลกระทบของการดื่มสุราและประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนเริ่มการบำบัด 2) ประเมินระดับพฤติกรรม

และให้การบำบัดด้วยการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคลตามระยะพฤติกรรมซึ่งประเมินได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะลึกลับใจ ระยะตัดสินใจหยุดดื่มและระยะเตรียมพร้อมลงมือปฏิบัติ 3) ทำแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้รับการบำบัดโดยเน้นให้กำกับตนเอง กระตุ้นความเชื่อมั่นความสามารถตนเอง เสริมแรงและความเข้มแข็งในการเปลี่ยนพฤติกรรมให้ต่อเนื่อง จัดการปัจจัยกระตุ้น และ 4) สนับสนุนการคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนและป้องกันการกลับไปเสพยา โดยติดตามผลพฤติกรรมการลด/เลิกสุรา และสถานะสุขภาพเป็นระยะ หลังให้การบำบัดตาม

วงจรกิจย ในเดือนที่ 1 (วงจรกิจ 1), 3 (วงจรกิจ 2), และ 6 (สิ้นสุดการวิจัย) โดยติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่าความตระหนักต่อผลกระทบของการดื่มสุราพฤติกรรมการดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยและสภาวะสุขภาพ ตามวงจรกิจย และสรุปรูปแบบเมื่อได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการวิจัย ทั้งนี้ สามารถสรุปรูปแบบสุดท้าย (Final model) ในการสร้างความตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชนได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างความตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้าง
ความตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบ
สำหรับผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุราใน
โรงพยาบาลชุมชน

3.1 ผลการเปรียบเทียบความตระหนักต่อ
การดื่มสุรา ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครวิจัย
มีความตระหนักต่อผลกระทบของการดื่มสุรา
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความตระหนักต่อผลกระทบของการดื่มสุราก่อนและหลังรับการบำบัดครั้งที่ 1 ($n = 10$)

ความตระหนักต่อการดื่มสุรา	$\bar{X} \pm S.D$	ต่ำสุด-สูงสุด	Wilcoxon signed Ranks	p -value
ก่อนรับการบำบัด	48.40±9.29	38-64	-2.805	.005
หลังรับการบำบัดครั้งที่ 1	69.40±4.95	61-74		

3.2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม
การดื่มสุราของอาสาสมัครวิจัยก่อนและหลังเข้ารับ
การบำบัดครบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน
จำแนกตามการจัดกลุ่มตามเกณฑ์ AUDIT พบว่า
ก่อนเข้าร่วมโครงการ อาสาสมัครวิจัยทุกราย
(ร้อยละ 100) มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบติด
(ร้อยละ 100) ภายหลังเข้ารับการบำบัดครบ
1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ทุกรายหยุดดื่มสุรา

โดยอยู่ในเกณฑ์ เสี่ยงน้อย (ร้อยละ 100) และ
ภายหลังเข้ารับการบำบัดครบ 6 เดือน พบว่ามี 2 ราย
ที่กลับมาดื่ม โดยรายที่ 1 อยู่ในระดับเสี่ยงน้อยและ
รายที่ 2 อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยง โดยผล
การเปรียบเทียบพบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา
ของอาสาสมัครวิจัย ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด
ครบ 1, 3 และ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย
1 คู่ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังเข้ารับการบำบัด
ครบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน จำแนกตามการจัดกลุ่มตามเกณฑ์ AUDIT ($n = 10$)

พฤติกรรม การดื่มสุรา	ก่อนบำบัด (คน)	หลังบำบัด[คน (%)]			Friedman Test	p -value
		1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน		
low risk drinking	0	10(100%)	10(100%)	9(90%)		
hazardous drinking	0	0	0	1 (10%)	28.714	$P < 0.001$
harmful drinking	0	0	0	0		
alcohol dependence	10(100%)	0	0	0		

ผลการศึกษาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าระหว่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดครบ 1 เดือน
และ 3 เดือนอาสาสมัครวิจัย มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
ส่วนระหว่างก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดครบ 6 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุรา ก่อนและหลังบำบัดครบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นรายคู่ จำแนกตามการจัดกลุ่มตามเกณฑ์ AUDIT (n =10)

ผลการเปรียบเทียบ รายคู่	ก่อนบำบัด (คน)	หลังบำบัด [คน (%)]			McNeMar	p-value
		1 เดือน (0)	3 เดือน (3)	6 เดือน (6)		
low risk drinking	0	10 (100%)	10 (100%)	9 (90%)	0*1	.002
hazardous drinking	0	0	0	1 (10%)	0*3	.002
harmful drinking	0	0	0	0	0*6	1.000
alcohol dependence	10 (100%)	0	0	0		

3.3 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพก่อนและหลังรับการบำบัดครบตามรูปแบบ

ที่พัฒนาขึ้น

ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพก่อนและหลังรับการบำบัดประเมินจากปริมาณ GGT, AST และ ALT ในกระแสเลือด พบว่า ปริมาณ GGT ก่อนและหลังบำบัดครบเป็นระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < 0.001$) โดยก่อนเข้ารับการบำบัด ค่าเฉลี่ย GGT ในเลือดอยู่ในระดับสูงมาก และลดลงเป็นลำดับหลังเข้ารับการบำบัดครบ 1 และ 3 เดือน นอกจากนี้ภายหลังบำบัดครบ 6 เดือน พบว่าปริมาณ GGT ลดลงอยู่ในระดับปกติ โดยผลการเปรียบเทียบจำแนกเป็นรายคู่พบว่าหลังบำบัดครบ 1, 3 และ 6 เดือน ปริมาณ GGT ในกระแสเลือด ต่ำกว่าก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$, $p < 0.01$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) สำหรับ ปริมาณ AST ในกระแสเลือดของอาสาสมัครวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับสูง หลังเข้ารับการบำบัดครบ 3 และ 6 เดือน ลดลงสู่ระดับปกติ

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังบำบัดครบ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($p < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าหลังบำบัดครบ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าอาสาสมัครวิจัยมีระดับ AST ในกระแสเลือด ต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$, $p < 0.01$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนปริมาณ ALT ก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับสูง และลดลงเป็นลำดับหลังรับการบำบัดครบ 1 และ 3 เดือนและลดลงสู่ระดับปกติหลังรับการบำบัด 6 เดือน โดยผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังบำบัดครบ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$) สำหรับผลการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าหลังบำบัดครบ 1, 3 และ 6 เดือน อาสาสมัครวิจัยมีระดับ ALT ในกระแสเลือด ต่ำกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สถานะสุขภาพ โดยเปรียบเทียบปริมาณสาร GGT, AST และ ALT ในกระแสเลือด ของอาสาสมัครวิจัยก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดครบ 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน (n=10)

สถานะสุขภาพ	$\bar{X} \pm S.D$	median	Mean Rank	รายคู่	Statistic Test	p-value
GGT (ค่าปกติ 0-51 IU/L)						
ก่อนเข้ารับการบำบัด (0)	346.60±255.87	271	3.90		27.840 ^F	<0.001
หลัง 1 เดือน (1)	172.40±134.82	88	3.10	0*1	-2.701 ^w	.007
หลัง 3 เดือน (3)	76.80±54.38	55	1.90	0*3	-2.803 ^w	.005
หลัง 6 เดือน (6)	49.00±13.09	46	1.10	0*6	-2.803 ^w	.005
AST (ค่าปกติชาย 8-46 U/L, หญิง 7-34 U/L)						
ก่อนเข้ารับการบำบัด (0)	176.97±71.39	180.50	3.90		24.840 ^F	<0.001
หลัง 1 เดือน(1)	79.45±68.29	55.20	3.00	0*1	-2.701 ^w	.007
หลัง 3 เดือน (3)	42.00±38.02	29.00	1.80	0*3	-2.803 ^w	.005
หลัง 6 เดือน (6)	24.86±7.83	22.20	1.30	0*6	-2.803 ^w	.005
ALT (ค่าปกติชาย 10 -40 U/L, หญิง 7-35 U/L)						
ก่อนเข้ารับการบำบัด (0)	106.72 ± 65.57	104.65	3.90		25.560 ^F	<0.001
หลัง 1 เดือน (1)	67.72±56.39	47.70	3.00	0*1	-2.701 ^w	.007
หลัง 3 เดือน (3)	42.76±45.36	31.15	1.90	0*3	-2.803 ^w	.005
หลัง 6 เดือน (6)	22.32±8.11	20.35	1.20	0*6	-2.701	.007

หมายเหตุ ^F = Friedman Test, ^w = Wilcoxon signed-rank test

วิจารณ์

รูปแบบการสร้างควมตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุรา และผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่เป็นความร่วมมือของผู้ให้การบำบัด และผู้รับการบำบัด โดยผสมผสานแนวคิดการสร้าง ความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของ การดื่มสุราและการสร้างแรงจูงใจตามระยะ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินระดับพฤติกรรมและ ให้การบำบัดด้วยการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจตามเป็นรายบุคคลตามระยะพฤติกรรม ทำแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้รับการบำบัด โดยเน้นให้กำกับตนเอง กระตุ้นความเชื่อมั่น ความสามารถตนเอง เสริมแรงและความเข้มแข็ง ในการเปลี่ยนพฤติกรรมให้ต่อเนื่อง จัดการปัจจัย กระตุ้นและสนับสนุนการคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งผลการศึกษา พบว่าทำให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อ

การดื่มสุราเพิ่มขึ้นและทำให้อาสาสมัครวิจัยสามารถลดและเลิกสุราได้สำเร็จ เห็นได้จากก่อนเข้าร่วมโครงการ อาสาสมัครวิจัยทุกรายมีพฤติกรรมการดื่มแบบติด ภายหลังจากเข้ารับการบำบัดครบ 1 เดือนและ 3 เดือนพบว่า ทุกรายหยุดดื่มได้และภายหลังจากเข้ารับการบำบัดครบ 6 เดือน พบว่า 8 ราย ยังคงเลิกสุราได้ มีเพียง 2 ราย ที่กลับมาดื่ม โดยรายที่ 1 ยังอยู่ในระดับเสี่ยงน้อยและรายที่ 2 อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยงแสดงให้เห็นว่า การสร้างความตระหนักด้วยการให้ชมวิดิทัศน์อาการถอนพิษสุราของตนเองก่อให้เกิดการตระหนักรู้ถึงผลเสียของการดื่มสุราได้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของเบรกเลอร์¹⁵ ที่ว่าความตระหนักเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งเร้าเมื่อเกิดการตระหนักรู้จึงนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา²⁰ ที่พบว่าปัจจัยภายในตน คือ ความตระหนักในภาวะสุขภาพ หรือผลกระทบจากการดื่มสุราเป็นแรงผลักดันให้ผู้เคยติดสุราอยากเลิกดื่มสุรา และสอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงและการรักษาผู้ติดสุรา ที่พบว่า การเพิ่มความตระหนักในปัญหาของการดื่มสุราเป็นปัจจัยจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดื่มสุรา²¹⁻²² นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับโปรแกรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วม²¹ ซึ่งติดตามผลพฤติกรรมใน 4 สัปดาห์แต่การศึกษาครั้งนี้ติดตามเป็นเวลา 6 เดือน แสดงให้เห็นว่าการสร้างความตระหนัก

ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงทนในระยะยาวขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสร้างความตระหนักสามารถทำนายการกลับซ้ำของการหยุดดื่มสุรา¹⁶ อย่างไรก็ตาม การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราด้วยการให้อาสาสมัครวิดิทัศน์อาการถอนพิษสุราของตนเอง เป็นรูปแบบใหม่ที่น่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าจะผ่านการประเมินความพร้อมและความสมัครใจในการถ่ายวิดิทัศน์และดูอาการถอนพิษของตนเองก็ตาม บุคลากรทีมสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ เพราะอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) ทั้งนี้ความรู้สึกเป็นตราบาปจะลดลงได้หากอาสาสมัครได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ในการให้การยอมรับ ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษ รวมทั้งหากสามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้สำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้และการเกิดตราบาป²³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถของบุคคลในการที่จะรับมือหรือต่อสู้กับการเกิดตราบาป มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พลังอำนาจในตนเองโดยรวมและพลังอำนาจในสมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยผู้ที่รับรู้ในทางบวก มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถทำสิ่งใดสิ่งหรือพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด จะมีความสามารถในการ

ต่อสู้กับเกิดตราบาป โดยมีการเกิดตราบาปอยู่ในระดับต่ำ²⁴

สำหรับประสิทธิผลของรูปแบบต่อสภาวะสุขภาพ พบว่าภายหลังเข้ารับการรักษาบำบัดครบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ปริมาณ GGT, AST และ ALT ในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญ โดยทั้งหมดเป็นเอนไซม์ที่บ่งบอกถึงการอักเสบหรือบาดเจ็บของเซลล์ตับซึ่งค่า GGT ที่สูงขึ้น เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ 3 ครั้งต่อวันขึ้นไป พบในช่วง 2-3 สัปดาห์ก่อนตรวจเลือด ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่ายังดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จะมีระดับของสาร GGT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจะลดลงสู่ระดับปกติเมื่อหยุดดื่มสุราใน 5 สัปดาห์²⁵ นอกจากนี้ ผลการศึกษา มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาผลการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลภูกระดึง²⁶ ที่พบว่า หลังการบำบัด ปริมาณ AST และ ALT ลดลง

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างควมตระหนักร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราและผลกระทบสำหรับผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุรา มีประสิทธิผลในการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราแก่ผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยลดหรือหยุดดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่องและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยลดปริมาณเอนไซม์ที่แสดงถึงการอักเสบหรือบาดเจ็บของตับ ได้แก่ GGT, AST และ ALT สู่ระดับปกติเมื่อสิ้นสุดการศึกษา โดยมีข้อเสนอแนะว่าผู้ที่รับผิดชอบคลินิกบำบัดผู้ติดสุราในโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำรูปแบบจากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ติดสุราที่พ้นระยะถอนพิษสุรา ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องให้มีสมรรถนะในการประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิกสุราตามระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาต่อไปควรมีการติดตามผลการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินการกลับมาติดซ้ำ โดยควรมีศึกษากลยุทธ์ในการกระตุ้นติดตามเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถเลิกสุราได้อย่างถาวร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ดร.ชดช้อย วัฒนะ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ อาจารย์นายแพทย์วิชูวัต สำราญกิจดำรงค์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลประปกเกล้า ที่ให้ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ ผลการวิจัย มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองสถิติสังคมสำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด; 2561.
2. Saunders, J.B., Williams, S.M., & Kypri, K. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: A double-blind randomized controlled. *Addiction* 2004; 99:1410-17.
3. Lucey M, Mathurin P, Morgan TR. Alcoholic hepatitis. *N Engl J Med* 2009;360:2758–69.
4. Adachi M, Brenner D. Clinical syndromes of alcoholic liver disease. *Dig Dis Sci* 2005;23:255–63.
5. Hock B, Schwarz M, Domke I, et al. Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gamma-glutamyltransferase (gamma-GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of on-alcoholic and alcoholic origin. *Addiction* 2005;100:1477–86.
6. Alatalo P, Koivisto H, Puukka K, et al. Biomarkers of liver status in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers. *Alcohol Alcohol* 2009;44:199–203.
7. Mathurin P, Bataller R. Trends in the management and burden of alcoholic liver disease. *J Hepatol* 2015; 62(1 Suppl):S38-46
8. Nguyen-Khac E, Thevenot T, Piquet MA, Benferhat S, Gorla O, Chatelain D, et al. Glucocorticoids plus N-acetylcysteine in severe alcoholic hepatitis. *N Engl J Med* 2011;365:1781–89.
9. Reyes-Rodríguez MF, Mejía-Trujillo J, Pérez-Gómez A, Cardozo F, Pinto C. Effectiveness of a Brief Intervention based on Motivational Interviewing in Colombian Adolescents. *Psicología: Teoría e Investigación*. 2015; 33:1-7.
10. Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive Behavioral Interventions for Alcohol and Drug Use Disorders: Through the Stage Model and Back Again. *Psychol Addict Behav* 2017; 31(8):847-61.
11. Piñeiro B, FdRE, López-Durán A, & Becoña E. ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? *Anales de Psicología* 2014;30:123-32.
12. Witbrodt J, YuYe, Bond J, Chi F, Weisner C, Mertens J. Alcohol and drug treatment involvement, 12-step attendance and abstinence: 9-year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan. *J Subst Abuse Treat* 2014;46(4):412-9.
13. นภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากร สุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์; 2554.
14. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. ขอนแก่น : เพ็ญพรินติ้ง; 2546.
15. Breckler, S.W. Attitude Structure and Function. New York: L Erlbaum Association; 1986.
16. Jay GH, Richard DY and Ernest J. Application of the Self-Awareness Model of Alcohol Consumption: Predicting Patterns of Use and Abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*.1986; 51:790-96.
17. Dieperink E, Fuller B, Isenhardt C, McMaken K, Lenox R, Pocha C, et. al. Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *Addiction* 2014;109:1869-77.

18. Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J. RCT of Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy Delivered by Nurses for Hazardous Drinkers in Primary Care Units in Thailand. *Alcohol and Alcoholism* 2010;45:263-70.
19. ปรีทรรรศ ศิลปะกิจ, พันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์;2553.
20. ภาวดี โตท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูตร,ชมนาด วรรณพรศิริ. ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์* 2551; 2: 45-61.
21. สายชล ยุบลพันธ์. ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
22. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา. ขอนแก่น : เพ็ญพรี้นดิ่ง;2546.
23. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, & Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 37(2):316-23.
24. Okhakhume, A.S. Influence of psychological factors on self and perceived stigma and the efficacy of cognitive behaviour therapy in symptoms reduction among mentally ill patients. *IFE Psychologia: An International Journal* 2012; 20(2):39-50
25. Allen, J.P.& Litten, R.Z. The role of laboratory testing in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20:81-85.
26. วิไลลักษณ์ ยันต์วิเศษ. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลภูกระดึง. (การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

นิพนธ์ต้นฉบับ

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเสพยา กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กวิยา มาณะวิท ท.บ., ส.ม., อนงลักษณ์ กิจล่ำมี ส.บ., ชุมพล ชมะโชติ ท.บ.,
คมเดช ลาภสุริยะกุล ท.บ., พรพรรณ ชมะโชติ ท.บ.
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Dental caries and Oral hygiene status among Patient Taking Methamphetamine in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment
Manavid K, Kitlummee A, Chamachot M, Lapsuriyakul K, Chamachot P
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Methamphetamine-induced caries (MIC) is the rampant caries often found in methamphetamine (MA) users and is often called “meth mouth”. This cross-sectional survey research has the objectives to study oral health status of patient taking methamphetamine in Thanyarak hospital. The population was patient taking methamphetamine and admitted in compulsory system ward, Thanyarak hospital in September 2019. The samples 176 patients were oral examined and collected. This study were analyzed using descriptive statistics.

The results found that prevalence of dental caries in patient taking methamphetamine was 97.03 percent with the mean DMFT of 11.71, 7.24 decayed permanent teeth per person. Most of dental caries found in lower right posterior teeth, 29.3 percent of caries were found in mesial or distal surface, which was close

to buccal and lingual surface (30.04 percent) and 40.65 percent of the caries in occlusion surface. The average tooth loss of 3.72 per person, most were found in lower left posterior teeth.

Keywords : methamphetamine taking, dental caries, oral health

บทคัดย่อ

ยาบ้าและไอซ์ เป็นยาเสพติดที่มีสารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีนนอกจากผลที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและสุขภาพช่องปาก โดยพบว่าผู้ที่เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนจะมีอาการปากแห้ง (xerostomia) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และมีปัญหาช่องปากมากกว่าคนทั่วไป การศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีน จะช่วยในการวางแผนการรักษาและการป้องกันทางทันตกรรมกับผู้ป่วย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ดำเนินการศึกษา 1-30 กันยายน 2562 โดยการตรวจช่องปากผู้ป่วยเสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ในระบบบังคับบำบัดจำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการตรวจในช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแสดง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 97.03 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ผุ เท่ากับ 11.71 ซึ่งต่อคน ฟันผุเฉลี่ย 7.24 ซึ่งต่อคน บริเวณที่มีความชุกของโรคฟันผุมากที่สุดพบที่บริเวณฟันหลังล่างด้านขวา (ร้อยละ 22.68) เมื่อจำแนกตามตำแหน่งของฟันพบฟันผุบริเวณซอกฟันหรือด้านประชิดของฟันทั้งด้านใกล้กลางและไกลกลาง ร้อยละ 29.3 ซึ่งใกล้เคียงฟันที่ผุบริเวณผิวเรียบ (smooth surface) ซึ่งได้แก่ด้านแก้มและด้านลิ้น/เพดาน ร้อยละ 30.04 และฟันผุบริเวณด้านบดเคี้ยวเท่ากับร้อยละ 40.65 ค่าเฉลี่ยการสูญเสียฟันอยู่ที่ 3.73 ซึ่งต่อคน บริเวณที่มีอัตราสูญเสียฟันมากที่สุดพบที่ฟันหลังล่างด้านซ้าย (ร้อยละ 23.2)

การผุบริเวณผิวเรียบของฟันมีความเกี่ยวข้องกับอาการปากแห้งจากการใช้ยา จึงควรศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการปากแห้งกับปริมาณยากลุ่มเมทแอมเฟตามีน และความชุกของโรคฟันผุ อีกทั้งศึกษาวิธีการป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการผุ เพื่อจะได้วางแผนการดูแลรักษาต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเสพยาเมทแอมเฟตามีน ฟันผุ สุขภาพช่องปาก

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาความมั่นคงปลอดภัยของมนุษยชาติ (Human security) และยาเสพติด เป็นตัวการที่สำคัญในการทำลายทรัพยากรบุคคลของชาติจากรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดปีงบประมาณ 2562¹ พบมีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 249,830 ราย โดยเป็นผู้เสพยาบ้าจำนวน 193,808 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 77.58 และผู้เสพอีซจำนวน 15,002 ราย (ร้อยละ 6)

ยาบ้าและอีซ เป็นยาเสพติดที่มีส่วนประกอบหลักคือ สารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีน นิยมเสพโดยรับประทานโดยตรงหรือผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม หรือสูดดมไอระเหยของยาบ้าที่บดแล้วนำไปลงไฟ และยังสามารถเสพโดยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือดได้ เมทแอมเฟตามีนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522² โดยออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายในระยะแรกจะออกฤทธิ์ทำให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ประสาทตึงเครียด แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ประสาทล้าทำให้การตัดสินใจช้าและผิดพลาด เมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง เสียสติ เป็นบ้า อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ หรือในกรณีที่ได้รับยาในปริมาณมากจะไปกดประสาท และระบบการหายใจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้

นอกจากผลเสียที่เกิดขึ้นกับทางร่างกายแล้วยังก่อให้เกิดผลเสียกับสุขภาพช่องปากด้วย พบว่าผู้ที่เสพยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีสุขภาพช่องปากที่มีปัญหามากกว่าคนทั่วไป³⁻⁶ เนื่องจากฤทธิ์ของยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนทำให้ผู้ที่เสพมีอาการปากแห้ง (xerostomia) ซึ่งอาการปากแห้งนี้จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเนื่องจาก เชื้อแบคทีเรียรวมกลุ่มกันอยู่บนผิวฟัน (คราบจุลินทรีย์ หรือซีฟัน) ทำการย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลทำให้เกิดกรดและกรดเหล่านี้จะไปทำปฏิกิริยากับแร่ธาตุที่อยู่ในฟัน ทำให้สูญเสียแร่ธาตุออกไปจากฟัน หากสภาพความเป็นกรดเกิดขึ้นต่อเนื่องจะทำให้ฟันสูญเสียแร่ธาตุมากจนเคลือบฟันและเนื้อฟันอ่อนตัวหลุดไป ทำให้เกิดรูผุขึ้น การเกิดกรดและการละลายเกลือแร่ออกจากฟันต้องเกิดภายใต้คราบจุลินทรีย์เสมอ ผิวฟันที่สะอาดไม่มีคราบจุลินทรีย์จะไม่เกิดฟันผุแต่เมื่อมีอาการปากแห้งทำให้ไม่มีน้ำลายเป็นตัวช่วยทำให้คราบจุลินทรีย์ที่เป็นกรดบริเวณผิวเป็นกลางได้ ฟันจึงผุได้ง่าย⁷ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งรูปแบบของโรคฟันผุในผู้ใช้ยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับฟันผิวเรียบของฟันและฟันผิวระหว่างฟัน รูปแบบของโรคมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการของโจเกรนซินโดรม (Sjogren's syndrome) แต่ความรุนแรงของโรคจะน้อยกว่าเนื่องจากมีช่วงการหยุดพักการเสพยา จึงทำให้การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป⁸ จนเรียกกรุปแบบฟันผุแบบนี้กันว่า “เมทเมาท์” (meth mouth) ซึ่งจะมีลักษณะฟันผุหลายซี่

เหงือกอักเสบ ผู้บริเวณส่วนผิวที่เรียบของฟันและบริเวณด้านที่ติดกับซี่ข้างเคียง ที่ตัวฟันมีสีดำ เบื้อยและหักง่าย การทราบถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้เสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนจะช่วยในการวางแผนการรักษาและการป้องกันทางทันตกรรมกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ช่วง 1-30 กันยายน 2562 ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ป่วยเสพยากลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัด ในช่วงเดือนดังกล่าว จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1. แบบสัมภาษณ์ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ชนิดของยาที่เสพ และระยะเวลาที่เสพ 2. อุปกรณ์การตรวจโรคในช่องปากประกอบด้วยกระจกส่องปาก (Mouth mirror) เครื่องมือตรวจหารูผุ (Explorer) ถาดวางเครื่องมือ (Tray) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ตามมาตรฐาน 3. แบบบันทึกผลการตรวจโรคฟันผุ ซึ่งปรับปรุงจากแบบสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ทำการตรวจโดยทันตแพทย์จำนวน 4 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแสดง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเสพยา กลุ่มเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน (21-40 ปี) มากกว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ การประมงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.48 รองลงมา เป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.57 โดยมีผู้ว่างงานเพียงร้อยละ 2.27 ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.18 ชนิดของยาที่เสพจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ยาบ้า ยาบ้าและยาไอซ์ ยาไอซ์ ตามลำดับ ระยะเวลาที่เสพส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.09 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล อาชีพ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเสพติด และ ระยะเวลาที่เสพยา

	รายการ	จำนวน (N=176)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	115	65.34
	หญิง	61	34.66
อายุ	11-20 ปี	4	2.27
	21-30 ปี	53	30.11
	31-40 ปี	79	44.89
	41-50 ปี	36	20.45
	51-60 ปี	4	2.27
	(\bar{X} =34.93 ปี, Min = 18 ปี, Max = 58 ปี)		
อาชีพ	เกษตรกร/ประมง	117	66.48
	รับจ้างทั่วไป	45	25.57
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	5.11
	นักเรียน/นักศึกษา	1	0.57
	ว่างงาน	4	2.27
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	6	3.41
	ประถมศึกษา	65	36.93
	มัธยมศึกษาตอนต้น	76	43.18
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	25	14.20
	ปวส./อนุปริญญา	2	1.14
	ปริญญาตรี	2	1.14
ชนิดของยาที่เสพ	ยาบ้า	78	44.32
	ยาไอซ์	28	15.91
	ยาบ้าและยาไอซ์	70	39.77
ระยะเวลาที่เสพยา	6 – 10 ปี	60	34.09
	11 – 15 ปี	21	11.93
	16 – 20 ปี	15	8.52
	21 – 25 ปี	8	4.55
	26 – 30 ปี	2	1.14
	(\bar{X} =8.90 ปี, Min = 0.02 ปี (1 อาทิตย์), Max = 30 ปี)		

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย
เสพยาเมทแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยเสพยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีค่าเฉลี่ย
ฟันผุ ถอน ผุ (DMFT) เท่ากับ 11.71 ซึ่งต่อคน

2.1 สภาวะโรคฟันผุ

ผู้ป่วยเสพยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีความชุก
ของโรคฟันผุร้อยละ 97.03 ค่าเฉลี่ยฟันผุ 7.24
ซึ่งต่อคน โดยพบผู้ที่มีฟันผุในช่องปากมากที่สุดถึง
26 ซึ่ง จำนวน 1 คน (ร้อยละ0.57) ดังตารางที่ 2

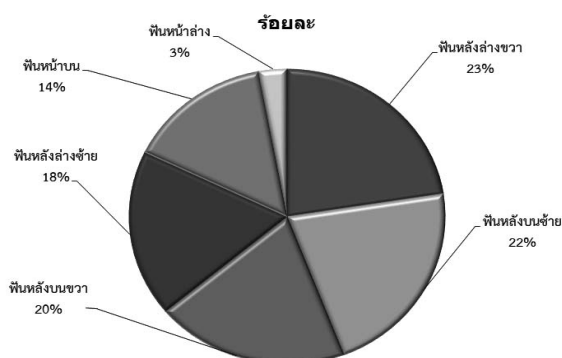
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเสพยาในกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่มีฟันผุ

รายการ	จำนวน (N=176)	ร้อยละ
จำนวนฟันผุ		
ไม่พบฟันผุ	11	6.3
1-5 ซี่	63	35.79
6-10 ซี่	62	35.22
11-15 ซี่	25	14.20
16-20 ซี่	12	6.81
มากกว่า 20 ซี่	3	1.70
$(\bar{X}=7.24$ ซี่, Min = 0 ซี่, Max = 26 ซี่)		

สภาวะฟันผุเมื่อจำแนกตามบริเวณของฟัน
ที่แบ่งออกเป็น 6 ส่วน (sextant) คือบน 3 ล่าง 3
โดยใช้ฟันเขี้ยวเป็นตำแหน่งที่แบ่ง จากเขี้ยวข้างซ้าย
ไปถึงข้างขวาเป็นบริเวณด้านหน้า ฟันกรามซี่ถัดจาก
เขี้ยวไปจนสุดเป็นบริเวณด้านหลังทั้งซ้ายและขวา
ฟันล่างแบ่งเช่นเดียวกัน พบว่าบริเวณที่มีความชุก
ของฟันผุจากมากไปน้อย ได้แก่ บริเวณฟันหลังล่าง

ด้านขวา (ร้อยละ 22.68) รองมาคือบริเวณฟันหลังบน
ด้านซ้าย (ร้อยละ 21.82) บริเวณฟันหลังบนด้านขวา
(ร้อยละ 19.93) บริเวณฟันหลังล่างด้านซ้าย (ร้อยละ
18.36) บริเวณฟันหน้าบน (ร้อยละ 15.05) และ
บริเวณที่มีความชุกของฟันผุน้อยที่สุดคือ บริเวณ
ฟันหน้าล่าง (ร้อยละ 2.90) มีฟันผุร้อยละ 27.84
ดังภาพที่ 1

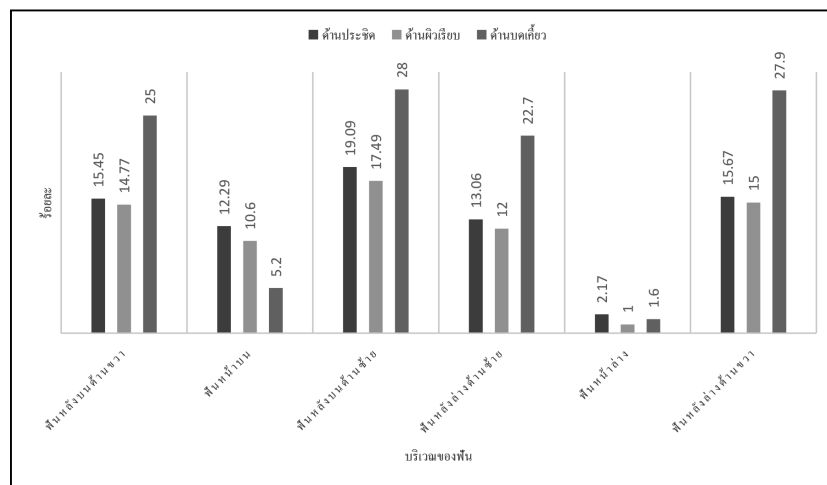
ภาพที่ 1 ฟันผุจำแนกตามบริเวณของฟัน



สภาวะฟันผุในแต่ละด้าน มีการฟุที่ด้านประชิด (proximal) ได้แก่ ด้านใกล้กลาง (mesial) และ ไกลกลาง (distal) ร้อยละ 29.30 พบมากที่สุดที่บริเวณ ฟันหลังบนด้านซ้าย (ร้อยละ19.09) รองมาคือ บริเวณฟันหลังล่างด้านขวา (ร้อยละ15.67) ส่วน ฟันผุด้านบดเคี้ยวเท่ากับร้อยละ 40.65 พบมากที่สุดที่บริเวณฟันหลังบนด้านซ้าย (ร้อยละ28.97)

รองมาคือบริเวณฟันหลังล่างด้านขวา (ร้อยละ 27.95) และฟันผุด้านบริเวณผิวเรียบของฟัน ได้แก่ ด้านแก้ม (buccal) และด้านลิ้น (lingual) เท่ากับ ร้อยละ 30.04 พบฟันผุมากที่สุดที่บริเวณฟันหลังล่าง ด้านขวา (ร้อยละ18.97) รองมาคือบริเวณฟันหลัง บนด้านซ้าย (ร้อยละ15.34) ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 สภาวะสุขภาพของฟันที่ผุในแต่ละด้าน



2.2 การสูญเสียฟัน

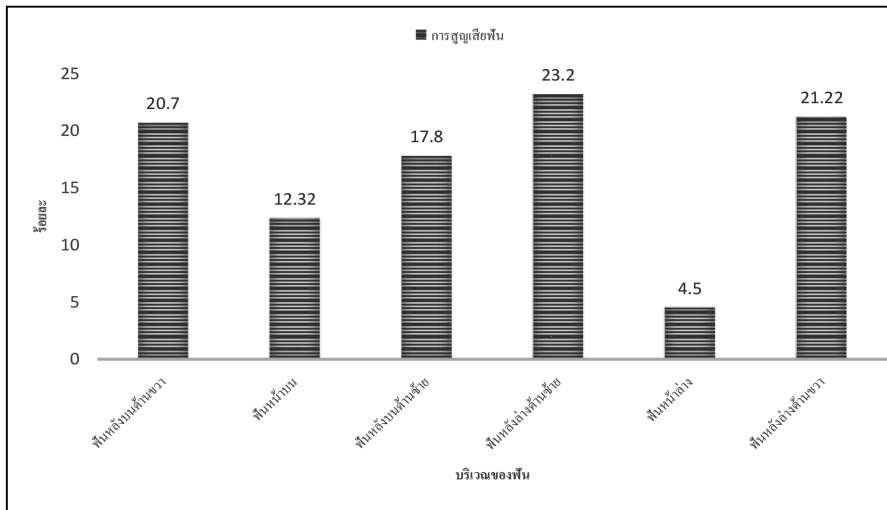
พบมีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 3.73 ซี่ต่อคน ผู้ที่สูญเสียฟันในช่องปากมากที่สุด 25 ซี่ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.56) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของจำนวนฟันที่ถูกถอน

รายการ	จำนวน (N=176)	ร้อยละ
จำนวนฟันที่ถูกถอน		
ไม่มีการสูญเสียฟัน	48	27.3
1-5 ซี่	85	48.29
6-10 ซี่	31	17.61
11-15 ซี่	3	1.7
16-20 ซี่	3	1.7
มากกว่า20ซี่	3	1.7
(\bar{X} =3.73 ซี่, Min = 0 ซี่, Max = 25ซี่)		

บริเวณฟันที่มีอัตราการสูญเสียฟันมากที่สุด คือ ฟันหลังล่างด้านขวา (ร้อยละ 21.22) ดังภาพที่ 3 ได้แก่ ฟันหลังล่างด้านซ้าย (ร้อยละ 23.2) รองลงมา

ภาพที่ 3 ร้อยละการสูญเสียฟันในตำแหน่งต่าง ๆ ของช่องปาก



วิจารณ์

สภาวะสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเสพยา กลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 11.7 ซี่ต่อคน ฟันผุเฉลี่ย 7.24 ซี่ต่อคน และมีการสูญเสียฟัน 3.73 ซี่ต่อคน ซึ่งเมื่อเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก แห่งชาติครั้งที่ 8¹⁰ พบว่าประชากรในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15 ปี) มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.0 ซี่ต่อคน ฟันผุ 0.9 ซี่ต่อคน การสูญเสียฟัน 0.1 ซี่ต่อคน และ ประชากรในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 35-44 ปี) มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 6.6 ซี่ต่อคน ฟันผุ 1.1 ซี่ต่อคน การสูญเสียฟัน 3.6 ซี่ต่อคน โดยผู้ป่วยเสพยา เมทแอมเฟตามีนมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด มากกว่า ประชากรในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน 5.8 และ 1.7 เท่าตามลำดับ มีฟันผุมากกว่าประชากรในกลุ่ม

วัยรุ่นและกลุ่มวัยทำงาน 8.2 และ 6.5 เท่าตามลำดับ ส่วนการสูญเสียฟันเมื่อเทียบกับประชากรในกลุ่ม วัยรุ่นมีอัตรามากกว่า 37.3 เท่า แต่มีอัตราใกล้เคียง กับประชากรในกลุ่มวัยทำงาน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วย เสพยากกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีฟันผุมากกว่า บุคคลทั่วไป เนื่องจากยากกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ทำให้เกิดภาวะปากแห้งจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคฟันผุ ประกอบกับการมีพฤติกรรม ดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ละเลยการแปรงฟัน ก่อนนอนและมีพฤติกรรมดื่มน้ำหวาน น้ำผลไม้ และน้ำอัดลมทุกวัน วันละ 3 ครั้งหรือมากกว่า¹¹ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดฟันผุได้ง่าย และในฟันผุที่พบ ทั้งสิ้นจำนวน 1,219 ซี่ ยังพบว่าเป็นผู้ที่ผุจนเหลือ แต่รากฟัน ไม่สามารถทำการบูรณะได้ถึง 397 ซี่ (ร้อยละ 31.09) และพบมากในฟันกรามซี่ที่ 1, 2

และ 3 ซึ่งฟันกรามเหล่านี้มีหน้าที่หลักในการบดเคี้ยวอาหาร การสูญเสียฟันมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริโภคอาหารเป็นลักษณะอ่อนนิ่ม เคี้ยวง่าย ซึ่งจะเป็นประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง แต่มีใยอาหารและสารอาหารต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ¹²

เมื่อพิจารณาถึงตำแหน่งของฟันที่ผุ พบฟันผุบริเวณซอกฟันหรือด้านประชิดของฟันทั้งด้านใกล้กลางและไกลกลาง ร้อยละ 29.30 ซึ่งใกล้เคียงกับฟันที่ผุบริเวณผิวเรียบ (smooth surface) ซึ่งได้แก่ด้านแก้มและด้านลิ้น/เพดาน ร้อยละ 30.04 และพบฟันผุบริเวณด้านบดเคี้ยว ร้อยละ 40.65 ซึ่งค่าร้อยละของทั้ง 3 ตำแหน่งมีค่าที่ไม่ได้ต่างกันมาก โดยในบุคคลทั่วไปการผุที่บริเวณผิวเรียบจะผุได้ยากกว่าฟันผุบริเวณด้านบดเคี้ยวและใกล้กลาง/ไกลกลาง แต่เนื่องจากภาวะปากแห้งในผู้ป่วยเสพยา กลุ่มเมทแอมเฟตามีนจึงมีสูญเสียการปกป้องช่องปากจากระบบบัฟเฟอร์ของน้ำลาย¹³

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาหาความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของอาการปากแห้งกับปริมาณยาเมทแอมเฟตามีนและความรุนแรงของโรคฟันผุ อีกทั้งศึกษาวิธีการป้องกันและลดระดับความรุนแรงของการผุ เพื่อจะได้วางแผนการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก :<https://antidrugnew.moph.go.th/>
2. วิโรจน์ วีรชัย, ลำซ่า ลักษณะกินซัซ. ยาม้า, ยาบ้า. ใน: วิโรจน์ วีรชัย, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548. หน้า 339-362.
3. Shetty V, Mooney L, Zigler C, Belin T, Murphy D, Rawson R. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. JADA 2010;141:307-18.
4. Clague J, Belin T, Shetty V. Mechanisms underlying methamphetamine-related dental disease. JADA 2017;148:6, 377-86.
5. Morio K, Marshall T, Qian F, Morgam T. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers. JADA 2008;139:171-6.
6. Smit D, Naidoo S. Oral health effects, brushing habits and management of methamphetamine users for the general dental practitioner. British Dental Journal 2015; 218:531-6
7. เมธินี คุปพิทยานันท์, วรวิทย์ ใจเมื่อง. โรคในช่องปากที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก. ใน: เมธินี คุปพิทยานันท์, สุพรรณิ ศรีวิริยกุล, บรรณาธิการ, การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประเด็นสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555. หน้า 10-27.
8. Hamamoto D, Rhodus N. Methamphetamine abuse and dentistry. Oral Disease 2009;1527-37.
9. American Dental Association. Methamphetamine use and oral health. JADA 2005;136: 1491.
10. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : บริษัท สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2561.
11. กวียา มาณะวิท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเสพยา กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลอัญญารักษ์. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562
12. อัมพร เดชพิทักษ์, รักชนก นุชพวง. ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2551;13:1:97-103.
13. พุทธิพร จิระธนากร. ฟันผุภายหลังการฉายรังสีรักษา. เวชสาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2546;10:2:85-93

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เสพกระท่อม กับอาการถอนยาของผู้ป่วยเสพติดกระท่อม

ลำชำ ลักษณะนิชนซซ์ พ.บ.*, วิโรจน์ วีรชัย พ.บ.*, สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด.*,
รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม.*, กาญจนา รัตนพันธุ์**

* สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

** โรงพยาบาลอภัยภูธรสงขลา

Abstract Relationship between the duration of kratom addiction and withdrawal symptoms of kratom patients

Lukanapichonchat L,* Verachai V,* Nilaban S,*

Thanateerabanjong R*, Ratanaphan K**

* Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

** Thanyarak Songkla Hospital

Thai teenagers like to boil kratom leaves as a base for a cocktail pattern including cough syrup, cola and other substance. It's called 4x100. These kratom decoction can produce addictive effect in addition to kratom leaves and also cause harms from other substances in the decoction. This descriptive research aimed to 1) compared the characteristics between the users of kratom leaves and kratom decoction 2) study the clinical symptoms and 3) the relationship between the duration of kratom addiction and withdrawal symptoms. The samples were 69 kratom addicts who met the DSM-IV-TR and they are treated at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT), Thanyarak Songkhla Hospital, and Thanyarak Pattani Hospital. Age of samples were 18 years and older and they had willing to participate in the research. The data

were collected by kratom use questionnaire which consisting of demographic data, drug use information, and clinical symptoms. The validity kratom use questionnaire, each item has the Index of Item- Objective Congruence between 0.67-1.00. The data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean median and standard deviation. Comparison of demographic data and drug use information with independent t-test, chi-square and Fisher exact test and the relationship between duration of kratom addiction and withdrawal symptoms with point biserial statistics. Results as follow:

1. The patients who use kratom leaves and decoction have basic characteristics and drug use information such as age, religion, status, age of first drug use, age of first kratom use, time of kratom use and amphetamine/ice use together with kratom were significantly different at the level of .05

2. The symptoms that occurred after using kratom in less than 6 hours, the most found were happy 89.9%, followed by feel comfortable 82.6%, and the withdrawal symptoms, the most common was pain, muscle aches and yawning 79.7% and 71.0% respectively.

3. The duration of the kratom addiction has relationship between insomnia, tears and sweating by statistically significant at the .05 level.

Keywords : kratom, withdrawal symptom, drug dependence

บทคัดย่อ

ปัจจุบันวัยรุ่นนิยมนำกระท่อมมาแปรรูปโดยการนำใบมาต้มและผสมกับยาแก้ไอ โคล่า และสารอื่น ๆ เรียกว่า สี้คุณร้อย ซึ่งก่อให้เกิดการเสพติดและอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับการเสพยาสูบกระท่อม การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณลักษณะระหว่างผู้เสพยาสูบและน้ำต้มกระท่อม 2) ศึกษาอาการทางคลินิกของผู้เสพติดกระท่อม และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เสพยาสูบกระท่อม กับอาการถอนยา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเสพติดกระท่อม จำนวน 69 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) เสพติดกระท่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และปัตตานี 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามอาการทางคลินิกของการเสพยาสูบกระท่อมประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเสพยาสูบ และอาการ

ทางคลินิก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และการเสพยาเสพติด ด้วย T-test, chi-square และ Fisher exact test และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่เสพยากระท่อมกับอาการถอนยาด้วยสถิติ point biserial ผลการวิจัย

1. ผู้เสพยากระท่อมและน้ำต้มกระท่อมมีลักษณะพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส และข้อมูลการเสพยา ได้แก่ อายุที่เสพยาครั้งแรก อายุที่เสพยากระท่อมครั้งแรก ระยะเวลาที่เสพยากระท่อม และการเสพยาบ้า/ไอซ์ร่วมกับการเสพยากระท่อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการที่เกิดภายหลังการเสพยากระท่อมในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมงที่พบมากที่สุด คือ อารมณ์ดี/สนุกสนาน ร้อยละ 89.9 รองลงมา คือ รู้สึกสบายใจ/สดชื่น/แจ่มใส ร้อยละ 82.6 ส่วนอาการถอนยาที่พบมากที่สุด คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รองลงมา คือ หาวบ่อย ร้อยละ 79.7 และ 71.0 ตามลำดับ
3. ระยะเวลาที่เสพยากระท่อมมีความสัมพันธ์กับอาการถอนยา ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ น้ำตาไหล และ เหงื่อออกมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : กระท่อม อาการถอนยา ยาเสพติด

บทนำ

กระท่อม (*Mitragyna speciosa*, Korth) เป็นพืชที่มีถิ่นกำเนิดในเขตร้อนชื้นแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัลคาลอยด์ (Alkaloid) เป็นส่วนประกอบมากกว่า 25 ชนิด Mitragynine เป็นอัลคาลอยด์ที่พบมากที่สุดร้อยละ 66 และยังมีอัลคาลอยด์อื่น ๆ เช่น 7-Hydroxymitragynine, speciogynine, paynantheine speciociliatine กระท่อมเมื่อใช้ในขนาดต่ำมีฤทธิ์กระตุ้นประสาท คล้ายโคเคน ('cocaine like' stimulant) ผู้ใช้รู้สึกทำงานได้มาก ไม่เหนื่อย ตากแดดได้ทน การใช้ในขนาดสูงมีฤทธิ์กดประสาทคล้ายมอร์ฟีน ('morphine like' sedation)¹ Mitragynine ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนแต่มีความแรงน้อยกว่า 10 เท่า² ซึ่งมีความสามารถจับกับ opioid receptors โดยเฉพาะ mu และ delta-receptor subtype โดยตรง

จากการศึกษาด้านเภสัชวิทยาในสัตว์ทดลองพบว่า มีผล central antinociception, inhibition of intrinsic activity or electrically elicited guinea pig ileum contraction and drug induced gastric acid secretion และ inhibition of cAMP content³ รายงานจาก Poisindex ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า Mitragynine บริสุทธิ์ ขนาด 50 มิลลิกรัม (กระท่อมประมาณ 60 ใบ) ทำให้เกิด motor excitement, rombergism, giddiness และ tremors of face, extremities and tongue ผลของกระท่อมระยะสั้นจะออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที หลังจากเคี้ยวใบสด ทำให้มีอาการแจ่มใส หายปวดเมื่อย มีเรี่ยวแรง ทำงานไม่เหนื่อย ฤทธิ์จะอยู่นานประมาณ 4-5 ชั่วโมง⁴ ส่วนผลระยะยาว ได้แก่ ร่างกายทรุดโทรมเนื่องจาก ร่างกายทำงานมากเกินไปกำลัง มีรูปร่างผอม ผิวหนัง

แห่งคำเกรียม ริมฝีปากดำ เนื่องจากจะไปเพิ่มการผลิต melatonin-stimulating substance ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก เกิดภาวะการติดยา บางรายพบอาการทางจิต⁵ มีรายงานว่าผู้ใช้กระท่อมมีภาวะการเสพติดกระท่อมเมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาย้อนหลังถึงอาการทางคลินิก และการสัมภาษณ์ผู้ใช้กระท่อมเป็นประจำ จำนวน 150 คน ใช้กระท่อมเฉลี่ย 11.5 ใบต่อวัน และผู้ใช้เป็นครั้งคราว จำนวน 167 ราย ใช้กระท่อมเฉลี่ย 4.1 ใบต่อวัน พบว่า ทั้งสองกลุ่มนี้มีลักษณะพฤติกรรมของการเสพติดตามหลักเกณฑ์ DSM-IV อย่างมีนัยสำคัญ⁶ เมื่อหยุดหรือไม่ได้เสพก็จะเกิดอาการถอนยา (withdrawal symptom) เช่นเดียวกับยาเสพติดประเภทอื่น ๆ ได้แก่ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดกระดูก ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับไปเสพกระท่อมเช่นเดิม

จากรายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ (บสต.) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเสพติดกระท่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ มีจำนวนสูงขึ้น ในปี 2560 มี 208,397 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 240,792 และ 253,054 ราย ในปี 2561 และ 2562 ตามลำดับ โดยหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดของกรมการแพทย์จะมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดมากที่สุด จากสถิติการบำบัดรักษาในปี 2560-2562 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเสพติดกระท่อมที่เข้ารับการรักษาบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) มีจำนวน 4,814, 5,114 และ 4,325 ราย โรงพยาบาลธัญญารักษ์

สงขลา 1,294, 1,515 และ 1,326 ราย และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีมีจำนวน 610, 670 และ 628 ราย⁷ ตามลำดับ ปัจจุบันการเสพกระท่อมได้ถูกเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากการเคี้ยวใบกระท่อมมาสู่การแปรรูปเป็นสารเสพติดชนิดใหม่ซึ่งรู้จักกันในชื่อ “สี่คูณร้อย” โดยการนำน้ำต้มใบกระท่อมไปผสมกับสารอื่น ได้แก่ ยาแก้ไอ เครื่องดื่มโค้ก ยาอัลปาโซแรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเติมสารแปลกปลอม เช่น ผงจุดยากันยุง การนำกระท่อมบดผสมนมเปรี้ยวที่เรียก “วันทูคอล” การเติมสารฟลูออเรสเซนต์ ที่ได้จากการขูดผงสีขาวในหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์จะเรียกว่า “ห้าคูณร้อย” หรือ “แปดคูณร้อย” ที่มีการเติมเหล้าแห้ง โซดา และยาโซแลม และการผสมซีเก๊าศพที่เรียกว่า สูตรรอดารหรือสูตรตายโหง⁸ ซึ่งจากสถิติของสบยช.พบว่าผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาน้ำต้มกระท่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.3 เป็น 0.6⁹ กลุ่มหลักที่เข้ารับการรักษาบำบัดส่วนใหญ่เป็นเยาวชน อายุ 15-19 ปี มากที่สุด รองลงมา 20-24 ปี ทั้งผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาพืชกระท่อมและน้ำต้มกระท่อมนั้นภาคใต้มีจำนวนมากที่สุด จะมีการรวมกลุ่มกันใช้เพื่อความสนุกสนาน บางรายมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้น¹⁰

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาแนวคิดที่จะถอดพืชกระท่อมออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เนื่องจากมีความเห็นว่าพืชกระท่อมเป็นสมุนไพรใช้รักษาโรค มีสรรพคุณทางยา คือรักษาอาการติดเชื้อในลำไส้ บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้ บรรเทาอาการไอ และท้องเสีย และตำพอกแผล รวมทั้งนำมาใช้แทนเมทแอมเฟตามีน

ในลักษณะของการเพิ่มพลัง หรือใช้เป็นยา เพื่อลดอาการขาดยาเสพติดประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟิน โดยในขณะนี้ได้มีการรื้อฟื้นแนวคิดนี้ขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง และได้ผ่านความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งต้องนำเสนอไปยังวุฒิสภาเพื่อให้พิจารณา ก่อนประกาศใช้เป็นกฎหมายต่อไป ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลถึงโทษพิษภัยที่อาจจะเพิ่มเติมไปจากการเสพกระท่อมตามลำพัง รวมทั้งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย และเป็นข้อมูลในการหาแนวทางป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิดและให้ความรู้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณลักษณะระหว่างผู้เสพใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม 2) ศึกษาอาการทางคลินิกของผู้เสพติดกระท่อม และ 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เสพกระท่อมกับอาการถอนยา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเสพติดใบกระท่อมหรือน้ำต้มกระท่อมที่ประสงค์ขอเข้ารับการรักษาการติดกระท่อมที่ สบยช. โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และปัตตานี มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) เสพติดใบกระท่อมหรือน้ำต้มกระท่อม เป็นสารหลัก 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า substance abuse หรือ substance addiction ตามเกณฑ์การวินิจฉัย substance related disorder ตาม DSM-IV-TR หรือคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง

และส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับ การบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 มีคะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไปซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เป็น ผู้เสี่ยงปานกลางและสูง 3) เข้ารับการบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ สบยช. โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและปัตตานี 4) อายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง 5) สื่อสาร เข้าใจ ไม่มีอาการทางจิตเวช และ 6) ยินดีเข้าร่วม การวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการทางจิตเวช ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 รวมเป็นเวลา 9 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ทั้งสิ้น 69 คน แบ่งเป็น สบยช. 27 คน โรงพยาบาล ธัญญารักษ์สงขลา 26 คน และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามการเสพกระท่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูล ส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเสพยาเสพติด ประกอบด้วย อายุที่เสพยาครั้งแรก ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาถึงปัจจุบัน อายุที่เสพกระท่อมครั้งแรก ระยะเวลาที่เสพกระท่อม ปริมาณกระท่อมที่เสพ ความถี่ของการเสพกระท่อม ยาและสารเสพติดอื่น ที่ใช้ร่วม และยาและสารเสพติดที่ผสมในน้ำต้ม กระท่อม มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 3 เป็นอาการทางคลินิก และส่วนที่ 4 เป็น อาการถอนยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบรายงานตนเองโดยให้ผู้ป่วย

รายงานอาการที่เกิดภายหลังจากการเสพกระท่อม และอาการนอนยา มีลักษณะให้เลือกตอบ (check list) ว่ามีหรือไม่มีอาการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีของความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องสารเสพติดที่ใช้ร่วมในผู้ป่วยเสพติดกระท่อม ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ สบยช. ใบรับรองที่ 031/2560 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ สบยช. โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และปัตตานีชี้แจงรายละเอียดของโครงการและวิธีการเก็บ โดยผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนมีความเข้าใจตรงกัน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์/พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ช่วยวิจัยในแต่ละแห่งคัดกรองผู้ป่วยเสพติดกระท่อมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ขอความยินยอมและให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (inform consent) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเสพยาเสพติด ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับยา/สารเสพติดที่ผู้ป่วยเสพร่วม ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละแห่งเป็นผู้สัมภาษณ์อาการทางคลินิกจะให้ผู้ป่วยตอบ หากมีข้อสงสัย ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละแห่งจะอธิบายรายละเอียด

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและรวบรวมจัดส่งให้ผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล การเสพยาเสพติด และอาการทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและการเสพยาเสพติด ด้วย T-test, chi-square และ Fishers exact test และหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เสพกระท่อมกับอาการนอนยาด้วยสถิติ point biserial

ผล

1. ลักษณะพื้นฐานและข้อมูลการเสพยาของผู้เสพกระท่อม

1.1 ลักษณะพื้นฐาน ผู้เสพกระท่อมทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่จะเสพน้ำตัมกระท่อม อายุเฉลี่ย 27.48 ± 11.27 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสเป็นโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ย $10,435 \pm 19,156.73$ บาท อาศัยอยู่กับครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างผู้เสพใบกระท่อมและน้ำตัมกระท่อม พบว่า อายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เสพใบกระท่อมจะมีอายุเฉลี่ยมากกว่า ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพทั้งโสดและสมรสจำนวนเท่ากัน ส่วนผู้เสพน้ำตัมกระท่อมจะเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น นับถือศาสนาอิสลาม และสถานภาพโสด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างผู้เสพใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม

ลักษณะพื้นฐาน	ใบกระท่อม (n=13)	น้ำต้มกระท่อม (n=56)	รวม (n=69)	Chi-square	P-value
อายุ (เฉลี่ย)	47.00 ± 10.17	22.78 ± 4.316	27.48 ± 11.27	ค่า t = 8.41	.001**
ศาสนา				7.528	.02*
พุทธ	12 (92.3)	37 (66.1)	49 (71.0)		
อิสลาม	0 (0.0)	18 (32.1)	18 (26.1)		
ไม่ตอบ	1 (7.7)	1 (1.8)	2 (2.9)		
รวม	13 (100.0)	56 (100.0)	69 (100.0)		
สถานภาพสมรส				7.617	.033*
โสด	5 (38.5)	42 (75.0)	47 (68.1)		
คู่	5 (38.5)	9 (16.1)	14 (20.3)		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2 (15.4)	2 (3.6)	4 (5.8)		
ไม่ตอบ	1 (7.7)	3 (5.4)	4 (5.8)		
รวม	13 (100.0)	53 (100.0)	69 (100.0)		
ระดับการศึกษา				7.064	.284
ไม่จบประถมศึกษา	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.4)		
ประถมศึกษา	6 (46.2)	13 (25.0)	19 (27.5)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (30.8)	19 (36.5)	23 (33.3)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2 (15.4)	17 (32.7)	19 (27.5)		
ปวส./อนุปริญญา	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.4)		
ปริญญาตรี	0 (0.0)	2 (3.8)	2 (2.9)		
ไม่ตอบ	0 (0.0)	4 (7.1)	4 (5.8)		
รวม	13 (100.0)	56 (100.0)	69 (100.0)		
อาชีพ				11.91	.05
ไม่ได้ทำงาน	1 (7.7)	14 (25.0)	15 (21.7)		
นักเรียน/นักศึกษา	0 (0.0)	8 (14.3)	8 (11.6)		
กรรมการ/งานรับจ้างทั่วไป	3 (23.1)	13 (23.2)	16 (23.2)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0 (0.0)	5 (8.9)	5 (7.2)		
พนักงานบริษัท	1 (7.7)	1 (1.8)	2 (2.9)		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1 (7.7)	1 (1.8)	2 (2.9)		
เกษตรกร	2 (15.4)	9 (16.1)	11 (15.9)		
อื่น ๆ	5 (38.5)	5 (8.9)	10 (14.5)		
รวม	13 (100.0)	56 (100.0)	69 (100.0)		
รายได้ (เฉลี่ย)	26916.67 ± 40645.83	6772.22 ± 5657.84	10,434.85 ± 19,156.73	ค่า t = 1.71	.114

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างผู้เสพใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	ใบกระท่อม (n=13)	น้ำต้มกระท่อม (n=56)	รวม (n=69)	Chi-square	P-value
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย				7.03	0.90
ครอบครัว	9 (69.2)	44 (78.6)	53 (76.8)		
ญาติ	0 (0.0)	6 (10.7)	6 (8.7)		
คนเดียวลำพัง	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.4)		
เพื่อน	0 (0.0)	2 (3.6)	2 (2.9)		
อื่น ๆ	4 (30.8)	3 (5.4)	7 (10.1)		
รวม	13 (100.0)	56 (100.0)	69 (100.0)		
สัมพันธภาพในครอบครัว				2.387	.64
รักใคร่กันดี	12 (100.0)	42 (75.5)	54 (78.3)		
ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง	0 (0.0)	7 (12.5)	7 (10.1)		
ทะเลาะกันเป็นประจำ	0 (0.0)	2 (3.6)	2 (2.9)		
ต่างคนต่างอยู่	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.4)		
ไม่ตอบ	1 (7.7)	3 (7.1)	4 (7.2)		
รวม	12 (100.0)	55 (100.0)	69 (100.0)		

* Chi-square, Fisher exact test

** independent t-test

1.2 ข้อมูลการเสพยา กลุ่มตัวอย่างเริ่มเสพยาเสพติดครั้งแรกอายุเฉลี่ย 19.77 ± 9.33 ปี ระยะเวลาที่เสพยา 94.43 ± 89.43 เดือน (7.87 ปี) อายุที่เสพกระท่อมครั้งแรก 20.11 ± 8.85 ปี ระยะเวลาที่เสพกระท่อม 80.78 ± 88.72 เดือน (6.73 ปี) ผู้ที่เสพใบกระท่อมจะเสพใบกระท่อมเฉลี่ยต่อวันจำนวน 24.91 ± 19.04 ใบ ส่วนผู้เสพน้ำต้มกระท่อมจะเสพปริมาณ 1693.00 ± 1022.30 มิลลิลิตรต่อวัน ส่วนใหญ่จะเสพกระท่อมสัปดาห์ละ 6-7 วัน ยาและสารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมมากที่สุด คือ

บุหรี่ และยาบ้า/ไอซ์ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเสพยา ระหว่างผู้เสพใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม พบว่า อายุที่เสพยาครั้งแรก อายุที่เสพกระท่อมครั้งแรก ระยะเวลาที่เสพกระท่อม และการเสพยาบ้า/ไอซ์ ร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยผู้เสพใบกระท่อมมีอายุที่เสพยาครั้งแรก อายุที่เสพกระท่อมครั้งแรก และระยะเวลาที่เสพใบกระท่อมมากกว่าผู้เสพน้ำต้มกระท่อม แต่ผู้เสพน้ำต้มกระท่อมจะเสพยาบ้า/ไอซ์ ร่วมมากกว่าผู้เสพใบกระท่อม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเสพยาระหว่างผู้เสพใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม

ข้อมูลการเสพยา	ใบกระท่อม	น้ำต้ม กระท่อม	รวม	Chi-square	P-value
อายุที่เสพยาครั้งแรก (เฉลี่ย)	34.31 ± 12.24	16.21 ± 3.15	19.77 ± 9.33	ค่า t = 5.40	.001**
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาถึงปัจจุบัน (เดือน)(เฉลี่ย)	160.85 ± 152.083	77.83 ± 56.467	94.43 ± 89.43	.56	.90
(Median, IQR)	96 (48-276)	62.5 (36-108)	72 (36-120)		
≤ 1 ปี	0 (0.0)	4 (7.1)	4 (5.8)		
1-5 ปี	5 (38.5)	22 (39.3)	27 (39.1)		
5 ปีขึ้นไป	8 (61.5)	30 (53.6)	38 (55.1)		
รวม	13 (100.0)	56 (100.0)	69 (100.0)		
อายุที่เสพกระท่อมครั้งแรก	33.33 ± 12.24	17.17 ± 4.08	20.11 ± 8.85	ค่า t = 4.52	.001**
ระยะเวลาที่เสพกระท่อม	171.73 ± 161.63	60.37 ± 43.724	80.78 ± 88.72	ค่า t = 2.27	.046**
(Median, IQR)	96 (60-360)	48 (24-90)	60 (25.25-96)		
ปริมาณกระท่อมที่เสพเฉลี่ย/วัน (ใบ, มิลลิกรัม)	24.91 ± 19.04	1693.00 ± 1022.30			
(Median, IQR)	20 (10-30)	1,500 (1000- 2000)			
ความถี่ของการเสพกระท่อม					
สัปดาห์ละ 6-7 วัน	13 (100.0)	33 (58.9)	46 (66.7)	7.07	.053
สัปดาห์ละ 4-5 วัน	0 (0.0)	8 (14.3)	8 (11.6)		
สัปดาห์ละ 1-3 วัน	0 (0.0)	13 (23.2)	13 (18.8)		
ทุกเดือน ๑ละ 1-3 ครั้ง	0 (0.0)	2 (3.6)	2 (2.9)		
รวม	13 (100.0)	56 (100.0)	69 (100.0)		
ยาและสารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม					
ไม่ใช้ยา/สารเสพติดอื่นร่วม	1 (7.7)	3 (5.4)	4 (5.8)		.58
บุหรี่	11 (84.6)	33 (58.9)	44 (63.8)		.11
ยาบ้า/ไอซ์	2 (15.4)	32 (57.1)	34 (49.3)		.012*
กัญชา	0 (0.0)	6 (10.7)	6 (8.7)		.59
ยาแก้ไอ	0 (0.0)	5 (8.9)	6 (7.2)		.58
ทามาดอล	0 (0.0)	3 (5.4)	3 (4.3)		1.0
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 (7.7)	2 (3.6)	3 (4.3)		.47
อื่น ๆ (เฮโรอีน, เคตามีน)	0 (0.0)	2 (3.6)	2 (2.9)		1.0

* Chi-square, Fisher exact test

** independent t-test

2. อาการทางคลินิก

2.1 อาการที่เกิดภายหลังการเสพกระท่อม

ในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาการที่เกิดภายหลังการเสพกระท่อมในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
อารมณ์ดี / สนุกสนาน	62	89.9
รู้สึกสบายใจ/สดชื่น/แจ่มใส	57	82.6
คลายปวดเมื่อย	53	76.8
ขยันทำงาน	52	75.4
มีกำลังวังชา	50	72.5
อดทนสู้แดด/ลม	49	71.0
ไม่เหนื่อยง่าย	49	71.0
ทำงานได้ทน/นาน	46	66.7
รับประทานอาหารได้มาก	45	65.2
ไม่ง่วงนอน	40	58.0
ปากแห้ง/คอแห้ง	28	40.6
ตาพร่า	15	21.7

จากตารางที่ 3 อาการที่เกิดภายหลังการเสพกระท่อมในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง คือ อารมณ์ดี/สนุกสนาน เกิดมากที่สุด ร้อยละ 89.9 รองลงมา

คือ รู้สึกสบายใจ/สดชื่น/แจ่มใส ร้อยละ 82.6 ส่วนอาการตาพร่า เกิดน้อยที่สุดร้อยละ 21.7

2.2 อาการถอนยา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาการถอนยา

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการปวดและอาการทางกาย		
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	55	79.7
หนาวบ่อย	49	71.0
ปวดกระดูก	47	68.1
น้ำมูกไหล	43	62.3
รู้สึกร้อน ๆ หนาว ๆ	39	56.5
อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	38	55.1
น้ำตาไหล	34	49.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาการถอนยา (ต่อ)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
กระสับกระส่าย/กระวนกระวาย	32	46.4
หนาวสั่น	31	44.9
หลงลืมง่าย/ไม่มีสมาธิ	31	44.9
ความคิดช้า	33	47.8
มีไข้	28	40.6
ก้าวร้าว	25	36.2
ท้องเสีย	22	31.9
เหงื่อออกมาก	20	29.0
ปวดท้อง	19	27.5
แน่นหน้าอก	15	21.7
หัวใจเต้นแรง/ใจสั่น	14	20.3
คลื่นไส้/อาเจียน	8	11.6
กลุ่มอาการทางจิตประสาท		
หงุดหงิด/โมโหง่าย	46	66.7
นอนไม่หลับ	43	66.3
เครียด/วิตกกังวล	25	36.2
รู้สึกซึมเศร้า/หดหู่	24	34.8
พูดคุยคนเดียว	4	5.8
หวาดระแวง	3	4.3
หูแว่ว	3	4.3
เห็นภาพหลอน	1	1.4

จากตารางที่ 4 อาการถอนยาที่พบ โดยแบ่งเป็นกลุ่มอาการปวดและอาการทางกาย และกลุ่มอาการทางจิตประสาท พบว่า กลุ่มอาการปวดและอาการทางกายที่พบมากที่สุด คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 79.7 รองลงมา คือ หาวบ่อย และ

ปวดกระดูก ร้อยละ 71.0 และ 68.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอาการทางจิตประสาทที่พบมากที่สุด ได้แก่ หงุดหงิด/โมโหง่าย ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ นอนไม่หลับ และเครียด/วิตกกังวล ร้อยละ 66.3 และ 36.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เสพกระท่อมกับอาการถอนยา

อาการ	ค่า r	p-value
กลุ่มอาการปวดและอาการทางกาย		
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	.196	.140
หาวบ่อย	.190	.153
ปวดกระดูก	.242	.068
น้ำมูกไหล	.221	.095
รู้สึกร้อน ๆ หนาว ๆ	.248	.060
อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	.239	.070
น้ำตาไหล	.305	.020*
กระสับกระส่าย/กระวนกระวาย	.123	.356
หนาวสั่น	-.057	.669
หลงลืมง่าย/ไม่มีสมาธิ	.005	.971
ความคิดช้า	-.015	.913
มีไข้	.135	.312
ก้าวร้าว	-.066	.622
ท้องเสีย	-.102	.447
เหงื่อออกมาก	.399	.002*
ปวดท้อง	.059	.659
แน่นหน้าอก	-.104	.437
หัวใจเต้นแรง/ใจสั่น	.091	.496
คลื่นไส้/อาเจียน	.306*	.019
กลุ่มอาการทางจิตประสาท		
หงุดหงิด/โมโหง่าย	.155	.245
นอนไม่หลับ	.279	.034*
เครียด/วิตกกังวล	.115	.390
รู้สึกซึมเศร้า/หดหู่	.050	.711
พูดคุยคนเดียว	.049	.712
หวาดระแวง	-.044	.745
หูแว่ว	-.091	.495
เห็นภาพหลอน	-.052	.699

จากตารางที่ 5 ระยะเวลาที่เสพกระท่อม มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ น้ำตาไหล และ เหงื่อออกมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

ผู้เสพใบกระท่อมส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งมักจะแต่งงานมีครอบครัวและประกอบอาชีพ โดยเริ่มเสพกระท่อมตั้งแต่ครั้งแรก ในช่วงอายุวัยผู้ใหญ่และเสพมาจนถึงปัจจุบัน จึงมีระยะเวลาที่เสพกระท่อมมานาน โดยให้เหตุผลในการเสพกระท่อมเพื่อให้สามารถทำงานได้มากขึ้น นำรายได้มาเลี้ยงครอบครัว¹¹⁻¹² ส่วนผู้เสพน้ำต้มกระท่อมจะเป็นกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น จึงยังเป็นโสด เริ่มเสพยาครั้งแรกในช่วงที่เป็นวัยรุ่น อายุเฉลี่ย 16 ปี ส่วนใหญ่จะเสพยาบ้ามาก่อน และเริ่มมาเสพน้ำต้มกระท่อมในภายหลัง ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นนิยมเสพน้ำต้มกระท่อมมากขึ้น¹³⁻¹⁴ โดยเป็นการรวมกลุ่มกันสังสรรค์พูดคุยและดื่มน้ำต้มกระท่อมเพื่อเพิ่มความสนุกสนาน อีกทั้งไม่มีกลิ่น ทำให้ผู้อื่นไม่ทราบว่าเสพยา¹⁵⁻¹⁶ ถึงแม้ว่าจะหันมาเสพน้ำต้มกระท่อมแล้วแต่ก็ยังคงเสพยาบ้า/ไอซ์ร่วมด้วย¹⁴⁻¹⁶

อาการที่เกิดภายหลังการเสพกระท่อมในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง คือ อารมณ์ดี /สนุกสนาน รู้สึกสบายใจ/สดชื่น/แจ่มใส คลายปวดเมื่อย, มีกำลังวังชา ทำงานได้นานและทน ทั้งนี้ใบกระท่อมจะออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที หลังจากเคี้ยวใบสด จะทำให้มีอาการแสบร้อนในช่องปาก หายปวดเมื่อย มีเรี่ยวแรง

ทำงานไม่เหนื่อย และออกฤทธิ์นานประมาณ 4-5 ชั่วโมง⁴ การใช้กระท่อมในขนาดต่ำจะออกฤทธิ์กระตุ้น ลดอาการเมื่อยล้า สามารถทำงานได้นานขึ้น เนื่องจาก mitragynine และ 7-hydroxymitragynine ซึ่งเป็นสารสำคัญในพืชกระท่อมออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนมีความสามารถจับกับ opioid receptors โดยเฉพาะ mu และ delta-receptor subtype โดยตรง² มีคุณสมบัติแก้ปวด และการเพิ่มระดับการคั่งของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin, noradrenaline และ dopamine จึงทำให้สาร mitragynine มีคุณสมบัติด้านการซึมเศร้า¹⁷

อาการนอนยากในกลุ่มอาการปวดและอาการทางกายและกลุ่มอาการทางจิตประสาทที่พบมากกว่าร้อยละ 50 คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หาวบ่อย ปวดกระดูก น้ำมูกไหล ร้อน ๆหนาว ๆ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง หงุดหงิด/โมโหง่าย และนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{5,11-15,18} เนื่องจาก mitragynine มีฤทธิ์ในการเสพติดและออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน เมื่อหยุดเสพกระท่อมจึงส่งผลให้เกิดอาการนอนยากดังกล่าว

ส่วนระยะเวลาที่เสพกระท่อมมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ น้ำตาไหล และ เหงื่อออกมาก สอดคล้องกับอมรรัตน์¹³ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับคือระยะเวลาที่เสพอาการ น้ำตาไหล และเหงื่อออก เป็นกลุ่มอาการนอนยากที่จะเกิดขึ้นในระยะแรก ๆ หลังจากหยุดเสพยาภายใน 8 ชั่วโมงหลังหยุดเฮโรอีน และเป็นอาการแสดงทางคลินิกที่ใช้ติดตามอาการขาดยาในการรักษา ได้แก่ เหงื่อออก ขนลุก น้ำมูก น้ำตาไหล หาว¹⁹ ส่วนอาการปวดเมื่อยและปวดกระดูก

จะเป็นอาการถอนยาที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการถอนยาก็จะหายมาเสพเพื่อลดความทรมานจากอาการถอนยานั้นจึงทำให้อาการปวดอาจจะยังไม่เกิดขึ้นหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยจึงไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เสพกระท่อม

สรุป

กระท่อมหรือน้ำต้มกระท่อมมีฤทธิ์ในการเสพติด และมีผลต่อสารสื่อประสาทในสมอง จึงรู้สึกเป็นสุข สนุกสนาน และสบายใจภายหลังจากที่ได้เสพ และเมื่อเกิดภาวะการเสพติดจึงทำให้มีอาการถอนยาเมื่อหยุดยา กลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเสพน้ำต้มกระท่อม โดยจะผสมสารอื่นลงไปใต้น้ำต้มกระท่อม และมีการเสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วยซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางกายและจิตมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและปัตตานีที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ รัชชกุล รองศาสตราจารย์ พญ.รัศมน กัลยาศิริ และอ.ดร.นภัควรรต บัวทอง ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. Babu KM, McCurdy CR, Boyer EM. Opioid receptors and legal highs: Salvia divinorum and Kratom. *Clin Toxicol (Phila)*. 2008; 46:146-52.
2. Watanabe K, Yano S, Horie S, Yamamoto LT. Inhibitory effect of mitragynine, an alkaloid with analgesic effect from Thai medicinal plant *Mitragyna speciosa*, on electrically stimulated contraction of isolated guinea-pig ileum through the opioid receptor. *Life Sci*. 1997; 60:933-42.
3. Matsumoto K, Mizowaki M, Suchitra T, Takayama H, Sakai SI, Aimi N, et al. Antinociceptive action of mitragynine in mice: evidence for the involvement of supraspinal opioid receptors. *Life Sci*. 1996; 59:1149–1155.
4. Suwanalert S. A study of kratom eaters in Thailand. *Bull Narc*. 1975; 27:21-7.
5. วิโรจน์ วีรชัย, สำเนา นิลบรรพ์. อาการทางคลินิกของผู้เสพติดกระท่อม. *วารสารกรมการแพทย์*. 2548; 30: 310-3.
6. สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. การใช้การเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพ. ใน: สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. *พิษกระท่อมในสังคมไทย วัฒนธรรม พฤติกรรม สุขภาพ วิทยาศาสตร์ กฎหมาย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2548 หน้า 129-44.
7. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดจากฐานข้อมูล บสต.
8. สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส. สถานการณ์พืชกระท่อม. [สืบค้น 9 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/11977/16236.pdf
9. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2555-2559; 2560.
10. ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์. สถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาเสพติด ช่วงไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2558. [สืบค้น 9 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงจาก https://www.oncb.go.th/ONCB_OR7/PublishingImages/Pages/Event/สถานการณ์ยาเสพติดไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2558.pdf
11. Junsirimongkol B, Singkhorn O, Thipnurak B, Puanglod D. The study of symptoms of clinical effects in Kratom abusers at the Outpatient Clinic, Suansaranrom Hospital. 2009; 3:41-53.
12. Kaewlue K. The Addiction of Kratom Plants Among Rubberplantation's Farmers in Southern Province in Thailand. A thesis for the Degree of Master of Arts (Addictionology) Mahidol University:2004.
13. Bangpichet A, The distressing withdrawal symptoms of Kratom dependent patients in the psychiatric clinic of Takuapa hospital, Phang-nga province, Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2563; 28:30-42.
14. Eaimchaloay S. Physical, Psychological and Behavior outcomes of Kratom users at a substance abuse treatment center. A Thesis for the Degree of Science Program in Mental Health Faculty of Medicine. Chulalongkorn University: 2017.

15. Bulaed S. Experience of addiction 4x100 the teenagers in the sub disteict of Krabi Province. A Thesis for the Degree of Master of Public health. Suratthani Rajabhat University: 2015.
16. Kaw-in P. Personal factor, social factor and knowledge level related to causes and behaviors of tanking 4x100 drug type, among children and youth in the venue of youth observation and protection in zone 8 zone 9. A Thesis for the Degree of Master of Social Work (Social welfare administration). Huachiew Chalermprakiet University: 2017.
17. Wangsintaweekul J. Kratom. Retrieve from file:///C:/Users/PMNIDA~1/AppData/Local/Temp/Kratom 7, May 2020.
18. Singh D, Muller CP, Vicknasingam BK. Kratom (*Mitragyna speciosa*) dependence, withdrawal symptoms and craving in regular users. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 139:132-7.
19. Deependham W. Heroin Dependence. In Lotrakul M. eds. *Handbook of Mental Health and Psychiatric problem care for Physician.* 2001. Department of Mental Health. Retrieve from <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Heroine.PDF>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้บริการ ด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน ในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยบริการสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

พรชัย พรสวรรค์ วท.ม.*, นรินทร์ สุขเกษม ส.บ. *,
ขวัญฤทัย ทรัพย์ละออ ส.บ.*, พิษณุรักษ์ กันทวิ ปร.ด. **
*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
**สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Abstract The Factors Associated to Quality of Methamphetamine drugs detoxification services among public health staffs of Chiang Rai Provincial Public Health Office.

Pornsawan P*, Sukasem N*, Sublaor K*, Kanthawee P**

*Chiangrai Provincial Public Health Office.

**Public Health Department, School of Health Science, Mae Fah Luang University.

This descriptive study aimed to identify factors that are associated with quality of methamphetamine drug treatment services. The sample size consisted of 233 drug addiction treatment and rehabilitation officers under the Chiang Rai Provincial Public Health Office and 36 of drug addiction treatment and rehabilitation head officers. The instruments consisted of 2 parts: questionnaire on factors related

to service quality, and a semi-structured interview on problems or obstacles for treatment of methamphetamine drugs. The descriptive statistical analysis used frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistic by Spearman correlation coefficient. The qualitative analysis by content analysis and triangulation method.

Result: 1. Staff attitudes toward Methamphetamine drugs detoxification services are high (\bar{X} 3.57 \pm 0.73), 7s organizational management is moderate (\bar{X} 3.38 \pm 0.83), and the quality of Methamphetamine drugs detoxification services provided by the Chiang Rai Provincial Public Health Office is high (\bar{X} 3.93 \pm 0.72).

2. Personal factors did not affect the quality of Methamphetamine drugs detoxification services at a statistically significant level of 0.05, whereas attitudes toward work and 7s organizational management overall had a low relationship (both $r=0.34$) with the quality of Methamphetamine drugs detoxification services at a statistically significant level of 0.01.

Conclusion: Chiang Rai Provincial Public Health Office can use mentioned factors as a guideline for improving the quality of services in Methamphetamine drug therapy to make the treatment and rehabilitation of drug addicts more effective.

Keywords : Quality of service, Methamphetamine, Drugs user's detoxification

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 233 คน และหัวหน้างานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำนวน 36 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนใช้สถิติวิเคราะห์ แสดงผลด้วยค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย 1. เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติต่อการทำงานด้านการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (\bar{X} 3.57 \pm 0.73) มีการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey ในระดับปานกลาง (\bar{X} 3.38 \pm 0.83) และเห็นว่า หน่วยงานมีคุณภาพการบริการด้านการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน อยู่ในระดับดี (\bar{X} 3.93 \pm 0.72)

2. ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติในการทำงาน และปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7 S ภาพรวม มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.34$ เท่ากัน) กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน เพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพการให้บริการ เมทแอมเฟตามีน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ 255 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรโลก โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่ภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษา จำนวนประมาณ 29.5 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 12 ของผู้ใช้ยาเสพติดและคิดเป็นร้อยละ 1.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปี ผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีเพียง 1 ใน 6 คนที่เข้าถึงการบำบัดรักษาจากการติดยาเสพติด¹

ในประเทศไทย ปัญหายาเสพติดได้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมโดยเฉพาะการพัฒนาประเทศและการพัฒนาบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต พบว่ายาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมาคือ กัญชา ไอซ์ และพืชกระท่อมตามลำดับ โดยกลุ่มเด็กเยาวชนที่เป็นผู้เสพผู้ติดยาจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มอายุลดลงทุกปี¹ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพิ่มโอกาสกลับคืนสู่สังคม

จนผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ภายใต้งานคิด “ผู้เสฟ คือ ผู้ป่วย”² โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้คู่มือการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน (ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษาเสฟติดที่ให้บริการผู้ใช้ยาและสารเสฟติด³ เพื่อเป็นแนวทางในการวางระบบงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสฟติดให้ได้มาตรฐาน และมีการใช้รูปแบบการประเมินระบบงานที่ครอบคลุมตั้งแต่การเข้าถึงและรับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การดูแลรักษาผู้ป่วย และการให้ความรู้เพื่อเสริมพลัง การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน โดยผู้เสฟ ผู้ติดยาเสฟติด จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการบำบัดรักษา และมีการติดตามช่วยเหลือเพื่อไม่ให้กลับไปเสฟติดซ้ำ

จังหวัดเชียงรายนับเป็นจังหวัดที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสฟติด ในภาพรวมระดับสูง โดยเฉพาะยาเสฟติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จากสถิติพบว่า ในปีพ.ศ. 2561 และ 2562 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในคลินิกยาเสฟติดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เสฟยาเสฟติดชนิดเมทแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาระบบสมัครใจ เป็น จำนวน 3,512 ราย และ 5,067 ราย ตามลำดับ⁴ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้นำข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน³ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการและประเมินหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสฟติดในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แต่ผลการดำเนินการพบว่า ผู้เสฟผู้ติดในระบบสมัครใจ เมื่อบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนด และติดตามครบ 3 เดือน ยังกลับไปใช้ยาเสฟติดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 69.7 และ 61.2 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด (ร้อยละ 10)⁴ ดังนั้นการค้นหาลู่ทางที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสฟติด ชนิดเมทแอมเฟตามีนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรในองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเซอร์เมอร์ฮอร์⁵ ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้น ประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะประชากร ความสามารถ จิตวิทยา 2) ความเพียรพยายามในการทำงาน 3) การสนับสนุนจากองค์กร ในขณะที่ธันวรธ⁶ กล่าวว่า ทักษะที่ดีจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถสร้างสรรค์สิ่งที่ดีให้กับองค์กรและตนเอง แต่หากบุคคลที่มีลักษณะตรงตามความจำเป็นของงาน มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากหน่วยงานก็อาจส่งผลต่อการทำงาน Tom Peter และ Robert Waterman⁷ ได้เสนอรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey ที่ประกอบด้วย การมีความชัดเจนของกลยุทธ์ (strategy) มีความเหมาะสมของโครงสร้าง (structure) ระบบปฏิบัติงานมี ความพร้อมในการทำงาน (system) ผู้บริหารมีภาวะผู้นำ (style) เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการทำงาน (staff) มีทักษะ ความรู้

ความสามารถ (skill) และบุคลากรมีค่านิยมร่วม และวัฒนธรรมองค์กร (shared values) ที่ดี จะส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการขององค์กรทั้งระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey ว่ามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนหรือไม่ อย่างไร เพื่อจะได้นำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนมาใช้ ในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพงานให้ตอบสนองต่อคุณภาพบริการของหน่วยให้บริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดเชียงรายได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษา

1. ระดับทัศนคติ การบริหารจัดการองค์กร และคุณภาพการให้บริการบำบัดรักษา ยาเสพติด เมทแอมเฟตามีน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน

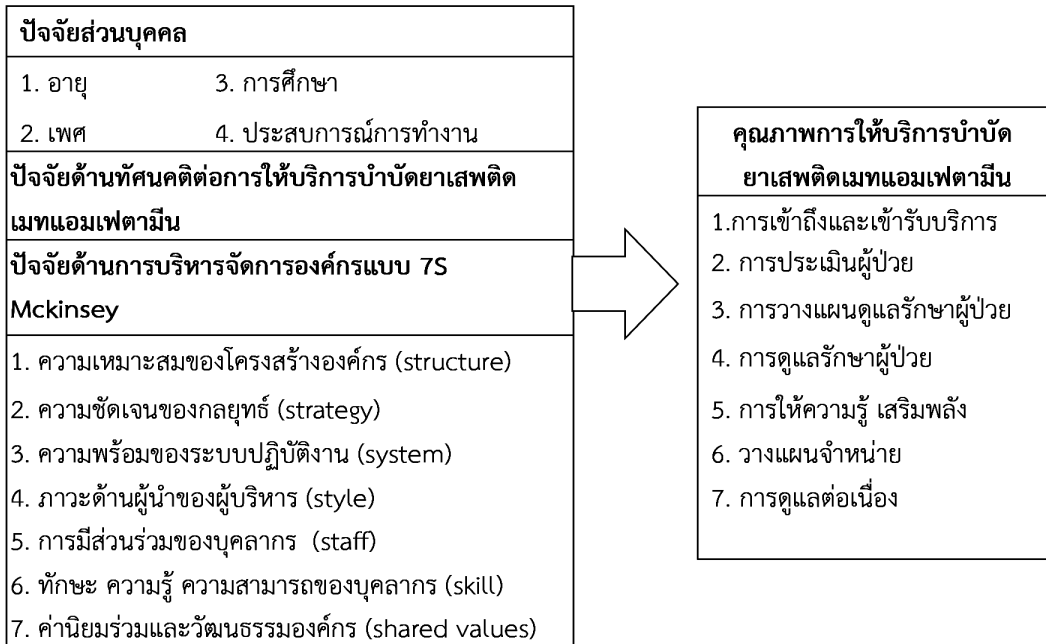
คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

คุณภาพการให้บริการ หมายถึง กระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด ณ หน่วยบริการบำบัดรักษา ยาเสพติด ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยปฏิบัติตามแนวคิดข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน (ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษา ยาเสพติด ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีน หมายถึง ผู้ป่วยเสติดยาบ้า หรือเสติดยาไอซ์จนมีอาการติดยา แต่ไม่มีอาการทางจิตเวช เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจ เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 18 อำเภอของจังหวัดเชียงราย

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ การเข้าถึงและรับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วย การให้ความรู้ เสริมพลัง การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง ที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถบรรลุเป้าหมายการบำบัดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์) จำนวน 325 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรทาโร ยามาเน (Taro Yamane)⁸ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 233 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้รับผิดชอบงานและมีประสบการณ์

ทำงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย 6 เดือนในสถานบริการสาธารณสุข 2) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ขาดอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย และไม่สามารถตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติเป็นหัวหน้างานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวม 36 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับประกาศอนุมัติดำเนินการวิจัยเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2563 โดยผ่าน

การพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 27 /2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการทำงาน จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S จำนวน 35 ข้อ และส่วนที่ 4 คุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 – 4 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อบริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความสอดคล้องด้านภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ และพยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวช หลังจากนั้น นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) กับ

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานบำบัด และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (เมทแอมเฟตามีน) จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 เท่ากับ 0.83, 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงความสัมพันธ์ ใช้สถิติวิเคราะห์ แสดงผลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการยืนยันข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

ผล

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (เมทแอมเฟตามีน) จำนวน 233 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 42.44 ± ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็น ร้อยละ 32.6 จบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป

ร้อยละ 74.2 มีประสบการณ์การทำงานด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 5 ปี สูงถึงร้อยละ 67.4 เป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 32.6

เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติมีทัศนคติต่อการทำงานด้านการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนในภาพรวมอยู่ในระดับดี (\bar{X} 3.57 ± 0.73) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ นโยบายการบำบัดยาเสพติด ที่กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน (\bar{X} 3.93 ± 0.59) รองลงมาคือ ผู้บริการหน่วยงานชี้แจงนโยบายและแนวปฏิบัติทำให้เกิดความเข้าใจ (\bar{X} 3.79 ± 0.64) และ ทีมสุขภาพมีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติ (\bar{X} 3.78 ± 0.72) ส่วนข้อมูลด้านการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เห็นว่า การบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey ของหน่วยงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} 3.38 ± 0.83)

เมื่อพิจารณาตามกระบวนการบริหารจัดการองค์กรพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การกำหนดค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร (Shared values) (\bar{X} 3.59 ± 0.85) รองลงมาคือ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (Style) ความพร้อมของระบบปฏิบัติงาน (system) และความชัดเจนของกลยุทธ์ (Strategy) มีค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วง \bar{X} 3.55 ± 0.81, 3.43 ± 0.80-0.82 ตามลำดับ

ด้านคุณภาพการให้บริการด้านบำบัดยาเสพติดพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเห็นว่า คุณภาพการบริการด้านบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดี (\bar{X} 3.93 ± 0.72) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการบริการพบว่า การเข้าถึงและรับบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} 4.21 ± 0.66) รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วย (\bar{X} 4.06 ± 0.61) และการวางแผนดูแลผู้ป่วย (\bar{X} 3.89 ± 0.77) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง (\bar{X} 3.67 ± 0.79) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการองค์กร และคุณภาพการให้บริการ

ตัวแปร	\bar{X}	S.D	ระดับ
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน			
1. นโยบายการบำบัดยาเสพติดกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน	3.93	0.59	ดี
2. ผู้บริการชี้แจงนโยบายและแนวปฏิบัติทำให้เกิดความเข้าใจ	3.79	0.64	ดี
3. ทีมสุขภาพประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติสู่ผู้บำบัด	3.78	0.72	ดี
4. คู่มือบริการด้านการบำบัดสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีความชัดเจน	3.77	0.63	ดี
5. นโยบายบริการด้านบำบัดยาเสพติดนำไปปฏิบัติได้จริง	3.72	0.65	ดี
6. นโยบายบริการของสสจ.เชียงใหม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่	3.72	0.67	ดี
7. หน่วยงานสร้างเครือข่ายการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกลับไปงานอื่นได้	3.69	0.69	ดี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการองค์กร และคุณภาพการให้บริการ (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D	ระดับ
8. รายงานของหน่วยงานสามารถเชื่อมโยงแนวปฏิบัติไปสู่รพ./คปสอ.ได้	3.68	0.7	ดี
9. เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การดูแลครอบคลุมปัญหาสุขภาพของผู้บำบัด	3.65	0.69	ดี
10. เกณฑ์การประเมินระบบการบริการมีความเหมาะสม	3.64	0.7	ดี
11. การนำแนวทางบำบัดไปใช้ในการรักษาพยาบาลผู้บำบัดทุกรายมีความเหมาะสม	3.60	0.6	ดี
12. สามารถดำเนินกิจกรรมได้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่กำหนด	3.58	0.72	ดี
13. การดูแลผู้บำบัดในหน่วยงานทำให้ภาวะสุขภาพผู้บำบัดดีขึ้นตามที่หวัง	3.56	0.72	ดี
14. หน่วยงานสามารถบูรณาการแนวปฏิบัติการไปสู่หน่วยงานภายนอกได้	3.54	0.73	ดี
15. หน่วยงานวางแผนขยายการดูแลผู้บำบัดเพิ่มขึ้น	3.53	0.76	ดี
16. ผู้บริหารนำผลประเมินการดำเนินงานมาปรับปรุงระบบ	3.52	0.7	ดี
17. ทุกฝ่ายในหน่วยงานดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการบำบัดได้ครบถ้วน	3.47	0.78	ปานกลาง
18. การดูแลผู้บำบัดตามแนวปฏิบัติการบำบัดได้ครบถ้วนในสถานการณ์จริง	3.46	0.74	ปานกลาง
19. หน่วยงานวางแผนบริหารจัดการและจัดสรรเงินได้ตรงกับการดำเนินการที่จำเป็น	3.45	0.78	ปานกลาง
20. หน่วยงานมีผลงานการดูแลผู้บำบัดยาเสพติดฯเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง	3.43	0.8	ปานกลาง
21. หน่วยงานได้รับการจัดสรรเงินเพื่อดำเนินงานการเพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริง	3.32	0.83	ปานกลาง
22. หน่วยงานมีวัสดุครุภัณฑ์ที่เอื้อต่อการดูแลผู้บำบัดในโรงพยาบาล	3.30	0.86	ปานกลาง
23. หน่วยงานมีวัสดุครุภัณฑ์ที่เอื้อต่อการดูแลผู้บำบัดในชุมชน	3.26	0.89	ปานกลาง
24. เจ้าหน้าที่หน่วยงานเพียงพอต่อการให้บริการ	3.19	0.99	ปานกลาง
ภาพรวม	3.57	0.73	ดี
การบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey			
1. ความชัดเจนของกลยุทธ์ (strategy)	3.43	0.82	ปานกลาง
2. ความเหมาะสมของโครงสร้าง (structure)	3.30	0.85	ปานกลาง
3. ความพร้อมของระบบปฏิบัติงาน (system)	3.43	0.80	ปานกลาง
4. ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (style)	3.55	0.81	ดี
5. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ (staff)	3.27	0.86	ปานกลาง
6. ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (skill)	3.11	0.84	ปานกลาง
7. ค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร (shared values)	3.59	0.85	ดี
ภาพรวม	3.38	0.83	ปานกลาง
คุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน			
1. การเข้าถึงและรับบริการ	4.21	0.66	ดี
2. การประเมินผู้ป่วย	3.81	0.75	ดี
3. การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย	3.89	0.77	ดี
4. การดูแลรักษาผู้ป่วย	4.06	0.61	ดี
5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง	3.67	0.79	ดี
ภาพรวม	3.93	0.72	ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติในการทำงานภาพรวมมีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.34$) กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ทัศนคติในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดรักษาในระดับปานกลาง ($r=0.41$) เท่านั้น

ส่วนปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7 S ภาพรวม มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.34$) กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์รายข้อย่อย 7 ข้อพบว่า ข้อย่อยที่ 4 ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (Style) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r=0.44$) ส่วนข้อย่อยที่ 2 – 3 และ 5 – 7 มีความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำ (r มีค่าอยู่ระหว่าง 0.30 – 0.39) กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความชัดเจนของกลยุทธ์ (Strategy) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติการทำงาน การบริหารจัดการองค์กร และคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน

ปัจจัย	Spearman's rank correlation coefficient						
	ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้าถึงบริการ	การประเมิน	การวางแผนรักษา	การดูแลรักษา	การจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	คุณภาพบริการภาพรวม
เพศ		0.09	0.09	0.07	0.04	0.07	0.07
อายุ		-0.03	-0.04	-0.05	-0.08	-0.08	-0.06
การศึกษา		0.00	-0.03	0.00	-0.06	-0.07	-0.01
ประสบการณ์การทำงาน		-0.16	-0.19	-0.13	-0.17	-0.18	-0.16
ปัจจัยด้านทัศนคติการทำงาน		0.38*	0.34*	0.36*	0.41*	0.35*	0.34*
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7 S							
1. Strategy		0.05	-0.03	0.01	0.03	0.02	0.01
2. Structure		0.36*	0.32*	0.34*	0.38*	0.35*	0.32*
3. System		0.35*	0.33*	0.36*	0.42*	0.38*	0.34*

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะการทำงาน การบริหารจัดการองค์กร และคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Spearman's rank correlation coefficient					
	การเข้าถึงบริการ	การประเมินประเมิ	การวางแผนรักษา	การดูแลรักษา	การจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	คุณภาพบริการภาพรวม
4. Style	0.48*	0.45*	0.41*	0.47*	0.47*	0.44*
5. Staff	0.35*	0.31*	0.33*	0.37*	0.38*	0.32*
6. Skill	0.35*	0.27*	0.30*	0.35*	0.35*	0.30*
7. Sharing value	0.43*	0.40*	0.36*	0.45*	0.43*	0.39*
ปัจจัยภาพรวม 7S	0.38*	0.32*	0.33*	0.40*	0.39*	0.34*

*P value <0.01

- การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ (แสงเดือน วิชิตดำรงศักดิ์, 2555) มีดังนี้

ค่าระดับความสัมพันธ์

0.81 – 1.00 สูงมาก

0.61 – 0.80 ค่อนข้างสูง

0.41 – 0.60 ปานกลาง

0.21 – 0.40 ค่อนข้างต่ำ

0.01 – 0.20 ต่ำมาก

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มสามารถสรุปผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีอายุเฉลี่ย 52.40 ปี มีประสบการณ์การทำงานด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 74.07 พบว่า

ด้านบริหาร

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นว่า ปัญหาด้านบริหารคือ การปรับเปลี่ยนนโยบาย แนวทางการติดตามให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรม

และการติดตามต่อเนื่องในชุมชนมีรูปแบบไม่ชัดเจน งบประมาณมาถึงในพื้นที่ล่าช้า การเบิกจ่ายงบประมาณเบิกจ่ายได้ยาก งบที่ได้รับการจัดสรรในการทำงานมีระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม หน่วยงานไม่มีแผนงานโครงการ และงบประมาณในการดำเนินงานในหน่วยงาน ขาดการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด ผู้รับผิดชอบเปลี่ยนงานบ่อย อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดทำแผนงานหลัก งบประมาณ และทีมสหวิชาชีพ ในการทำร่วมกัน มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันให้ชัดเจนขึ้น โดยมีการบูรณาการงานร่วมกันระหว่าง เครือข่าย อาทิจ ฝ้ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ทหาร เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ และเพิ่มขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังคำกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“นโยบายปรับเปลี่ยน แนวทางการติดตามให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรม และติดตามต่อเนื่องในชุมชน ไม่ชัดเจน”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“งบประมาณมาช้า งบประมาณเบิกจ่ายยาก ระยะเวลาในการดำเนินการไม่เหมาะสม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“ควรเสริมพลังใจแก่เจ้าหน้าที่เพื่อป้องกัน ภาวะหมดไฟในการทำงาน”

ด้านบริการ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นว่า ปัญหา ด้านบริการ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้าสู่ระบบการบำบัด รวมถึง ผู้ติดยาเสพติดในบางพื้นที่เข้ารับบริการจำนวนมากขึ้น ยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนยังหาได้ง่าย ราคาถูกรัฐบาลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ สถานที่ให้การบำบัดบางแห่งไม่เอื้อต่อการทำกลุ่มบำบัด ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญต่อการบำบัด ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ บางรายมีการใช้ยาเสพติดร่วมขณะอยู่ในกระบวนการบำบัด พบผู้ป่วยติดยาเสพติดหลายประเภทร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความยากในการวางแผนรักษา ทีมบำบัดภายในจังหวัดยังขาดการประสานส่งต่อข้อมูลและดูแล จึงมีข้อเสนอแนะให้ทีมบำบัดควรดึงศักยภาพของครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างแท้จริง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการทางจิตร่วมด้วย จึงควรเพิ่มผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในหน่วยงานและควรผลักดันให้นำผู้ป่วยเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเข้ารับ การบำบัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำ ดังคำกล่าว

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญของการบำบัด ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เสพซ้ำ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“การรับดูแลต่อยังขาดการประสานส่งต่อดูแล”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“ผู้ป่วยมักจะมีอาการทางจิตร่วมด้วย อยากให้มีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพิ่มในหน่วยงาน”

ด้านวิชาการ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นว่า ปัญหา ด้านบริการคือ เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การฝึกอบรมยังไม่ครอบคลุมทุกหลักสูตรที่ใช้ในการปฏิบัติงานและหลักสูตรไม่ทันสมัย จึงมีข้อเสนอแนะให้ควรมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดการอบรมเพิ่มเติมทุกปีเพื่อเป็นการเพิ่มความรู้อย่างยิ่งในผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์การทำงานไม่นาน ควรมีเวทีนำเสนอปัญหา จัดการประชุมวิชาการภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ควรมีแผนการจัดการศึกษาดูงานด้านยาเสพติดเพื่อพัฒนาความรู้และสร้างแรงจูงใจให้แก่เจ้าหน้าที่ให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทักษะที่ใช้ปฏิบัติงาน”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“ขาดองค์ความรู้เรื่องแนวทางการรักษา ผู้ที่ติดยาเสพติดทุกประเภท”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“ควรพัฒนาเจ้าหน้าที่บำบัดรักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการอบรมซ้ำ อบรมใหม่ทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์น้อย”

วิจารณ์

1. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขมีทัศนคติมีผลต่อการทำงานด้านการบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นโยบายการบำบัดยาเสพติดที่กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน รองลงมาคือ ผู้บริหารหน่วยงานชี้แจงนโยบายและแนวปฏิบัติทำให้เกิดความเข้าใจและทีมสหสาขาวิชาการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการงานยาเสพติด การจัดสรรเงินงบประมาณ การวางแผนบริหารจัดการ และการจัดวัสดุครุภัณฑ์ในชุมชนและในโรงพยาบาลยังไม่เหมาะสมกับภาระงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์⁹ ที่พบว่า ประเด็นที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้บำบัดคือ นโยบายการบริหารในส่วนของ การจัดสรรภาระงาน ให้บุคลากรให้สมดุลและเหมาะสม ความมั่นคงในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่สะดวกสบายเอื้อต่อการทำงาน เมื่อเจ้าหน้าที่

มีความสุขต่อการทำงานจะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานด้วย

ในส่วนของการบริหารจัดการองค์กรแบบ 7S Mckinsey ของหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติเห็นว่าการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวมของจังหวัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า องค์ประกอบด้านการกำหนดค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร (Shared values) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (Style) ความพร้อมของระบบปฏิบัติงาน (system) และความชัดเจนของกลยุทธ์ (Strategy) เนื่องจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้นำข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน (ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษา ยาเสพติดที่ให้บริการผู้ติดยาและสารเสพติด³ มาเป็นแนวทางในการวางระบบงานและการประเมินผลงานที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดและประเมินหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จึงทำให้เจ้าหน้าที่มีวัฒนธรรมการปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรพร¹⁰ ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการบำบัดรักษา คือความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทำงานไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมุ่งมั่นและต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของวลีรัตน์¹¹ ที่พบว่า การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการประสานการบริการแนวทางการปฏิบัติในด้านนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับ อย่างเป็นระบบ การติดตามและการประเมินผล ทำให้การบริการประสบความสำเร็จ

ส่วนในด้านระดับคุณภาพการให้บริการพบว่า ในภาพรวมหน่วยบริการมีคุณภาพการบริการด้านบำบัดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการบริการพบว่า การเข้าถึงและรับบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วย และการวางแผนดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและรับบริการได้ง่ายและทันเวลา ได้รับการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจตามความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย รวมถึงมีการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ดี มีระบบการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของการศึกษาของวลิรัตน์¹¹ ที่พบว่า การเข้าถึงการให้บริการรักษาได้โดยง่าย การคัดกรองและประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่ทำให้ขั้นตอนการบริการประสบผลสำเร็จ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติในการให้บริการฯ และปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน พบว่า

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายให้ทำงานนั้นแล้ว ทุกคนต้องทำหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา¹² ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น

ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติในการทำงาน ภาพรวม มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำกับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ทัศนคติในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดรักษาในระดับปานกลาง เป็นไปตามแนวคิดของธนวรรธ⁶ ที่กล่าวว่า ทัศนคติที่ดีจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถสร้างสรรค์สิ่งที่ดีให้กับองค์กรและตนเอง จึงนับเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้คุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มดีขึ้น และเป็นไปตามการศึกษาของอาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ¹³ ที่พบว่า การที่เจ้าหน้าที่มีทัศนคติต่อการทำงานเชิงบวกเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดรักษา

ส่วนปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร แบบ 7S ภาพรวม มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำกับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (Style) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพการให้บริการฯ จากการสนทนากลุ่มพบว่า รูปแบบการบริหารและภาวะผู้นำของผู้บริหารมีผลต่อคุณภาพการบำบัดยาเสพติด โดยผู้บริหารมีนโยบายให้วางระบบตั้งแต่การเข้าถึงบริการจนจำหน่าย และติดตามหลังการบำบัด

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวไลรัตน์¹¹ ที่พบว่า การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการประสานการบริการแนวทางปฏิบัติในด้านนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับอย่างเป็นระบบ การติดตามและการประเมินผล ส่งผลให้การบริการประสบความสำเร็จ

ส่วนความเหมาะสมของโครงสร้าง (Structure) ความพร้อมของระบบปฏิบัติงาน (System) การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ (Staff) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) ค่านิยมร่วมและ วัฒนธรรมองค์กร (Shared values) มีความสัมพันธ์ ค่อนข้างต่ำกับคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัด ยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน แม้ว่าทั้ง 5 องค์ประกอบนี้ จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การบริการค่อนข้างต่ำแต่องค์ประกอบเหล่านี้ ยังเป็นส่วนประกอบย่อยที่สำคัญในการสนับสนุน ให้เกิดการพัฒนางานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของวัชรพร¹⁰ และเรื่องสิทธิ¹⁴ ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในภาพรวมที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพบริการ ได้แก่ การทำงานในพื้นที่ที่มี การทำงานเป็นทีม บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ มีระบบงาน และแผนการดำเนินงาน ที่ชัดเจน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ระบบบริการ ประสบความสำเร็จได้

ในส่วนขององค์ประกอบ ความชัดเจนของ กลยุทธ์ (Strategy) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพ การให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมท แอมเฟตามีน จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ปฏิบัติ

งานในพื้นที่ส่วนใหญ่เห็นว่า การรับรู้กลยุทธ์ การบริหารนับเป็นเรื่องไกลตัว ผู้ปฏิบัติงานจึงไม่ เห็นว่า ความชัดเจนของกลยุทธ์ด้านการบริหาร มีส่วนช่วยให้งานบริการมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายจึงมีแนวคิด ในการพัฒนาและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน และจัดทำแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของงานบริการบำบัดรักษา ยาเสพติด ชนิดเมทแอมเฟตามีน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารควรจัดทำและ ประสานแผนพัฒนาการบริการด้านบำบัดยาเสพติด ชนิดเมทแอมเฟตามีนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรเพิ่มระบบ การสนับสนุนและการติดตาม เพื่อพัฒนาให้เกิด แนวทางการดำเนินงานที่มีความถูกต้องเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงควรสร้างเทคนิค การจูงใจในการทำงานที่สอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้สึกที่ดีต่องาน ที่ทำ เป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรมีความตั้งใจ ในการปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลัง ความสามารถ จนเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. ด้านบริการ ทีมควรพัฒนาการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้มีการดึงศักยภาพของครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดยาเสพติด ชนิดเมทแอมเฟตามีน ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่ง

จำหน่ายออกจากระบบการบำบัดรักษา รวมถึง พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องอย่างแท้จริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งจะส่งผลให้การบำบัดรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบความสำเร็จได้

3. ด้านวิชาการ ควรมีระบบการพัฒนาศักยภาพ ของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในเรื่องการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ชื้อยาและสารเสพติด รวมถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ชื้อยาเสพติด อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยพัฒนาใน รูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบท การอบรม ศึกษาดูงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและ คุณภาพการให้บริการ โดยใช้ตัวแปรอื่น ๆ เช่น วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณบุคลากร งานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วย บริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและตอบแบบสอบถาม การวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา ยาเสพติด ปีงบประมาณ 2561. คู่มือการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service plan) สาขา ยาเสพติด. สมุทรสาคร : บริษัท บอรั่น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด; 2561.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สมุทรสาคร : บริษัท บอรั่น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด; 2559.
3. สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). คู่มือการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐาน (ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษา ยาเสพติดที่ให้บริการผู้ติดยาและสารเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
4. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย. [สืบค้น 30 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://antidrugnew.moph.go.th/>
5. Schermerhorn, JR. Introduction to Management New York :John Wiley&sons,Inc;2010.
6. ธนวรรธ ตั้งสินทรัพย์ศิริ. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : ธนัษการพิมพ์ ; 2550.
7. อำนาจ วัดจินดา. MCKINSEY 7-S FRAMEWORK แนวคิดปัจจัย 7 ประการในการ ประเมินองค์กร. [สืบค้น 28 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.gracezone.org/home/?p=329>.
8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่5 .กรุงเทพฯ:ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย จำกัด ; 2553 .
9. ศิริลักษณ์ ปัญญา,และรุ่งอรุณ โทวันนัง. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของผู้ที่ทำงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2561;2(1):12-21.
10. วีชรพร พุทธสอน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดฉะเชิงเทรา (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต). ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์;2561.
11. วลีรัตน์ แสงไชย.กระบวนการบำบัดผู้เสพยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการคืนคน (เคย) ดีสู่การเป็นคนดีอย่างยั่งยืน : กรณีศึกษาภาคเหนือ. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2561; 2(1): 164-174.
12. จินตนา ศรีธรรมมา และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการเสพติด .2557; 2(2):11-24.
13. อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. การวิจัยศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย. วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต.2558;1(2):213-222.
14. เรื่องสิทธิ์ เนตรนวลใยและคณะ. กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้า ด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย.วารสารสมาคมนักวิจัย.2557; 19(2):36-44.

Naltrexone กับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดโอปิออยด์

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

* โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Naltrexone

Naltrexone ได้รับการยอมรับจากองค์การอาหารและยา (Food and Drug Administration: FDA) ว่าเป็นยาสำหรับช่วยรักษาในการติดยาและสารเสพติด (Medication Assisted Therapy : MAT) โดยเฉพาะ สารเสพติด แอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder :AUD) (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984) และสำหรับ ยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Use Disorder : OUD) (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994) แต่อย่างไรก็ดี ในปัจจุบัน การนำเอา Naltrexone ไปใช้ก็ยังมีค่อนข้างน้อย ประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์ผู้รักษา เลือกจะใช้ Oral Naltrexone สำหรับ AUD ประมาณ 26.8% และ Long Acting Naltrexone ร้อยละ 17 โดยในการศึกษาไม่ว่าจะเป็นแพทย์ทั่วไปหรือจิตแพทย์ อัตราการจ่ายไม่แตกต่างกัน^{1,2}

เภสัชวิทยา Naltrexone

Naltrexone เป็นสาร semi-synthetic opioid ที่มีสูตรโครงสร้างใกล้เคียงกับ Opioid agonist โดยจะแย่งการจับ Opioid ที่ Mu receptors ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของยาเสพติด Opioid (Opioid Antagonist) โดยที่มีฤทธิ์ partial agonist ต่อ Kappa receptor ในสมอง ไซสันหลัง และระบบประสาทส่วนปลาย³ และขนาดบริหารยา 50 mg ของ Naltrexone พบว่าสามารถจับกับ Mu Opioid receptor ในสมองได้ถึง 95%⁴ การบริหารยาผ่านการกินของ Naltrexone สามารถดูดซึมได้รวดเร็ว และจะมีระดับยาในเลือดสูงสุดภายในเวลา 60 นาที โดยจะถูกเมตาบอลิซึมที่ตับเป็นอันดับแรก โดยไม่ผ่านกระบวนการของ

Cytochrome P450 แล้วจะได้ active metabolite คือ 6-beta-naltrexol⁵ ภายหลังการรับประทาน ต่อเนื่องเกิน 7 วัน จะมีระดับค่าครึ่งชีวิตของ Naltrexone ที่ 10 ชั่วโมง และส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางไต

การใช้ Naltrexone ในแอลกอฮอล์

ในการนำเอา Naltrexone มาใช้ในแอลกอฮอล์ เริ่มจากการทดลองในสัตว์ทดลอง พบว่า สามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการจับ Opioid receptor สามารถยับยั้ง Positive reinforcing effect ในแอลกอฮอล์ ลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้⁶⁻⁷ และพัฒนาใช้ในการรักษาในมนุษย์ โดยในงานวิจัยทางคลินิก (Randomized Control Trial : RCT) พบว่า Naltrexone ลดอาการอยากยา (Craving) ลดอัตราการกลับไปเสพสุราซ้ำ ลดความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์⁸⁻⁹ โดยเชื่อว่า แอลกอฮอล์มีความเชื่อมโยงกลไกออกฤทธิ์ในสมองส่วน reward pathway ผ่าน mesolimbic dopamine pathway ร่วมกับระบบ Endogenous Opioid แอลกอฮอล์จะทำให้เพิ่มการผลิต endogenous opioid peptides นอกจากนี้ แอลกอฮอล์จะยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาท GABAergic ในสมองของระบบ mesolimbic ทำให้มีการหลั่ง Dopamine เพิ่มขึ้น ดังนั้น Naltrexone ซึ่งยับยั้งการผลิต Endogenous Opioid ที่ถูกกระตุ้นผ่านแอลกอฮอล์ จึงทำให้ป้องกันการเกิดอาการ Euphoria ได้¹⁰ นอกจากนี้ การมี OPRM1 gene

ที่บริเวณ Mu Opioid receptor สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ Naltrexone ได้¹¹ งานวิจัยที่ได้ทำ Meta Analysis ใน Naltrexone¹² ติดตามผลในระยะสั้น (12 สัปดาห์) พบว่า Naltrexone สามารถลดการกลับไปเสพสุราซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 0.64, 95% CI 0.51–0.82) แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงการป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำ พบว่า Naltrexone สามารถป้องกันการกลับไปเสพสุราซ้ำได้ 36% (NNT= 7) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการป้องกันการกลับไปดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 0.91, 95% CI 0.81–1.02) เมื่อเทียบกับ placebo ซึ่งผลการศึกษาในระยะกลาง คือ ติดตามผลการรักษาที่ 6 เดือน ก็พบว่า การให้ Naltrexone เทียบกับ Placebo ก็ได้ผลลัพธ์ในแง่การป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ไม่ต่างกัน RR (1.01, 95% CI 0.92 to 1.11) แต่สามารถลดอาการอยากสุรา และเพิ่มจำนวนวันในการจะเริ่มดื่มสุราในครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาการให้ Naltrexone ร่วมกับการให้ Intensive Psychosocial Therapy (ในที่นี้ คือ Cognitive Behavioral Therapy : CBT) พบว่าสามารถลดการกลับไปเสพสุราซ้ำในระยะกลาง (6 เดือน) และระยะยาว (24 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการให้เฉพาะ Intensive Psychosocial Therapy แต่เพียงอย่างเดียว (RR 0.33, 95% CI 0.14 to 0.80), (RR 0.60, 95% CI 0.40 to 0.91) ตามลำดับ

Extended Release Naltrexone (XR-NTX) ต่อการรักษาผู้ติดสุรา

โดยที่การศึกษา Naltrexone ที่พบว่า มีผลต่อการรักษา AUD, OUD โดยใช้การรับประทาน วันละหนึ่งครั้งทุกวันเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งในการให้ระยะยาวนั้นเป็นไปได้ยาก¹³ จึงทำให้ มีการพัฒนายาที่ออกฤทธิ์ยาวของ Naltrexone (Vivitrol, Alkermes) โดยที่ FDA ให้การรับรอง ในปี 2006 สำหรับกลุ่ม AUD, OUD ในรูปแบบ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณ Gluteal ขนาดบริหารยา Naltrexone ที่ 380 mg โดยจะมีฤทธิ์ยับยั้งที่ Mu Opioid Receptor เทียบเท่ากับการรับประทาน ที่ 50 mg นานถึง 28 วัน โดยเหมาะกับการรักษา แบบผู้ป่วยนอก โดยที่ในการศึกษา RCT ของ XR-NTX ในกลุ่มผู้ติดสุรา¹⁴ ศึกษา 3 กลุ่ม เทียบระหว่างขนาดการบริหารยาที่ 380 mg, 190 mg และ placebo พบว่า กลุ่มที่ได้รับ 380 mg สามารถลดการเกิดการดื่มหนักได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ขณะที่ผลข้างเคียงรายงาน 14% ว่าเป็น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดบริเวณ ที่ฉีดยา ส่วนผลต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ตับ ไม่ต่างจาก กลุ่มที่ได้รับ placebo นอกจากนี้ ยังมีบางงานวิจัย ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL)¹⁵ เทียบระหว่าง XR-NTX กับ placebo พบว่า ในกลุ่ม XR-NTX สามารถยกระดับของ QOL ไม่ว่าจะด้าน สุขภาพจิต สุขภาพร่างกาย และ ศักยภาพทางสังคม และสามารถลดจำนวนวัน ดื่มหนักได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีงานวิจัย RCT ที่ทำการศึกษา XR-NTX เทียบกับ Placebo¹⁶ โดยอาศัยการใช้ Functional MRI ติดตาม โดยให้

ผู้ติดสุราถูกกระตุ้นให้เกิดอาการอยากสุรา ผ่านการมองเห็นและการดมกลิ่นของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และไม่ใช่แอลกอฮอล์ แล้ววัดระดับ อาการอยากสุรา พบว่า ในภาวะเริ่มต้น ภายหลังจาก ที่กระตุ้นด้วยแอลกอฮอล์ จะมีการสื่อประสาท ในสมองบริเวณ Orbital and Cingulate gyri และ บริเวณสมองส่วน frontal บางส่วน ซึ่งภายหลังจาก ได้รับ XR-NTX ก็ทำให้สมองส่วนดังกล่าวข้างต้น ลดการทำงานลงหลังจากกระตุ้นด้วยแอลกอฮอล์ ผ่านการดมและการมองเห็น

ผลข้างเคียงของการใช้ Naltrexone

จากการศึกษา Systematic Review ในเรื่อง Side Effect ของ Naltrexone¹⁷ พบว่า จากการนำเอา Naltrexone ไปใช้รักษาในโรคต่าง ๆ คือ AUD, Impulse Control disorder, other addiction including smoking, Eating Disorder, Crohn's disease , Fibromyalgia และ Cancer พบว่า ไม่มี รายงานผลข้างเคียงอันตรายสำคัญ ด้วย RR 0.84, 95% CI (0.66–1.06) และส่วนใหญ่ จะรายงานเป็น ความรุนแรงเล็กน้อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนแรง¹²

การนำ Naltrexone ไปใช้รักษาโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ Alcohol, Opioid Use Disorder

การนำ Naltrexone ไปรักษาโรคทาง พฤติกรรมอื่น ๆ (Broadly defined behavioral addiction) ที่มีนิยาม คือ พฤติกรรมที่มีลักษณะ ไม่สามารถควบคุมได้ และยังคงทำพฤติกรรมนั้น ๆ อยู่ แม้ว่า จะเกิดผลกระทบทางด้านลบอย่างมีนัยสำคัญ

เช่น การพนัน, kleptomania (โรคชอบหยิบฉวย), hypersexual disorder, trichotillomania (โรคดึงผม), skin picking disorder, compulsive buying โดยจากการศึกษา Systematic Review ของ Faycal C, et al (2017)¹⁸ พบว่า Naltrexone สามารถเพิ่มคะแนนในแบบวัดของกลุ่มโรค Broadly defined behavioral addiction โดยเฉพาะกลุ่มการพนัน ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ fixed effect model: SMD = -0.27, 95% CI [-0.51 to -0.03], z = 2.23; p = 0.025).

นอกจากในกลุ่มโรคทางพฤติกรรมแล้ว การนำเอา Naltrexone ไปใช้รักษาในโรคอื่น ๆ โดยการใช้ขนาดต่ำ จากงานวิจัย Systematic Review ของ Karlo T, 2018¹⁹ ในเรื่องการรักษา Low Dose Naltrexone ก็กับการรักษาโรคอื่น พบว่า (Naltrexone 1-5 mg/day : Low Dose Naltrexone ; LDN) มีประโยชน์ในการรักษาโรคอื่น ๆ เช่น fibromyalgia, Crohn's disease, multiple sclerosis, complex-regional pain syndrome, Hailey-Hailey disease และมะเร็ง ในขณะที่ 1 µg per day ของ Naltrexone เรียกว่า Ultra Low Dose Naltrexone (ULDN) ใช้ในการลดอาการปวดภายหลังผ่าตัด ทำให้ลดการใช้ Opioid ภายหลังผ่าตัดได้ และในขนาดระหว่าง 1 µg ถึง 1 mg ต่อวัน เรียกว่า Very Low-Dose Naltrexone (VLDN) สามารถนำไปใช้ร่วมกับการลดขนาดยา Methadone ได้

การศึกษาการยอมรับยาในกลุ่ม MAT ของแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย Alcohol Use Disorder (AUD)

จากงานวิจัยของ Ehrie J และคณะ, 2020² พบว่า กว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วย AUD ไม่ได้รับการจ่ายยาในรูปแบบ MAT เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เพราะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการใช้ MAT ที่เหลืออาจรับไม่ได้กับผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งแพทย์ส่วนใหญ่ในอเมริกา หากเลือก MAT ใน AUD จะเลือกการใช้ Oral Naltrexone (26.8%) Long-acting Naltrexone (17.8%) Disulfuram (6.1%) Acamprosate (7.6%) Topiramate (4.2%) Baclofen (1.5%) โดยยาที่แพทย์มั่นใจในการสั่งจ่ายยา มากสุด คือ Oral Naltrexone, Long - acting Naltrexone, Disulfuram, Acamprosate ร้อยละ 85.5, 77.9, 71.3 และ 68.2 ตามลำดับ เหตุผลจาก งานวิจัยที่มีหลักฐานรองรับ และผลข้างเคียงน้อย ยกเว้น Disulfuram นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ แสดงให้เห็นการยอมรับในการจ่ายยาในกลุ่ม Naltrexone จากแพทย์มากขึ้น สอดคล้องกับสำรวจในปี 2001 ที่มีการจ่ายร้อยละ 13 เป็น ร้อยละ 26.8 ขณะที่ ยากลุ่ม Disulfuram มีการจ่ายที่ลดลง จากร้อยละ 9 เหลือเพียงร้อยละ 6

เอกสารอ้างอิง

1. Knudsen HK AA, Roman PM. Adoption and implementation of medications in addiction treatment programs. *J Addiction Med Sci.* 2011;5:21-7.
2. Ehrie J HE, Morris PE, Mark TL and Kra Cingurate gyri nzler HR Survey of Addiction Specialists' Use of Medications to Treat Alcohol Use Disorder. *Front Psychiatry.* 2020;11(47):8.
3. Wentland MP LR, Lu Q, Bu Y, Denhardt C, Jin J, et al. Syntheses of novel high affinity ligands for opioid receptors. *Bioorg Med Chem Lett.* 2009;19(8):2289-94.
4. Weerts EM KY, Wand GS, Dannals RF, Lee JS, Frost JJ, et al. Differences in delta- and mu-opioid receptor blockade measured by positron emission tomography in naltrexone-treated recently abstinent alcohol-dependent subjects. *Am College of Neuropsychopharmacol.* 2008;33(3):653-65.
5. Wall ME BD, Perez-Reyes M. The metabolism of naltrexone in man. *NIDA Res Monogr.* 1981; 28:105-31.
6. Altshuler HL PP, Feinhandler DA. Alteration of ethanol self-administration by naltrexone. *Life Sci.* 1980;26(9):679-88.
7. Samson HH DT. Oral ethanol self-administration in the rat: effect of naloxone. *Pharmacol Biochem Behav.* 1985;22(1):91-9.
8. O'Malley SS JA, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(11):881-7.
9. Volpicelli JR AA, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49(11):876-80.
10. EM. U. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *J Addiction Med Sci.* 2008; 2(3):121-7.
11. Ray LA BS, Chin PF, Miotto K. Pharmacogenetics of naltrexone in asian americans: a randomized placebo-controlled laboratory study. *Neuropsychopharmacol Off Pub Am College of Neuropsychopharmacol.* 2012;37(2):445-55.
12. Manit Srisurapanont NJ. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2005; 8:267-80.
13. Swift ROD, Alexander M, Forman R.. Adherence monitoring in naltrexone pharmacotherapy trials: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs.* 2011;72(6): 1012-8.
14. JC. G. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence. *JAMA J Am Med Assoc.* 2005;293(13):1617-28.

15. Pettinati HM GD, Dong Q, Kranzler HR, O'Malley SS. Effect of extended-release naltrexone (XR-NTX) on quality of life in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33(2): 350–6.
16. Lukas SE LS, Lindsey KP, Conn N, TartariniW, Rodolico J, et al. . Extended-release naltrexone (XR-NTX) attenuates brain responses to alcohol cues in alcohol-dependent volunteers: a bold fMRI study. *Neuroimage.* 2013;78:176–85.
17. Monica Bolton AH, Shivani Boda, Alan Mould, Maria Panagioti, Sarah Rhodes , Lisa Riste and Harm van Marwijk. Serious adverse events reported in placebo randomised controlled trials of oral naltrexone: a systematic review and metaanalysis. *BMC Medicine* 2019;17(10).
18. Fayçal Mouaffak CL, Sonia Hamzaoui , Amine Benyamina, Xavier Laqueille ,Oussama Kebir Naltrexone in the Treatment of Broadly Defined Behavioral Addictions: A Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Eur Addict Res.* 2017;23:204–10.
19. Karlo Toljan BV. Low-Dose Naltrexone (LDN)—Review of Therapeutic Utilization. *Med Sci* 2018;6(82):18.

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

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

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ วัตถุประสงค์ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข 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 ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

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

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

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

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

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้น ๆ ยายนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (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. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณะ ชวัลลล, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. 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: ลิมบราเตอร์ การพิมพ์; 2545.
2. Beck. Aaron T. Cognitive Therapy Substance Abuse. New York : The Guilford Press; 1993.

หนังสือมีบรรณาธิการ

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

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference 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; ปีที่ได้ รับปริญญา.

1. จรรยา ลากศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะ ชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียน บ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
2. Silpakit C. A Study of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D.thesis). London: University of London ; 1998.

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

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

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

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

7. อื่น ๆ

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

