

การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการ
บำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในสถาบันธัญญารักษ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Cost-effectiveness analysis of short-term and long-term inpatient treatment for
methamphetamine use in Thanyarak Institute



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาใน สถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการบำบัดรักษา การใช้สารเมทแอมเฟตามีนในสถาบันธัญญารักษ์
โดย	นายพุทธิพงศ์ ประสาทพรศิริโชค
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(แพทย์หญิงภัทรินทร์ ชมภูคำ)

พุทธิพงษ์ ประสาทพรศิริโชค : การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในสถาบันธัญญารักษ์. (Cost-effectiveness analysis of short-term and long-term inpatient treatment for methamphetamine use in Thanyarak Institute) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. พญ.รัศมน กัลยาศิริ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้น (ไม่เกิน 30 วัน) และระยะยาว (มากกว่า 30 วัน) ในการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีน รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนก่อนเข้ารับการรักษาครั้งปัจจุบันที่สถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัย ก่อนหน้าที่ได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดยาเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0 SSADDA) จากผู้ที่กำลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ เมื่อปี 2550 จนถึงปัจจุบัน ภายหลังจากคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัยแล้ว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 614 คน คิดเป็นจำนวนครั้งในการเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนทั้งสิ้น 772 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยม จากนั้นวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนโดยใช้การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ และหาความสัมพันธ์โดยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า การรักษาแบบระยะสั้นมีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล อยู่ที่ 1,418.55 บาทต่อการรักษาแบบระยะสั้น 1 คอร์ส ในขณะที่การรักษาแบบระยะยาวมีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล อยู่ที่ 13,753.05 บาทต่อการรักษาแบบระยะยาว 1 คอร์ส เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษากับผลของการบำบัดรักษา พบว่า การบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดแบบระยะสั้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือน พบว่า ระดับการศึกษา การได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด และจำนวนวันการรักษาเฉลี่ยที่มากกว่า 30 วัน เป็น 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6074266530 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Methamphetamine, Inpatient treatment, Cost-effectiveness

Puttipong Prasartpornsirichoke : Cost-effectiveness analysis of short-term and long-term inpatient treatment for methamphetamine use in Thanyarak Institute. Advisor: Assoc. Prof. RASMON KALAYASIRI, M.D.

This research work is a retrospective study, using secondary data, which has been based on the information compiled from inpatients of methamphetamine addiction treatment at Thanyarak Institute since 2007, using the Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (Thai version 2.0, SSADDA). The objective of this work is to study outcomes, costs, and effectiveness of short-term (up to 30 days) and long-term (over 30 days) treatment of methamphetamine addiction, and to analyze the determinants affecting the capability to stop using drugs for more than 3 months of Thanyarak Institute's patients. After the screening per the inclusion and exclusion criteria, the sample group includes 614 persons, representing 772 times of methamphetamine addiction treatment. The statistical methods have been employed, including cost-effectiveness analysis (CEA), descriptive and inferential statistics, i.e. Chi-Square, Odds ratio (OR), with 95-percent confident interval (95% CI) and Binary Logistic Regression, in analyzing the association and impacts of various determinants and the outcomes of methamphetamine addiction treatment.

It has been found that CE ratio of short-term inpatient treatment is 1,418.55 baht per treatment and CE ratio of long-term inpatient treatment is 13,753.05 baht per treatment. When testing the association between the treatment duration and the capability to stop using drugs for more than 3 months after treatment using the Chi-Square statistics, it has been found that short-term treatment of methamphetamine addiction is significantly related to that person's capability to stop using drugs for more than 3 months in lifetime. Moreover the test of association between the determinants related to the capability to stop using drugs for more than 3 months, at least once in lifetime, using the Chi-Square statistics, it has been found that there are 3 determinants; the educational level, the impacts of drug use on studies and jobs, and the average number of treatment days which is over days, which are significantly related to the capability to stop using drugs for more than 3 months at least once in lifetime.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัชมน กัลยาศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลาที่มีค่าให้คำแนะนำทางวิชาการ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้อง ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี เพื่อการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เหมาะสม มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณาจารย์และบุคลากรประจำสาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการต่าง ๆ อย่างดียิ่ง ตลอดจนการศึกษาที่ผ่านมา

ขอขอบคุณดร.จิรดา ประสาทพรศิริโชค “พี่สาว” และคุณอัญญาต์ ดำรงศรี “ผู้บริหารงานแปล ศูนย์วิจัยกสิกรไทย” สำหรับข้อแนะนำและความช่วยเหลือด้านการวัดผลและตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือทางสถิติ รวมทั้งข้อแนะนำด้านการใช้ภาษา และตรวจสอบเนื้อหา เพื่อร้อยเรียงเรื่องราวในวิทยานิพนธ์ให้เข้าใจง่ายและสละสลวย ตลอดจนเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว และบุคคลรอบข้างที่ได้อบรมสั่งสอนวิชาความรู้ ให้ช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาและเข้าใจในสิ่งที่ เป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พุทธิพงษ์ ประสาทพรศิริโชค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives).....	3
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)	4
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected benefit and application).....	7
อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข (Obstacles and strategies to solve the problem)	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the related literatures).....	8
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์	8
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์	8
ประเภทของต้นทุน	9
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด11	
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ	13
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ.....	13

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของประสิทธิภาพ	13
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล	14
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล	14
ประเภทของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Health economic evaluation)	15
การวัดประสิทธิภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis).....	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับในเรื่องต้นทุนและประสิทธิผล	16
ความหมายและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสารเสพติด	18
ความหมายและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสารเสพติด	18
ประเภทและชนิดของสารเสพติด	19
ระบาวิทยาของการเสพติด	21
เกณฑ์การวินิจฉัยสภาวะการติดยาเสพติดตาม DSM-4 และ DSM-5.....	21
ขั้นตอนการบำบัดรักษาสารเสพติด	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสารเสพติด.....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size).....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments).....	36
การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	37
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	40
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ เพื่อบรรยายลักษณะของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะ ยาว.....	44
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ประสิทธิผลและต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมท แอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว	47
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่ สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและระยะยาว ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	66
ข้อมูลการเข้าบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์66	
การวิเคราะห์ผลลัพธ์และต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่ สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว	66
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการ บำบัดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน	67
อภิปรายผล.....	68
ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	77
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด A	77
ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์ ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด B.....	78
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้สารเสพติด ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด F.....	79
ส่วนที่ 4 โรคทางจิตเวช ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด J K L M N O P Q R S และ T.....	79

โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-4	79
ประวัติผู้เขียน.....	87



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ติดสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญา รักษ์ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก	12
ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนและประสิทธิผลของการฉีดสีวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านทาง หลอดเลือดที่ข้อมือกับที่ขาหนีบ	17
ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก	40
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ (%) ของข้อมูลทั่วไป	44
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ (%) ของข้อมูลการเข้าบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภท เมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในมาก่อน	46
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ (%) ของรูปแบบการเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์.....	46
ตารางที่ 7 ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา ภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาว	47
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษากับผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาภาวะติดสาร เสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน	48
ตารางที่ 9 ต้นทุนของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพักรักษาตัว ในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาวในมุมมองของผู้รับบริการ (ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา) ในปี 2561	48
ตารางที่ 10 ต้นทุนของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพักรักษาตัว ในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาวในมุมมองของผู้ให้บริการ ในปี 2561	49
ตารางที่ 11 ต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพัก รักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาวในปี 2561	50
ตารางที่ 12 ประสิทธิภาพในการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญา รักษ์.....	50

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 614 คน โดยใช้สถิติ Chi-square	51
ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการรักษากับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนนานเกินกว่า 3 เดือนในการรักษาแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square	54
ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 614 คน).....	55
ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในการรักษาครั้งที่ 1 โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 614 คน).....	56
ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในการรักษาครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 120 คน).....	58
ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในการรักษาครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 31 คน).....	59
ตารางที่ 19 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน แบบระยะสั้น โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 143 ครั้ง).....	60
ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบระยะยาว โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 629 ครั้ง).....	62

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale)

ปัญหาสารเสพติดในประเทศไทยนับเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ และอยู่คู่ประเทศไทยมาอย่างยาวนาน โดยในช่วง 1 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าสถานการณ์สารเสพติดในประเทศไทยได้มีการแพร่ระบาด และทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของสังคมส่วนรวมเป็นอย่างมาก ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคม หรือปัญหาด้านทรัพยากรมนุษย์ ที่ผู้ติดสารเสพติดอาจมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม ขาดการพัฒนาศักยภาพจนกลายเป็นบุคคลที่เสื่อมสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ ทำให้ประเทศไทยขาดบุคลากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศไทยเป็นอย่างมาก จากรายงาน World drug report 2560 ได้ประมาณการผู้ติดยาเสพติดทั่วโลก ปี 2558 พบว่ามีผู้เสพยาเสพติดประเภทกัญชา 183 ล้านคน ยาบ้าและสารกระตุ้นต่างๆ 37 ล้านคน และสารสกัดจากฝิ่น 35 ล้านคน ทั้งนี้ข้อมูลจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ พบว่ายาเสพติดที่เป็นปัญหาแพร่ระบาดหลักของประเทศไทยในปี 2561 คือ ยาบ้า รองลงมาคือ กัญชา และพืชกระท่อมตามลำดับ ซึ่งกลุ่มผู้ที่เข้าไปข้องเกี่ยวกับสารเสพติดมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี โดยคิดเป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 40 ของผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย(1) และ อีกทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องที่จะแพร่ระบาดไปยังผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาทั้งในและนอกสถานศึกษา(2)

ปี พ.ศ. 2543 โปรแกรมการรักษาและฟื้นฟูสำหรับผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ได้ปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติด โดยเล็งเห็นเป็นผู้ป่วยมากกว่าผู้ผิดศีลธรรม โดยมีพระราชบัญญัติการปราบปรามและการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดครั้งแรกปี พ.ศ. 2545 เห็นด้วยกับมุมมองที่มุ่งเน้นโปรแกรมการรักษาและการฟื้นฟูมากกว่าการพิจารณาโทษของผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมาย ขณะที่การจัดการรายละเอียดและขั้นตอนที่จะจัดทำกระบวนการการฟื้นฟูตามกฎหมายให้ประสบความสำเร็จทางการแพทย์และทางจริยธรรมนั้นยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องภายในประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2557 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้มีคำสั่งล่าสุด เลขที่ 108/57 ให้จัดหาวิธีที่มีจริยธรรมมากยิ่งขึ้น ทั้งก่อนและหลังการได้รับการรักษาและฟื้นฟูสำหรับผู้ต้องสงสัยที่ใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย โดยทั้งรัฐบาลและองค์กรอิสระมีกระบวนการที่จะมุ่งเน้นถึงความพยายามที่จะเข้าถึงผู้ติดยาเสพติด เพื่อเข้ารับการรักษาทางการแพทย์

ในปี 2559 สำนักงาน ป.ป.ส. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาสารเสพติดผิดกฎหมายภายใต้แผน “ประชารัฐร่วมใจ สร้างหมู่บ้าน/ชุมชนมั่นคง ปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2559-2560” โดยเน้นการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในระดับพื้นที่ หมู่บ้าน/ชุมชน เป้าหมาย 81,962 แห่ง เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดผิดกฎหมายในระดับ พื้นที่ผ่านกลไก “ประชารัฐ” โดยดำเนินงานตาม 3 มาตรการ ซึ่งได้แก่

1. มาตรการด้านการปราบปรามสำหรับผู้ค้าสารเสพติด
2. มาตรการด้านการบำบัดรักษาสำหรับผู้เสพสารเสพติด และ
3. มาตรการด้านการป้องกัน สำหรับเด็ก เยาวชน ผู้ใช้แรงงาน และประชาชน(3)

ในปี พ.ศ. 2560 ภาครัฐให้ความสำคัญกับการกำหนดกรอบทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนา ประเทศในระยะยาว เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ "ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน" ตามร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ได้มีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (เดือน กันยายน 2559 – ตุลาคม 2560) รวมทั้งสิ้น 2,733,000 ล้านบาท โดยรัฐบาลได้มุ่งเน้นยุทธศาสตร์ ด้านความมั่นคงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะดำเนินการเป็นยุทธศาสตร์แรก ซึ่งได้มีการจัดสรร งบประมาณให้เป็นจำนวน 156,194 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 5.72 ของงบประมาณรายจ่าย ทั้งหมด ทั้งนี้แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นหนึ่งใน ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงได้รับการจัดสรรงบประมาณให้เป็นจำนวน 4,899 ล้านบาท (อ้างอิงสำนัก งบประมาณ: งบประมาณปี 2560)(4)

ตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (เดือนกันยายน 2561 - ตุลาคม 2562) รัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 3,000,000 ล้านบาท และยังคงให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงเป็นอันดับแรกอย่างต่อเนื่อง โดยมีการ จัดสรรงบประมาณให้ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงเป็นจำนวน 329,240 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 10.97 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งหมด ทั้งนี้รัฐบาลยังคงให้ความสำคัญกับแผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยจัดสรรงบประมาณให้จำนวน 5,196 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ร้อยละ 6.06) (อ้างอิงสำนักงบประมาณ: งบประมาณปี 2562) ซึ่งแสดงให้เห็น ว่ารัฐบาลจะต้องสูญเสียงบประมาณในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมากต่อปี อีกทั้งยังสูญเสีย ทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก เพื่อใช้ในการปราบปรามและบำบัดผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้บุคคล เหล่านั้นสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ(5)

ทั้งนี้ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ทำให้สูญเสียงบประมาณจากทางภาครัฐเป็นจำนวน เงินมหาศาลและผู้ติดยาเสพติดบางคนอาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบำบัดด้วยตนเอง โดยการ บำบัดสามารถบำบัดผู้ติดยาเสพติดเหล่านั้นให้หายเป็นปกติ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่ยังคง

มีผู้ติดสารเสพติดที่หลังจากเข้ารับการรักษาแล้ว กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ทำให้ต้องได้รับการบำบัดรักษาหลายครั้ง โดยการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือการพักรักษาในสถานบำบัดในแต่ละครั้ง มีค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีระยะเวลาในการบำบัดรักษาซึ่งจะส่งผลต่อการเสียโอกาสในการหารายได้จากการทำงานของผู้เข้ารับการรักษา รวมถึงงบประมาณที่ทางรัฐบาลจะต้องจัดสรรเพิ่มขึ้น เพื่อบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติ และไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หรือลดปริมาณการใช้ลง(6)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งศึกษาทั้งต้นทุนหน่วยงานและต้นทุนในการให้บริการ อีกทั้งยังสนใจศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดของการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นและระยะยาว เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปทำการวางแผนในการกำหนดงบประมาณและรูปแบบสำหรับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพในระยะข้างหน้า

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาสารเสพติดต่อการหยุดการใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นและระยะยาว (อัตราส่วนของผู้รับการบำบัดรักษาสารเสพติดที่สามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนต่อผู้รับการรักษาทั้งหมด) เป็นอย่างไร
2. ต้นทุนและประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบระยะสั้นและระยะยาวเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดสามารถทำนายความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษาของผู้ติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาสารเสพติดต่อการหยุดการใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นและระยะยาว
2. เพื่อศึกษาต้นทุนและประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบระยะสั้นและระยะยาว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษาของผู้ติดสารเสพติด

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

สารเมทแอมเฟตามีน	หมายถึง	สารกระตุ้นประสาท (Stimulants drugs) ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของประสาทส่วนกลาง โดยกระตุ้นให้ผู้ใช้สารรู้สึกตื่นเต้น ไม่ง่วงนอน กระฉับกระเฉง มีแรงทำงาน ลดความเหนื่อยล้า มีอารมณ์เคลิ้มสุข สนุกสนาน และมีความอยากอาหารน้อยลง ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์
ผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน	หมายถึง	ผู้ที่มีประวัติการใช้สารเมทแอมเฟตามีนและเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์ด้วยปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีน
การบำบัดรักษาสารเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้น	หมายถึง	การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาไม่เกิน 30 วัน โดยผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทุกคนจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจนครบระยะเวลาตามหลักสูตรของสถานที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกำหนดไว้เท่านั้น
การบำบัดรักษาสารเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะยาว	หมายถึง	การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาเกิน 30 วัน โดยผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทุกคนจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจนครบระยะเวลาตามหลักสูตรของสถานที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกำหนดไว้เท่านั้น
ต้นทุนการบำบัดรักษาสารเสพติด	หมายถึง	ต้นทุนรวมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วยต้นทุนทางบัญชี คือ จำนวนเงินที่สามารถวัดได้โดยการจ่ายออกไปเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการบำบัดรักษา ทั้งนี้ต้นทุนทางบัญชีของการบำบัดรักษาสารเสพติดของทุกสถานที่บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ประเภทเดียวกัน มีหลักสูตรในการบำบัดใกล้เคียงกัน (ระยะเวลาของขั้นตอนในการบำบัดรักษา) ทำให้ต้นทุนทางบัญชีของการบำบัดรักษาสารเสพติดค่อนข้างคงที่ และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ คือ ต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้น เนื่องจากการสูญเสียรายได้จากการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจะแตกต่างกันตามเศรษฐฐานะของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละบุคคล โดยในการศึกษานี้จะแบ่งการคิดคำนวณต้นทุนเป็น 2 ฝั่ง คือ 1. ฝั่งของผู้ให้การบำบัดรักษา เช่น โรงพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด หรือค่ายบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จะใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยที่ทำการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งจะแบ่งเป็น 1) ต้นทุนลงทุน เช่น ต้นทุนอาคาร ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ต้นทุนครุภัณฑ์ทางสำนักงาน และต้นทุนครุภัณฑ์โภชนาการ โดยคิดอยู่ในรูปแบบค่าเสื่อม และ 2) ต้นทุนดำเนินการ เช่น ค่าแรง ค่ายา ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค รวมเป็นต้นทุนหน่วยงาน โดยจากงานวิจัยของนาวิณ แพทยานันท์ (2553)(7) พบว่าการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนหน่วยงาน 87.64 บาทต่อวัน และแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนหน่วยงาน 41.59 บาทต่อวัน โดยทางผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงต้นทุนให้เป็นมูลค่าอนาคต และ 2. ฝั่งของผู้รับการบำบัดรักษา เช่น ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา จะใช้ข้อมูลจากแบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดยาเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) ที่ได้จากการเก็บข้อมูลของงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand

ประสิทธิผลของการบำบัดรักษา หมายถึง ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาสารเสพติดต่อการหยุดการใช้สารเสพติด หลังได้รับการบำบัดรักษา โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่ผู้รับการบำบัดรักษาสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือน หรือ 90 วันขึ้นไป หลังเข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดภายใน 1 ปี จะนับว่าการบำบัดรักษาสารเสพติดรูปแบบนั้นมีประสิทธิผลต่อผู้รับการบำบัดรักษาสารเสพติด ทั้งนี้ การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบระยะสั้นและระยะยาวจะพิจารณาจากอัตราส่วนของจำนวนผู้รับการบำบัดรักษาสารเสพติดที่สามารถหยุดการใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษานานกว่า 3 เดือน หรือ 90 วันขึ้นไป ต่อจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยทั้งหมด

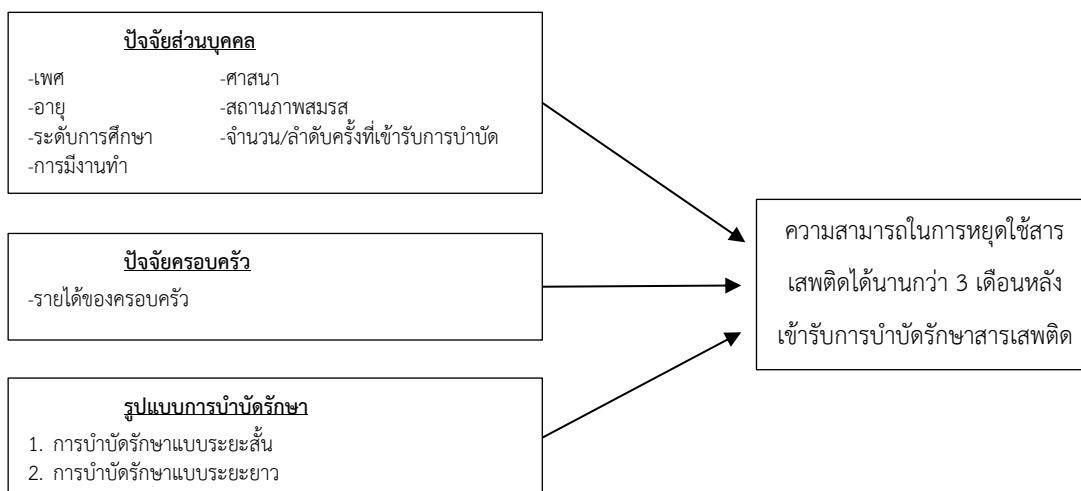
การวิเคราะห์ต้นทุนและ ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาสารเสพติด หมายถึง การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างต้นทุนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบระยะสั้นและระยะยาว เพื่อหาการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดรักษาอีกแบบ



กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected benefit and application)

1. ได้ทราบประสิทธิผลของการบำบัดรักษาสารเสพติดต่อการหยุดการใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นและระยะยาว
2. ได้ทราบต้นทุนและประสิทธิผลของการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบระยะสั้นและระยะยาว
3. ได้ทราบว่า มีปัจจัยใดที่สามารถทำนายความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข (Obstacles and strategies to solve the problem)

อาจไม่สามารถหาต้นทุนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาโดยตรงได้ จึงแก้ไขโดยการอ้างอิงถึงต้นทุนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์โดยปรับให้เป็นข้อมูล ณ ปัจจุบัน เพื่อหาต้นทุนบำบัดรักษาสารเสพติดของการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the related literatures)

การศึกษาวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในสถาบันธัญญารักษ์ในครั้งนี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความ และผลงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเอกสารและงานวิจัยดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์
2. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ
3. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล
4. ความหมายและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับसारเสพติด

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

วิจิตร เพิ่มพูนทรัพย์ (2540)(6) ให้ความหมายและความแตกต่างระหว่างต้นทุนทางบัญชีและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ โดยต้นทุนทางบัญชี หมายถึง จำนวนเงินที่สามารถวัดได้โดยจ่ายออกไป เพื่อให้ได้สินค้าหรือบริการนั้น ส่วนต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง จำนวนเงินที่สามารถวัดได้โดยจ่ายออกไปเพื่อให้ได้สินค้าหรือบริการนั้น (ต้นทุนทางบัญชี) และต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ของการได้มาซึ่งสินค้าและบริการนั้น มีค่าเท่ากับการได้มาของสินค้าและบริการอื่นที่สูญเสียไป เพราะนำจำนวนเงินไปใช้เพื่อให้ได้มาในสินค้าและบริการนั้นแล้ว

ประพันธ์ เสวตนันท์ และไพศาล เล็กอุทัย (2544: 65-67)(8) ให้ความหมายต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) คือ มูลค่าสินค้าและบริการอย่างอื่นที่ไม่สามารถผลิตได้ เนื่องจากนำทรัพยากรไปใช้ในการผลิตสินค้าและบริการนี้แล้ว ทั้งนี้ต้นทุนการผลิตทางเศรษฐศาสตร์ (Economic cost) คือ “ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการผลิตสินค้าและบริการ ซึ่งหน่วยผลิตได้จ่ายไปเพื่อบริการการผลิตที่กำลังถูกใช้งานในที่อื่น ให้เข้ามาสู่กระบวนการผลิตของหน่วยผลิต” โดยต้นทุนการผลิต (Production costs) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ต้นทุนทางตรง (Direct cost) หรือต้นทุนแจ้งชัด (Explicit cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรในการผลิต ซึ่งสามารถวัดค่าเป็นตัวเลขได้ เช่น ค่าแรง ค่าวัตถุดิบ ค่าเชื้อเพลิง เป็นต้น

2. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) หรือต้นทุนไม่แจ้งชัด (Implicit cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการใช้ทรัพยากร ซึ่งไม่สามารถวัดค่าเป็นตัวเลขได้ โดยต้องนำหลักการต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) มาใช้ประเมิน เพื่อให้ทราบว่าต้นทุนทางอ้อมมีมูลค่าเท่าไร

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวลัยพร พัทธนกุล (2545: 359-367)(9) ให้ความหมายต้นทุนทางบัญชี หมายถึง มูลค่าของทรัพยากร หรือค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ ทั้งนี้ต้องสามารถวัดค่าในรูปแบบตัวเลขได้ เช่น วัตถุดิบ ค่าจ้าง หรืออื่น ๆ ในส่วนของต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ต้นทุนที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการหนึ่ง ๆ ซึ่งจะไม่สามารถนำทรัพยากรนั้นมาใช้ผลิตสินค้าและบริการอื่น ๆ ได้ ทำให้ต้องสูญเสียมูลค่าในการผลิตสินค้าและบริการอื่น ๆ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ต้นทุนค่าเสียโอกาส

ประเภทของต้นทุน

รัตน สหายคณิต (2548: 159-163)(10) ได้จำแนกประเภทของต้นทุน ดังนี้

1. ต้นทุนทางบัญชี (Accounting cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จ่ายไปเป็นค่าซื้อวัตถุดิบ ค่าแรง ค่าเช่า ค่าสาธารณูปโภค ค่าโฆษณา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่สามารถวัดในรูปแบบตัวเลขได้ เป็นต้น รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้จ่ายออกจริง เช่น ค่าเสื่อมราคา เป็นต้น

2. ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการไม่ได้รับประโยชน์จากทางเลือกอื่น ๆ เนื่องจากได้ตัดสินใจในการเลือกอีกทางเลือกหนึ่ง เมื่อใช้ทรัพยากรในการผลิตสินค้าและบริการหนึ่ง จะทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ในการผลิตสินค้าและบริการอื่นได้ ทำให้สูญเสียโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์จากการสินค้าและบริการอื่น ๆ ประโยชน์จากทางเลือกที่ดีที่สุดที่ไม่ได้รับ จะถือเป็นต้นทุนของทางเลือกที่เลือกนั้นด้วย

3. ต้นทุนทางตรง (Direct cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ในมุมมองของนักบัญชี ต้นทุนทางตรง หมายถึง ต้นทุนที่สามารถวัดค่าออกมาได้ว่ามีสัดส่วนเท่าใดเมื่อเทียบกับการผลิตสินค้าและบริการแต่ละหน่วย เช่น ชั่วโมงแรงงานที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ มูลค่าวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตสินค้า เป็นต้น สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขได้อย่างแน่ชัดว่ามีสัดส่วนเท่าใดในการผลิตสินค้าและบริการแต่ละหน่วย แต่มีต้นทุนบางประเภท หรือต้นทุนทางอ้อมที่ไม่สามารถวัดได้อย่างแน่ชัดว่ามีสัดส่วนเท่าใดในการผลิตสินค้าและบริการแต่ละหน่วย อาทิเช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ รวมถึงค่าเสื่อม เป็นต้น

กัญญา นวลแข (ม.ป.ป.)(11) ได้จำแนกต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ดังนี้

1. ต้นทุนคงที่ (Fixed cost) คือต้นทุนที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนที่ผลิตสินค้าและบริการ ซึ่งต้นทุนจะมีสัดส่วนต่อการผลิตสินค้าและบริการลดลง ต่อเมื่อมีการผลิตสินค้าและบริการเพิ่มขึ้น ต้นทุนคงที่ยังสามารถแยกออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1.1. ต้นทุนคงที่ระยะสั้น (Discretionary Fixed cost) ต้นทุนคงที่ประเภทนี้จะอยู่คงที่เฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น (ระยะเวลาไม่เกินหนึ่งปี) มักเกิดจากการจัดตั้งโครงการระยะสั้นหรืองบประมาณรายปีของบริษัท โดยต้นทุนประเภทนี้จะไม่สามารถวัดสัดส่วนต่อการผลิตสินค้าและบริการได้อย่างแน่ชัด เช่น ค่าบริการทางกฎหมาย ค่าโฆษณา เป็นต้น

1.2. ต้นทุนคงที่ระยะยาว (Committed Fixed cost) ต้นทุนประเภทนี้เกิดจากการลงทุนระยะยาวของบริษัท สามารถวัดสัดส่วนต่อการผลิตสินค้าและบริการได้อย่างแน่ชัด เช่น ค่าเสื่อมราคา ค่าเช่า และค่าประกันภัยทรัพย์สิน เป็นต้น

2. ต้นทุนแปรได้ (Variable cost) ต้นทุนแปรได้จะเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนการผลิตสินค้าและบริการ โดยต้นทุนแปรได้ต่อหน่วยจะมีสัดส่วนคงที่ต่อการผลิตสินค้าและบริการในทุกระดับการผลิต ซึ่งแบ่งเป็น

2.1. ต้นทุนแปรได้โดยตรง (Direct Variable cost) ต้นทุนประเภทนี้มีความสัมพันธ์กับการผลิตสินค้าและบริการในสัดส่วนเดียวกัน เมื่อจำนวนการผลิตสินค้าและบริการเพิ่มสูงขึ้น ต้นทุนแปรได้โดยตรงจะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกัน และเมื่อจำนวนการผลิตสินค้าและบริการลดลง ต้นทุนดังกล่าวจะลดลงในสัดส่วนเดียวกัน เช่น ต้นทุนวัตถุดิบและค่าแรง เป็นต้น

2.2. ต้นทุนแปรได้ทางอ้อม (Indirect Variable cost) ต้นทุนประเภทนี้มีความสัมพันธ์กับการผลิตสินค้าและบริการในทิศทางเดียวกันแต่เห็นได้ไม่ชัดเจน จึงไม่แปรตามจำนวนการผลิตสินค้าและบริการในสัดส่วนเดียวกัน เช่น ค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า เป็นต้น

3. ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) หมายถึง ประโยชน์ที่ได้จากการผลิตสินค้าและบริการอันดีที่สุดในได้ถูกเลือก

Kobelt (2002)(12) ได้จัดแบ่งประเภทของต้นทุนไว้ ดังนี้

1. ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical cost) หมายถึง ทรัพยากรที่ถูกใช้ไปเพื่อการดำเนินมาตรฐานทางการแพทย์ ประกอบด้วยต้นทุนในการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผล การฟื้นฟู และการดูแลระยะสุดท้าย ที่เกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลหรือนอกสถานพยาบาล เช่น การรักษาที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน การรักษาที่คลินิก การรับยาที่ร้านยา รวมทั้งการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก

2. ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (Direct non-medical cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเอง (Out-of-pocket expense) เพื่อเข้ารับสินค้าหรือบริการทางการแพทย์ เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง หรือค่าสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

3. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึง ผลได้ที่สูญหายไปเนื่องจากการป่วยหรือผลกระทบจากการป่วย เช่น การขาดงานจากการเจ็บป่วย การพิการ ตลอดจนถึงการเสียชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด

นาวิน แพทยานันท์ (2553)(7) ได้ศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ติดสารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนรวมของการศึกษารั้งนี้แบ่งเป็นต้นทุนหน่วยงาน และต้นทุนในการรับบริการ ซึ่งคิดจากผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดครบระยะเวลาที่กำหนด พบว่าต้นทุนหน่วยงานของการบำบัดรักษาสารเสพติดของแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคน เท่ากับ 13,146 บาท สูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 831.80 บาท เนื่องจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในต้องเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล ซึ่งทางสถานพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น ต้นทุนค่าอาหาร ต้นทุนครุภัณฑ์ ค่าแรง ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ โดยค่าอาหารมีสัดส่วนสูงสุดของต้นทุนหน่วยงาน ต่างจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ผู้เข้ารับการรักษากักตัวอยู่ที่บ้านและมาพบแพทย์ตามนัด จึงไม่ก่อให้เกิดต้นทุนหน่วยงาน ในส่วนของต้นทุนในการรับบริการของการบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคนจะมีต้นทุนสูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก โดยมีค่ายา ค่าบริการในการบำบัดรักษา รวมถึงต้นทุนค่าเสียโอกาสเนื่องจากสูญเสียรายได้จากการเข้ารับการบำบัดรักษามีสัดส่วนสูงสุดของต้นทุนในการรับบริการ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ติดสารเสพติดจะต้องเข้าพักรักษาในสถานบำบัดตลอดช่วงการรักษา จึงทำให้เสียโอกาสในการหารายได้ในช่วงเวลานั้น แตกต่างจากการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกจะเสียโอกาสในการหารายได้เฉพาะวันที่มารับการรักษาเท่านั้น เมื่อจำแนกตามประเภทสารเสพติด พบว่าการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้ยาบ้า มีต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 83,673 บาทต่อการบำบัดรักษายาเสพติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนด และแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 29,718.80 บาทต่อ

การบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนด ผงขาว มีต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 34,690.50 บาทต่อการบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนดและ แบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 29,397.60 บาทต่อการบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนด สารระเหย มีต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 23,748 บาทต่อการบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนด และแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 21,881.60 บาทต่อการบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนด สุรา มีต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 85,067.50 บาทต่อการบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนดและ แบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 34,439.80 บาทต่อการบำบัดรักษาเยาเสฟติดที่ครบระยะเวลาที่กำหนด รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 1 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ติดสารเสฟติดที่มารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก

ประเภทต้นทุน / การบำบัดรักษาตามประเภทสารเสฟติด	ยาบ้า		ผงขาว		สารระเหย		สุรา	
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผงขาว	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก
1) ต้นทุนหน่วยงาน	13,146	832	13,146	832	13,146	832	13,146	832
2) ต้นทุนในการรับบริการ	83,673	29,719	34,691	29,398	23,748	21,882	85,068	34,440
ต้นทุนรวม	96,819	30,551	47,837	30,229	36,894	22,713	98,214	35,272

ที่มา: นาวิณ แพทยานันท์, 2553

วาทีณี สุขมาก และคณะ (2556)(13) ได้มีการศึกษาต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Generalized linear model with a log link function and gamma distribution ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนทางตรงของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยประมาณ 20,157.10 บาทต่อครั้ง แบ่งเป็นต้นทุนจากค่าเตียงคิดเป็นร้อยละ 40.78 รองลงมาคือค่าบริการทางการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 39.59 ทั้งนี้ต้นทุนในการนอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าสูงสุดในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็น 31,888.48 บาท ค่าต่ำสุดในผู้ป่วยประกันสังคม คิดเป็น 11,014.85 บาท โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับต้นทุนการรักษาคือ เพศ อายุ ระบบการจ่าย และพฤติกรรมที่ต้องเฝ้าระวัง

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ

ดร.ภรณ์ เดชพลมาตย์ (2548)(14) ให้ความหมายของประสิทธิภาพการผลิต หมายถึง การผลิตสินค้าและบริการให้ได้จำนวนสูงที่สุดด้วยต้นทุนในการผลิตสินค้าและบริการที่กำหนดให้ หรือ การผลิตสินค้าและบริการตามจำนวนที่กำหนดให้ด้วยต้นทุนในการผลิตสินค้าและบริการที่ต่ำที่สุด เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สัดส่วนของผลผลิตต่อปัจจัยการผลิต (Productivity ratio) หรือ ค่าใช้จ่ายต่อหน่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่สูงแสดงถึงผลการดำเนินงานที่ดี โดยการวัดผลการดำเนินงานแบบนี้ เป็นการวัดผลการดำเนินงานเชิงเปรียบเทียบ เช่น การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับหน่วยผลิตอื่นที่ผลิตสินค้าและบริการประเภทเดียวกัน หรือ การเปรียบเทียบผลการดำเนินการของปีปัจจุบันกับปีก่อน ๆ วิธีการวัดสามารถวัดได้หลากหลายวิธีโดยขึ้นอยู่กับผลิตสินค้าและบริการประเภทใด ขั้นตอนและเงื่อนไขในการผลิต หรือปัจจัยอื่น ๆ แต่ข้อเสียของการวัดวิธีนี้ คือ วิธีนี้เป็นการวัดเฉพาะจำนวนหรือปริมาณของสินค้าและบริการที่ผลิตได้ในรูปของผลผลิตสูงสุดหรือกำไรเท่านั้น ซึ่งผลลัพธ์จากการวัดอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ เพราะขาดการคำนึงถึงด้านคุณภาพของสินค้าและบริการ

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของประสิทธิภาพ

ดร.ภรณ์ เดชพลมาตย์ (2548)(14) ได้อธิบายลักษณะของประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพโดยสัมบูรณ์ (Absolute efficiency) หมายถึง การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในแง่ความสมบูรณ์ โดยการดำเนินงานนั้นจะต้องไม่เกิดความสูญเสียหรือความผิดพลาดใด ๆ แต่ในความเป็นจริงทุกการดำเนินงานจะต้องเกิดการสูญเสียหรือผิดพลาด ดังนั้นการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยสัมบูรณ์ย่อมไม่มีทางเกิดขึ้น ประสิทธิภาพโดยสัมบูรณ์จึงไม่มีการนำมาใช้ในการวัดประสิทธิภาพ

2. ประสิทธิภาพโดยเปรียบเทียบ (Relative efficiency) การวัดประสิทธิภาพโดยเปรียบเทียบนั้นถูกพัฒนาขึ้น เนื่องจากการวัดประสิทธิภาพโดยสัมบูรณ์ไม่สามารถนำมาใช้ในความเป็นจริงได้ ซึ่งการวัดประสิทธิภาพประเภทนี้ เป็นการเปรียบเทียบผลของการดำเนินงานในแง่ต่าง ๆ โดยจะนำผลการดำเนินงานมาเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับต้นทุนการดำเนินงาน เป็นการเปรียบเทียบการดำเนินงานระหว่างสองประเภทโดยนำมาเปรียบเทียบกับต้นทุนของการดำเนินงานประเภทนั้น ๆ เพื่อเปรียบเทียบหาการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากกว่า หรือคุ้มทุนกว่า การเปรียบเทียบความรวดเร็วในการทำงาน การเปรียบเทียบคุณภาพของงาน การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหารต่อการดำเนินงาน รวมทั้งการ

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานขององค์กรกับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานแบบเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล

การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละทางเลือก เป็นการวัดประสิทธิภาพโดยเปรียบเทียบ เพื่อหาผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบต้นทุนที่เท่ากัน หรือ ต้นทุนต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลที่เท่ากัน โดยการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล ได้มีผู้ให้ความหมายต่าง ๆ ดังนี้

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2554)(15) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล คือ การวัดต้นทุนและผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก ซึ่งมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินทางเลือกต่างๆจะต้องเป็นหน่วยเดียวกันเท่านั้น

Drummond et al. (2005)(16) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) ว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในรูปของผลทางคลินิก ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์และต้นทุนจากวิธีการแบบเดิมกับวิธีการแบบใหม่ โดยผลลัพธ์ที่ใช้ในการประเมินส่วนมาก ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น รวมทั้งจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลลดลง และต้นทุน คือราคาต่อการรักษาในวิธีนั้นๆ เพื่อให้ทราบถึงวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า ซึ่งสามารถชี้วัดได้โดยวิธีการรักษาที่มีต้นทุนต่ำที่สุดหรือมีประสิทธิผลสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาอื่น โดยมีสูตรการคำนวณต้นทุนต่อประสิทธิผล ดังนี้

$$\text{อัตราส่วนต้นทุนและอรรถประโยชน์} = \frac{\text{ต้นทุน}}{\text{คะแนนอรรถประโยชน์}}$$

Manca, Hawkins and Sculpher (2005)(17) ได้ให้ความหมายของต้นทุนและประสิทธิผล หมายถึง การดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและสามารถบรรลุเป้าหมายได้ ที่มีต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด เนื่องจากการดำเนินงานที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้นั้นมีหลากหลายวิธี ดังนั้นวิธีการดำเนินงานที่ดีที่สุด ควรจะเป็นทางเลือกมีต้นทุนในการดำเนินงานต่ำที่สุดและมีประสิทธิผล

ประเภทของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Health economic evaluation)

จิรัตรม ศิริรัตนบัลล์ (2546)(18) ได้แบ่งการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Health economic evaluation) ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การวิเคราะห์ต้นทุนน้อยที่สุด (Cost Minimizing Analysis: CMA) เป็นการศึกษาเฉพาะต้นทุนของการผลิตสินค้าและบริการ ในรูปแบบต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) เพื่อหาต้นทุนในการผลิตต่ำที่สุด โดยไม่มีการเปรียบเทียบในแง่ของผลลัพธ์จากการผลิตสินค้าและบริการที่เกิดขึ้น

2. การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) เป็นการศึกษาผลลัพธ์และต้นทุนของการผลิตสินค้าและบริการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป เพื่อหาทางเลือกที่มีความคุ้มค่า หรือมีประสิทธิภาพมากกว่า นั่นคือทางเลือกที่มีต้นทุนต่ำที่สุด เมื่อบรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิผลที่เท่ากัน

3. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ (Cost-Benefit Analysis: CBA) เป็นการศึกษาผลได้ของการผลิตสินค้าและบริการที่แปลงหน่วยผลลัพธ์ในรูปของตัวเงินโดยนำมาเปรียบเทียบกับต้นทุนในรูปของตัวเงิน ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ที่ได้จะแสดงออกมาในรูปของผลได้สุทธิ (Net benefit) โดยนำผลลัพธ์ลบ/หารด้วยต้นทุน ซึ่งหากผลได้สุทธิเป็นบวกหรืออัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนมากกว่าหนึ่ง แสดงว่าการผลิตสินค้าและบริการดังกล่าวคุ้มค่าต่อการผลิตหรือให้บริการ

4. การวิเคราะห์ต้นทุนและอรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis: CUA) เป็นการศึกษาต้นทุนต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในรูปของคุณภาพชีวิต (Quality of life) ตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป เพื่อหาทางเลือกที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนที่เท่ากัน หรือต้นทุนที่ต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิต(ผลลัพธ์)ที่เท่ากัน

การวัดประสิทธิภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis)

การวัดประสิทธิภาพด้วยวิธีนี้ เป็นหนึ่งในวิธีการวัดประสิทธิภาพโดยเปรียบเทียบ (Relative efficiency) จัดเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economic evaluation) เพื่อวัดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผ่านการวิเคราะห์เปรียบเทียบในรูปของต้นทุน (Input or costs) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Output or consequences) ของแต่ละทางเลือก เพื่อหาทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในทุกทางเลือก (ในกรณีที่มีทางเลือกมากกว่า 1 ทางเลือก) ทั้งนี้การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล Cost-effectiveness analysis (CEA) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างต้นทุนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ของแต่ละทางเลือก โดยผลวิเคราะห์จะถูกนำเสนอใน 2 รูปแบบ คือ 1) ต้นทุนต่อผลลัพธ์หนึ่งหน่วย (Cost per unit of effect) คือต้นทุนจำนวนหนึ่งที่ทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงหนึ่งหน่วย เช่น ต้นทุนจำนวนหนึ่งต่อการยืดอายุคนไข้ได้หนึ่งปี ผลลัพธ์ที่นำเสนอในรูปแบบนี้ หากผลลัพธ์มีค่ามาก จะแสดงถึงการใช้ต้นทุนจำนวนมาก เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงเท่ากัน จึงถือว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีที่ผลลัพธ์มีค่าน้อยกว่า และ 2) ผลลัพธ์ต่อต้นทุนหนึ่งหน่วย (Effect per unit of cost) คือ ผลลัพธ์จำนวนหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงจากต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงหนึ่งหน่วย เช่น จำนวนปีที่คนไข้มีชีวิตมากขึ้นต่อต้นทุนที่ใช้ในการรักษาหนึ่งหน่วย ผลลัพธ์ที่นำเสนอในรูปแบบนี้ หากผลลัพธ์มีค่ามาก จะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จำนวนมากเมื่อเทียบกับต้นทุนที่มีการเปลี่ยนแปลงหนึ่งหน่วย ดังนั้นจึงถือว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีที่ผลลัพธ์มีค่าน้อยกว่า

ดังที่กล่าวมาเบื้องต้นการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล Cost-effectiveness analysis (CEA) เป็นรูปแบบการประเมินความคุ้มค่าที่นิยมใช้ในทางการแพทย์ มักเปรียบเทียบระหว่าง 2 ทางเลือกที่ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคชนิดเดียวกัน โดยสามารถนำข้อมูลจากงานวิจัยในอดีตมาวิเคราะห์ได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่มีหน่วยแตกต่างกันได้ จึงต้องจัดให้ผลลัพธ์อยู่ในหน่วยเดียวกัน รวมถึงเรื่องความเสี่ยงของทางเลือกนั้นยังไม่ได้นำมาพิจารณาในวิธีการประเมินนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับในเรื่องต้นทุนและประสิทธิผล

วรัญญา แซ่ฮ้อ (2554)(19) ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของการฉีดสปีวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดที่ข้อมือกับที่ขาหนีบ จำแนกตามระยะการรักษา ณ โรงพยาบาลศิริราช ในผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสปีวินิจฉัยผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือและที่ขาหนีบ กลุ่มละ 30 คน จับคู่ตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอัตราส่วนต้นทุนและประสิทธิผลของการฉีดสปีวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงระยะหลังทำหัตถการ 2 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมง ที่ข้อมือ เท่ากับ 155,036.47 และ 124,978.38 บาทต่อหน่วยประสิทธิผล ที่ขาหนีบ เท่ากับ 4,025,357.33 และ 134,178.58 บาทต่อหน่วยประสิทธิผล ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากต้นทุนต่อประสิทธิผลของการฉีดสปีวินิจฉัยและรักษาโรคทั้ง 2 ตำแหน่ง แสดงให้เห็นว่าการฉีดสปีวินิจฉัยและรักษาโรคที่ข้อมือเป็นทางเลือกที่ประสิทธิผลกว่า โดยเมื่อพิจารณาเฉพาะต้นทุนการรักษาของทั้ง 2 ตำแหน่ง พบว่าการฉีดสปีวินิจฉัยและรักษาโรคที่ข้อมือมีต้นทุนใกล้เคียงกับที่

ขาหนีบ แต่พบว่าที่ข้อมือมีคะแนนอรรถประโยชน์ที่สูงกว่าที่ขาหนีบอย่างเห็นได้ชัด จึงทำให้ค่าต้นทุนต่อประสิทธิผลของที่ข้อมือต่ำกว่า ตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนและประสิทธิผลของการฉีดสีวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดที่ข้อมือกับที่ขาหนีบ

ต้นทุนและประสิทธิผล	ข้อมือ		ขาหนีบ	
ต้นทุนต่อหน่วย (บาท/ราย)	122,478.81		120,760.72	
คะแนนอรรถประโยชน์ (EQ-5D-3L)	2 ชม.	24 ชม.	2 ชม.	24 ชม.
	0.79	0.98	0.03	0.90
อัตราส่วนต้นทุนและประสิทธิผล (บาท/หน่วยประสิทธิผล)	155,036.47	124,978.38	4,025,357.33	134,178.58

ที่มา: วรรณญา แซ่อ้อ, 2554

สมจิตร สันติวรนารถ (2554)(20) ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิผล และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยกล้องวิดิทัศน์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 5 เดือน (ตุลาคม 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557) พบว่าค่าอัตราส่วนต้นทุนและประสิทธิผลของการผ่าตัดต้อกระจกด้วยกล้องวิดิทัศน์แบบวิธีมาตรฐานสามแผลและแบบแผลเดียว เท่ากับ 39,684 และ 39,584 บาทต่อหน่วยประสิทธิผลตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาต้นทุนต่อหน่วยของการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีมาตรฐานสามแผลและแบบแผลเดียว เท่ากับ 34,049 และ 38,001 บาทต่อราย ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการผ่าตัดต้อกระจกด้วยทั้ง 2 แบบ พบว่า การผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีมาตรฐานสามแผลและแบบแผลเดียว เท่ากับ 0.858 และ 0.96 ตามลำดับ ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดต้อกระจกด้วยกล้องวิดิทัศน์แบบแผลเดียวเป็นทางเลือกที่คุ้มค่ากว่าแบบวิธีมาตรฐานแบบสามแผล

แพรพรรณ ภูริบัญชา และคณะ (2555)(21) ได้ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนและประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10,000 ราย ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการให้ยา metformin โดยให้ประสิทธิผลของมาตรการป้องกันคิดจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง และต้นทุนคิดจากการให้บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน พบว่ามาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย มีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลคุ้มค่ากว่าการให้ยา metformin ผลลัพธ์ที่ได้จึงนำมาจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อลดภาระงบประมาณของประเทศในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

Sritipsukho (2010)(22) ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีกจากการขาดเลือด พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคลที่บ้านมีประสิทธิภาพและสามารถลดความพิการได้มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการดูแลโดยสถานพยาบาลอย่างเดียว ถึงแม้จะมีต้นทุนค่าดูแลมากกว่า

ความหมายและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสารเสพติด

ความหมายและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสารเสพติด

คำจำกัดความ “สารเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สารหรือวัตถุใดๆซึ่งเมื่อใช้สารเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะวิธีใดๆก็ตาม จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ใช้สารที่สำคัญ 4 ประการ (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2548: 91-92)(23) คือ

1. มีความต้องการในการใช้สารทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. ต้องเพิ่มปริมาณของสารในการใช้มากขึ้น
3. มีอาการขาดสาร เมื่อหยุดการใช้สารนั้น
4. สุขภาพทั่วไปทรุดโทรม หรือแย่งลงจากการใช้สาร

วีระ ไชยศรีสุข (2539)(24) ได้ให้นิยามของสารเสพติดที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก หมายถึง สารใดๆ ที่ใช้เข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการกิน สูบ ฉีด ดม หรือด้วยวิธีอื่นๆ จะส่งผลต่อจิตใจและร่างกายของผู้ใช้สารดังนี้

1. การเสพติดทางร่างกาย (Physical Dependence) การที่บุคคลได้รับสารเสพติดเข้าไปในร่างกาย เกิดการปรับตัวต่อสารเมื่อใช้เข้าไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆในร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สมอง ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง 2 ระยะ คือ ระยะหลังจากใช้สารเข้าไปแล้ว และระยะที่สารหมดฤทธิ์ ทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการต้องการสาร เมื่อผู้ใช้หยุดการใช้หรือลดปริมาณสารเสพติดจะทำให้เกิดอาการขาดสาร
2. การเสพติดทางจิตใจ (Psychological Dependence) การที่บุคคลได้รับสารเสพติดเข้าไปในร่างกาย เกิดภาวะที่ผู้ใช้รู้สึกสบายใจขึ้นหลังจากการได้ใช้สารในลักษณะของความอยากหรือความเคยชิน ทำให้บุคคลต้องแสวงหาและต้องการได้รับสารเสพติดไปเรื่อยๆ
3. การดื้อยา (Tolerance) การที่บุคคลมีความต้องการเพิ่มปริมาณการใช้สารนั้นเพื่อให้ได้ซึ่งผลหรืออาการที่เท่าเดิม หรือผลของสารจะลดลงอย่างมาก เมื่อมีการใช้สารอย่างต่อเนื่องในจำนวนเท่าเดิม

4. การเสพติด (Addiction) การที่บุคคลมีความต้องการใช้สารและใช้ซ้ำเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด

อุดม ดุจศรีวัชร (2539)(25) ได้ให้นิยามของสารเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมี ที่นำเข้าสู่ร่างกายโดยกิน สูบ ฉีด ดม เป็นต้น ติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือช่วงระยะเวลาหนึ่ง แล้วจะก่อให้เกิดเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผู้ใช้จะมีลักษณะพฤติกรรมดังนี้

1. เกิดความอยากสารนั้นอยู่เสมอ
2. จะเกิดอาการอยากสารอย่างรุนแรง เมื่อหยุดใช้สาร
3. ต้องการเพิ่มปริมาณของสารอย่างต่อเนื่อง
4. สุขภาพทรุดโทรม

ประเภทและชนิดของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลกได้จำแนกประเภทยาและสารเสพติด ตามกลุ่มของสารเสพติดที่มีฤทธิ์และอนุพันธ์ที่คล้ายคลึงกัน (International Classification of Disease and Related Health Problem (ICD -10) ในปี 1992) ออกเป็น 10 กลุ่ม ได้แก่

1. ประเภทแอลกอฮอล์ (Alcohol)
2. ประเภทฝิ่น และอนุพันธ์ (Opiate type drugs) ได้แก่ ฝิ่น (Opium) มอร์ฟีน (Morphine) เฮโรอีน (Heroin) โคเดอีน (Codeine) รวมถึงสารสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงกัน อาทิเช่น เพทิดีน (Pethidine) และเมทาโดน (Methadone)
3. ประเภทกัญชา (Cannabis, Marijuana)
4. ประเภทสารสงบประสาท (Sedative drugs) หรือบาร์บิทูเรต (Barbiturate) รวมทั้งสารที่ออกฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เซโคบาร์บิทัล (Secobarbital) อะม็อบาร์บิทัล (Amobarbital) พารัลดีไฮด์ (Paraldehyde) ไดอะซีแพม (Diazepam) เมโปรบาเมท (Meprobamate) คลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide) และสารกลุ่มประสาทชนิดต่างๆ (Minor Tranquilizers)
5. ประเภทโคเคน (Cocaine)
6. ประเภทสารกระตุ้นประสาท (Stimulants drugs) เช่น แอมเฟตามีน (Amphetamine) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)
7. ประเภทสารหลอนประสาท (Hallucinogenic drugs) เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที ลำโพง สารระเหย เห็ดเมา

8. ปรเภทยาสูบ (Tobacco)
9. ปรเภทสารระเหย (Volatile solvents) ได้แก่ ทินเนอร์ เบนซิน กาว แลคเกอร์
10. ใช้สารหลายตัวและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ (Multiple drugs and psychoactive substances)

สารเสพติดแบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท (Effects on nervous system) แบ่งเป็น 4 ประเภท(26) ซึ่งได้แก่

1. ปรเภทกดประสาท (Sedative) ออกฤทธิ์กดการทำงานของสมอง ส่งผลให้สมอง/ระบบประสาทส่วนกลาง/ระบบประสาททำงานได้ช้าลง/ลดลง ได้แก่ ฝิ่น (Opium) มอร์ฟีน (Morphine) เฮโรอีน (Heroin) ยานอนหลับ ยาระงับประสาท/ยากล่อมประสาท/ยาคลายเครียด เครื่องดื่มมีนเมา บาร์บิทูเรตทุกชนิด (Barbiturate: กลุ่มยาชนิดหนึ่งที้ออกฤทธิ์กด ระบบประสาท) รวมทั้ง สารระเหย เช่น ทินเนอร์ แล็กเกอร์ น้ำมันเบนซิน
2. ปรเภทกระตุ้นประสาท (Stimulant) ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของประสาทส่วนกลาง หรือเพิ่มการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยกระตุ้นให้ผู้ใช้สาร รู้สึก ตื่นเต้น ไม่ง่วงนอน กระฉับกระเฉง มีแรงทำงาน ลดความเหนื่อยล้า มีอารมณ์เคลิ้มสุข สนุกสนาน และมีความอยากอาหารน้อยลง ได้แก่ ยาบ้า/ยาม้า/ยาขยัน/ยาโดป/แอมเฟตามีน (Amphetamine) ยาไอซ์ (Methamphetamine) ยาอี/ยาเลิฟ (Ecstasy) โคเคน (Cocaine) เครื่องดื่มกาเฟอีน
3. ปรเภทหลอนประสาท (Hallucinogen) ออกฤทธิ์กระตุ้นให้สมองมีการรับรู้ที่ผิดไปจากปกติ/หลอนประสาท/ประสาทหลอน (Hallucination) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความคิด อารมณ์ หรือแม้แต่ความสามารถควบคุมสติ ก็มีการเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน ได้แก่ แอลเอส ดี (LSD: Lysergic acid diethylamide) เห็ด ชี๊ ค ว า ย ดี เอ็ม ที (DMT: Dimethyltryptamine) และ ยาเค (Ketamine) เป็นต้น
4. ปรเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน (Combining action) ออกฤทธิ์ทั้งกดประสาท กระตุ้นประสาท และหลอนประสาทร่วมกัน เช่น ักัญชา ใบกระท่อม หากใช้สารปริมาณน้อยจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท แต่หากใช้สารอย่างต่อเนื่องจะออกฤทธิ์กดประสาท และหากใช้สารมากจนเกินไปจะออกฤทธิ์หลอนประสาท

ระบาดวิทยาของการเสพติด

ในความเป็นจริงปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสาเหตุของการเสพติดอาจเกิดจากหลายปัจจัยผสมผสานกัน แต่ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าสาเหตุมาจากปัจจัยใด การเสพติดสารเสพติดจึงมักถูกกล่าวถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆมากกว่า โดยจากหลักระบาดวิทยา ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมึ 3 ปัจจัยดังนี้ (ปกรณ ศิริยงค์. 2544: 19-22)(27)

1. ตัวสารและฤทธิ์ของสาร (Agent) สารหรือยาที่รับเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน ฉีด สูบ หรือดม ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง ทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับสาร
2. ตัวผู้ใช้สาร (Host) สาเหตุอาจมาจากสภาพร่างกายหรือสภาพจิตใจ เช่น การรักษาโรคทางกาย นำไปสู่การเสพติดสารนั้น หรือผู้มีบุคลิกภาพผิดปกติ มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติด เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวและระงับความกระวนกระวาย
3. สิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมมีบทบาทในการผลักดันให้ใช้สารเสพติดได้ เช่น สภาพครอบครัวมีปัญหา ขาดความอบอุ่น หรืออาศัยอยู่ในสถานที่ที่เต็มไปด้วยสารเสพติด นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ใช้สารเสพติดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

เกณฑ์การวินิจฉัยสภาวะการติดยาเสพติดตาม DSM-4 และ DSM-5

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ให้ความหมายและเกณฑ์การวินิจฉัยสภาวะการติดยาเสพติด Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed (DSM-4) ในปี พ.ศ. 1994 ดังนี้

1. การใช้สารเสพติดในทางผิด (Substance Abuse) คือแบบแผนของพฤติกรรมในการใช้สารที่ผิด โดยมีพฤติกรรมใช้สารซ้ำๆโดยก่อให้เกิดความเสียหายอย่างชัดเจน มีเกณฑ์วินิจฉัยการใช้สารแบบผิดแผนของ DSM- 4 โดยพบหนึ่งข้อขึ้นไปในช่วง 12 เดือน ดังนี้

- 1.1 ใช้สารจนส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน และครอบครัวบ่อยครั้ง
- 1.2 ใช้สารแม้ในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อร่างกาย เช่น ใช้สารขณะขับรถบ่อยครั้ง
- 1.3 ใช้สารจนทำให้มีปัญหาทางกฎหมายบ่อยครั้ง
- 1.4 ใช้สารทั้งๆที่การใช้ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2. การติดยาเสพติด (Substance Dependence) คือ การใช้สารติดต่อกันโดยผู้เสพไม่สามารถหยุดใช้สารนั้นเองได้ แม้จะมีปัญหาจากการใช้สาร ทั้งร่างกาย พฤติกรรม ความรู้สำนึก และ

เมื่อใช้สารจนติดแล้วจะต้องพยายามหาสารมาใช้อีก (Compulsive) หากใช้ไปนานจะเกิดอาการดื้อสารนั้น (Tolerance) และเมื่อหยุดสารนั้นจะเกิดอาการถอนสาร (Withdrawal) มีเกณฑ์วินิจฉัยการใช้สารผิดแบบแผนของ DSM IV เมื่อพบอาการความบกพร่องอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไปในช่วง 12 เดือน ดังนี้

- 2.1 มีอาการดื้อสาร คือ ต้องใช้สารจำนวนมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลจากสารเท่าเดิม หรือถ้าใช้สารจำนวนเท่าเดิม จะได้ผลน้อยกว่าเดิม
- 2.2 มีอาการถอนสาร คือ มีลักษณะของอาการถอนยาเกิดขึ้นเมื่อไม่ได้ใช้สารเสพติด และต้องใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงอาการถอนดังกล่าว
- 2.3 ผู้ใช้มักจะใช้สารเสพติดในปริมาณมากกว่าและระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจไว้
- 2.4 มีความต้องการใช้สารเสพติดนั้นสม่ำเสมอ โดยไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้สารเสพติดได้ด้วยตนเอง
- 2.5 ใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด เช่น การหาสารเสพติดมาใช้ ใช้เวลาส่วนมากไปกับการใช้สารเสพติด หรือใช้เวลาอย่างมากในการฟื้นตัวจากผลของสารเสพติด เป็นต้น
- 2.6 การเรียน การงาน สังคม กิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญสูญเสียหรือขาดหายไปจากการใช้สารเสพติด
- 2.7 ยังคงใช้สารเสพติดนั้นต่อไป แม้จะทราบว่าทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจ เช่น ยังคงใช้สารเสพติดแม้จะทราบว่าจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม และอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าถึงขนาดคิดฆ่าตัวตายได้ หรือผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ยอมเลิกบุหรี่ แม้ทราบว่าบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง

ในส่วนของความหมายและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th ed (DSM-5) ในปี พ.ศ. 2013

ภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติด คือรูปแบบของอาการแสดงที่เกิดจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาจากการใช้สารนั้นก็ตาม ในขณะที่ภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการติดสารเสพติดนั้น พุทธรวมถึงอาการที่เกิดจากการใช้สาร การถอนสาร หรือภาวะทางจิตเวชที่เกิดขึ้นจากการใช้สาร ซึ่งภาวะการติดสารเสพติดนี้จึงครอบคลุมปัญหาที่เกิดจากการใช้สาร โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด 11 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. มีอาการดื้อสาร คือ ต้องใช้สารเสพติดนั้นในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ผลที่เท่าเดิม
2. มีอาการถอนสาร คือ มีอาการถอนสารที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้ใช้สารเสพติด และดีขึ้นเมื่อใช้สารนั้นเพิ่มขึ้น
3. มีการใช้สารในปริมาณที่มากหรือนานเกินกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการใช้สารเสพติดนั้นสม่ำเสมอ โดยไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้สารเสพติดได้ด้วยตนเอง
5. ใช้เวลาส่วนมากไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด เช่น การหาสารเสพติดมาใช้ ใช้เวลาส่วนมากไปกับการใช้สารเสพติด หรือใช้เวลาอย่างมากในการฟื้นตัวจากผลของสารเสพติด
6. มีการใช้สารเสพติดจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน การเรียน การงาน สังคม กิจกรรมต่างๆ หรือกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญ
7. มีการใช้สารเสพติดนั้นต่อไป แม้จะทราบว่าทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจ
8. มีอาการอยากหรือปรารถนาสารเสพติดนั้นอย่างมาก
9. ต้องยกเลิกนัดหมายสำคัญหรือกิจกรรมที่เคยทำเพราะการใช้สาร
10. มีการใช้สารเสพติดนั้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีผลทางลบต่อกิจกรรมทางสังคม เช่น เกิดปัญหาทางด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น
11. มีการใช้สารเสพติดแม้ในสถานการณ์ที่เป็นภัยต่อร่างกาย หรือ ทำให้ตนเองตกอยู่ในอันตราย

ทั้งนี้ยังสามารถระบุความรุนแรงของภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ได้โดยคิดจากจำนวนอาการแสดงที่เกิดขึ้น โดยหากมี 2-3 อาการถือเป็นภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดขั้นต้น, มี 4-5 อาการถือเป็นภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดขั้นปานกลาง และมีมากกว่า 6 อาการถือเป็นภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดขั้นรุนแรง

ขั้นตอนการบำบัดรักษาสารเสพติด

วิธีการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดแบบระยะยาวมีด้วยกัน 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (กัญญา ภูระหงษ์. 2544: 6-9)(28)

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนรักษา เป็นระยะแรกของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว เตรียมใจ ก่อนจะได้เข้ารับการรักษาให้ครบตามระยะเวลา รวมทั้งให้คำแนะนำจิตใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษา รวมทั้งการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุการติดสารเสพติดจากปัญหาในครอบครัว ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำรักษาครอบครัวด้วย ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การตรวจสอบหลักฐานการชักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกายและสภาพจิตใจ ตรวจค้นหาสารเสพติดที่ชุกช่อนมา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งปฐมนิเทศวิธีการรักษา ระเบียบปฏิบัติขณะรับการรักษาของผู้ป่วยและญาติตลอด จนถึงแนะนำขั้นตอนต่างๆของการรักษา การเตรียมการก่อนรักษาถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อการรักษาขั้นเตรียมการก่อนการรักษานี้ ใช้ระยะเวลาประมาณ 7 วัน

2. ขั้นตอนบำบัดด้วยยา เป็นการรักษาทางการแพทย์ เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการขาดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการสารเสพติด อาจจะมีอาการทรมานอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดสารไม่ให้มีอาการทรมานมากเกินไป สามารถดหรือหยุดสารที่ใช้ประจำได้ ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่พึ่งสารเสพติด และสามารถผ่านอาการอยากสารได้โดยไม่มีโรคแทรกซ้อน ในระหว่างนี้จะฟื้นฟูสภาพจิตใจไปพร้อมๆ กันร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย การประเมินถึงความรุนแรงของการขาดสาร และปัญหาที่สัมพันธ์กัน การป้องกันให้เกิดแรงจูงใจ และการให้แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองพร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษา การรักษาในขั้นนี้แบ่งการรักษาเป็น 2 รูปแบบ คือการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.1 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นที่นิยมโดยทั่วไป เพราะสะดวกในเรื่องสถานที่ ค่าใช้จ่าย ใช้บุคลากรน้อย สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้จำนวนมาก แต่ผลการรักษาไม่แน่นอน เพราะผู้ป่วยยังคงกลับไปอยู่กับสภาพแวดล้อมเดิม บางครั้งระหว่างการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีการลักลอบใช้สารเสพติด ข้อดีของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือ ถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกได้ ทั้งๆที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม แสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้ โอกาสเลิกได้ระยะยาวมีมาก ผลสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ การรักษาให้คำแนะนำ (Counseling) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดได้

กิจกรรมต่างๆ คล้ายการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ ถอนพิษสาร รักษาโรคแทรกซ้อน ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ทำกลุ่มบำบัด และสุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

2.2 การรักษาแบบผู้ป่วยใน การรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นต้องแยกผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน จัดสถานที่ให้ปลอดภัย เสพติด การรักษาในขั้นตอนนี้ นอกจากให้การถอนสารแล้วจะต้องให้กิจกรรมอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ปฐมนิเทศเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบในการปฏิบัติขณะรับการรักษา กลุ่มบำบัดและกิจกรรมต่างๆ รักษาโรคแทรกซ้อน กิจกรรมนันทนาการ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เช่น ช่วยดูแล ให้กำลังใจ สนับสนุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย เป็นต้น สุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเพื่อป้องกันการลักลอบใช้สารเสพติดในหอผู้ป่วย

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการบำบัดรักษาที่สำคัญที่สุด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพจิตใจ และเสริมสร้างให้สุขภาพแข็งแรง โดยต้องแก้ไขปรับปรุงทั้งนิสัย ความประพฤติ และจิตใจที่เคยถูกรบกวนด้วยฤทธิ์ของสารเสพติดให้ตีเช่นเดิม แก้ไขสิ่งแวดล้อมและแนวทางการปรับปรุงตนเองที่ดี ขั้นตอนนี้ต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายฝ่ายด้วยกันและทำงานเป็นทีม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 เดือน เน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญ ที่นำมาให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดรักษาเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตนดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและชุมชน

4. ขั้นการติดตามการรักษา การติดตามหลังการรักษาเป็นขั้นตอนสุดท้ายและมีความสำคัญ การติดตามหลังการรักษาเป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ และปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติโดยไม่หันกลับไปใช้สารเสพติดอีก ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 1 ปี ซึ่งวิธีการติดตามสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยการส่งเจ้าหน้าที่ออกไปเยี่ยมถึงบ้านเป็นรายบุคคล มีโอกาสพบตัวผู้ป่วย ครอบครัว และญาติพร้อมกัน สามารถให้การรักษาทางจิตใจ ส่งเสริมกำลังใจ ช่วยแนะนำ ขจัดปัญหาต่าง ๆ การติดตามโดยทางอ้อม ได้แก่ การติดตามผ่านบุคคลอื่น ใช้ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถจะเดินทางไปพบหรือนัดได้ จะมีการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน ผู้บังคับบัญชา หรือญาติพี่น้อง ผู้ป่วยสารเสพติดจะติด สถานที่ เช่น บาร์ หรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยหาเทคนิคหรือวิธีการอาจจะเป็นจากอดีต ที่นำมาใช้แล้วประสบ

ความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหา และหาวิธีการหลีกเลี่ยงหรือการเผชิญปัญหา

กรมคุมประพฤติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม กำหนดคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) โดยมีกระบวนการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว(29) ดังนี้

1. ขั้นตอนการรับเรื่องจากสำนักงานคุมประพฤติ เริ่มจากการรับตัวและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและหลักฐานของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ลงทะเบียนและจัดทำแฟ้มบันทึกประวัติ ตรวจสอบตัวและทรัพย์สิน จัดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่รับตัวใหม่ทำความสะอาดร่างกายและจัดให้ได้รับเครื่องแต่งกายเครื่องนอนและเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันตามที่สถานที่เพื่อการฟื้นฟูกำหนด จัดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูรับการตรวจด้านอนามัยจากแพทย์หรือพยาบาล และแจ้งการรับตัวเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแก่สำนักงานคุมประพฤติ

2. ขั้นตอนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผน โดยแบ่งระยะการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม (ระยะเวลา 1 เดือน) ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟู ดังนี้

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด ได้แก่ กลุ่มเตรียมการก่อนกลุ่มประชุมเข้า กลุ่มประชุมเข้า กลุ่มสัมมนา ฯลฯ
- กิจกรรมงานบำบัด ได้แก่ การเป็นสมาชิกทีมงานใดทีมงานหนึ่งและเข้าร่วมปฏิบัติงานในทีมงานนั้น
- การให้ความช่วยเหลือ กรณีกระทำผิดกฎหรือระเบียบของสถานที่เพื่อการฟื้นฟู
- กิจกรรมการให้ความรู้ระยะแรกเริ่ม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องปรัชญา อุดมการณ์ และกฎข้อห้าม ฯลฯ

2.2 ระยะที่ 2 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนที่ 2 ถึง 3) ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟู ดังนี้

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด กิจกรรมงานบำบัด การให้ความช่วยเหลือ และกิจกรรมการให้ความรู้ เช่นเดียวกับระยะแรกเริ่ม

- กิจกรรมสร้างงานและอาชีพ โดยมีการฝึกอาชีพโดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน

2.3 ระยะที่ 3 ระยะเตรียมตัวก่อนกลับสู่สังคม (ระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่เดือนที่ 4 เป็นต้นไป) ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟู ดังนี้

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด กิจกรรมงานบำบัด การให้ความช่วยเหลือ และกิจกรรมการให้ความรู้ เช่นเดียวกับระยะแรกรับและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- กิจกรรมสร้างงานและอาชีพ โดยมีการฝึกงานในสถานที่เพื่อการฟื้นฟู และเข้าร่วมกิจกรรมภายนอกโดยมีครูพี่เลี้ยงคอยควบคุมดูแล เช่น การเป็นวิทยากรตามโรงเรียน สถานประกอบการ และการทำงานรับใช้สังคม เช่น วัด โรงเรียน หรือสถานที่ที่มีความเหมาะสม รวมถึงการส่งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดไปปฏิบัติงานภายนอกสถานที่เพื่อการฟื้นฟูในเวลากลางวันและกลับเข้าพักอาศัยในสถานที่เพื่อการฟื้นฟูตอนกลางคืน

3. ขั้นตอนการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟู เจ้าหน้าที่ของสถานที่เพื่อการฟื้นฟู ต้องประเมินพฤติกรรมในระหว่างการฟื้นฟู ตามแบบฟอร์มที่สถานที่เพื่อการฟื้นฟูกำหนด โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 กรณี ดังนี้

3.1 กรณีที่ระยะเวลาฟื้นฟูตั้งแต่ 120 วันขึ้นไป เจ้าหน้าที่ต้องประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟู เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูครบ 90 วัน

3.2 กรณีที่ระยะเวลาฟื้นฟูน้อยกว่า 120 วัน เจ้าหน้าที่ต้องประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟู เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 2 ใน 3 ที่กำหนด

3.3 กรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดหลบหนีแล้วไม่สามารถติดตามตัวมาได้ เจ้าหน้าที่ต้องประเมินผลการฟื้นฟู และจัดส่งสำนักงานคุมประพฤติเพื่อดำเนินการต่อไป

3.4 กรณีระหว่างการฟื้นฟู ผู้เข้ารับการบำบัดมีพฤติกรรม สภาพร่างกายหรือจิตใจได้รับผลกระทบจนไม่สามารถฟื้นฟูต่อไปได้ เจ้าหน้าที่ต้องประเมินผลการฟื้นฟูเสนอต่อผู้อำนวยการหรือผู้ควบคุมสถานที่เพื่อรายงานคณะกรรมการโดยทันที เพื่อพิจารณาปรับแผนฟื้นฟูต่อไป

4. ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนกลับสู่สังคม (ระยะเวลา 1 เดือน) เป็นขั้นตอนของการเตรียมตัวของผู้เข้ารับการบำบัด ก่อนที่จะออกไปใช้ชีวิตจริงในสังคมภายนอก เป็นการให้ผู้ที่เคยเข้ารับการ

บำบัดประเมินว่ามีความพร้อมในการกลับสู่สังคมวางแผนชีวิต ทั้งในด้านการศึกษาหรือการประกอบอาชีพ การอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

5. ขั้นตอนการประเมินพฤติกรรมเมื่อครบระยะเวลาการฟื้นฟู เป็นขั้นตอนสุดท้ายเมื่อฟื้นฟูครบระยะเวลาตามคำสั่งคณะอนุกรรมการแล้ว เจ้าหน้าที่ต้องประเมินพฤติกรรมผู้เข้ารับการบำบัดและส่งสำนักงานคุมประพฤติเพื่อดำเนินการต่อไป

สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดคู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (Fast Model) เน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู การดำเนินการนั้นได้นำองค์ประกอบ 4 ด้านมาดำเนินการ ได้แก่ ครอบครัว (F: Family) กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดรักษา (A: Alternative treatment activity) การช่วยเหลือตนเอง (S: Self help) และชุมชนบำบัด (T.C. : Therapeutic community) ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู(30) ดังนี้

1. แผนการบำบัดฟื้นฟูระยะสั้น (Short term treatment plan) ระยะเวลา 4-6 เดือน โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วย คือ ผู้เข้ารับการบำบัดไม่มีอาการทางยาเสพติดและสมัครใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา ครอบครัวให้ความร่วมมือ ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิต ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ และศาลสั่งให้รับการบำบัดฟื้นฟู

2. แผนการบำบัดฟื้นฟูระยะกลาง (Medium term treatment plan) ระยะเวลา 6-8 เดือน โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วย คือ ผู้เข้ารับการบำบัดมีอาการทางยาเสพติดแต่ไม่จำเป็นต้องพึ่งยาและสมัครใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา ครอบครัวให้ความร่วมมือ ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิต ผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ของแผนการบำบัดฟื้นฟูระยะสั้น

3. แผนการบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (Long term treatment plan) ระยะเวลา 8-12 เดือน โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วย คือ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีอาการทางยาเสพติด จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดด้วยยา ครอบครัวหรือผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ให้ความร่วมมือ มีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือจิตต้องได้รับการรักษาก่อน และแพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าไม่สามารถเข้าแผนการบำบัดฟื้นฟูระยะสั้นและแผนการบำบัดฟื้นฟูระยะกลาง

โดยสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

1. เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยจากการติดยาเสพติด และจากโรคแทรกซ้อนอันต่อเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด

2. เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติด เช่น การพัฒนาสุขภาพอนามัย การพัฒนาจิตใจ อารมณ์และสติปัญญา
3. เพื่อพัฒนาทางด้านการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลและสังคมที่แวดล้อม
4. เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพให้แก่ผู้ติดสารเสพติด
5. เพื่อป้องกันการหวนกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ
6. เพื่อเป็นการลดและป้องกันปัญหาสังคมด้านอาชญากรรมและอื่นๆ

วิธีการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดแบบระยะสั้นมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

หลักสูตรค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด ที่ให้ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 9 วัน รวมทั้งสิ้น 86 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 5 แผนกิจกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (2)

แผนกิจกรรมที่ 1 การประเมินสภาพการเสพติดสารเสพติด (3 ชั่วโมง) เป็นการใชแบบคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด ในการคัดแยกผู้ใช้ออกจากผู้ติดสารเสพติด ให้เข้ารับการบำบัดรักษา และเข้าสู่กระบวนการค่ายฯ เพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในรูปแบบที่เหมาะสม

แผนกิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (11 ชั่วโมง 30 นาที) เป็นการใชกิจกรรมสนทนากา มาละลายพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อันจะนำมาสู่การเปิดใจ ยอมรับสิ่งใหม่ๆ สามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนมีทักษะในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และมีกำลังใจในการเลิกสารเสพติด

แผนกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาตัวเอง (62 ชั่วโมง) เป็นกิจกรรมที่พัฒนาทักษะของผู้เข้ารับการบำบัดในด้านต่างๆ ทั้งในด้านองค์ความรู้ เช่น ผลกระทบของสารเสพติด ที่มีต่อสมอง ด้านทัศนคติ เช่น การสำรวจลักษณะภายนอกและลักษณะภายในของตนเอง ด้านการควบคุมตัวเอง เช่น การแสดงออกถึงความรู้สึกของตัวเองอย่างเหมาะสม ด้านการสร้างแรงจูงใจ เช่น การเรียนรู้ความผิดพลาดในอดีตที่ผ่านมาแล้วปรับปรุงให้ดีขึ้นในอนาคต ด้านสุขภาพร่างกาย เช่น การออกกำลังกายให้มีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ด้านจิตใจ

เช่น การฝึกจิตใจให้สงบ มีสติรู้คิด เกรงกลัวต่อบาปและการกระทำ ความผิด เป็นต้น

แผนกิจกรรมที่ 4 ทักษะการงานและอาชีพ (5 ชั่วโมง) เป็นการค้นหาทักษะความสามารถของผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อจุดประกายความคิดในการประกอบอาชีพ ให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีอาชีพทำต่อไปหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดที่ค่ายไปแล้ว

แผนกิจกรรมที่ 5 ทักษะการตั้งเป้าหมาย (4 ชั่วโมง 30 นาที) เป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีแรงปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต และมีพลังขับเคลื่อนในเชิงบวกในการดำรงชีวิตต่อไปอย่างมั่นคง

ศูนย์สุขภาพจิต กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ กำหนดคู่มือหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติดและผู้ค้ารายย่อยในเรือนจำ/ทัณฑสถาน (พิมพ์ครั้งที่ 1) เน้นการพัฒนาผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในด้านต่างๆ ทั้งในด้านการบำบัดรักษา ความรู้ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีและฝึกทักษะ โดยระยะเวลาตลอดหลักสูตร 12 วัน (60 ชั่วโมง) มีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ที่ผ่านการประเมินคัดกรองตามแบบประเมินคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับเสพ โดยพิจารณาคุณสมบัติดังต่อไปนี้เป็นอันดับแรก(31)

1. มีประวัติการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับเสพหรือเป็นผู้ค้ารายย่อย
2. ผู้ต้องขังที่มีคุณสมบัติได้รับการพักโทษ/ลดวันต้องโทษ และยังไม่เคยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพสารเสพติด
3. ไม่มีอุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร เช่น ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ไม่มีโรคทางกายภาพที่รุนแรง ไม่เป็นโรคติดต่อในระยะแพร่เชื้อ ฯลฯ

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 กลุ่มวิชา คือ 1) กลุ่มวิชาความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและการบำบัดรักษา 2) กลุ่มวิชาการพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต 3) กลุ่มวิชาการทำหน้าที่ของครอบครัว และ 4) กลุ่มวิชาบทบาทหน้าที่และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทั้งนี้การบำบัดตามหลักสูตร ผู้เข้ารับการบำบัดควรได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ การละลายพฤติกรรม การแนะนำตัวผู้เข้ารับการบำบัดท่านอื่น รวมถึงการสร้างแรงจูงใจเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่บทเรียน การทำกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิต ได้แก่ การแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเลิกพฤติกรรมใช้สารเสพติด นอกจากนี้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาควรเข้าใจถึงผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด โดยหลักสูตรใช้ตัวชี้วัด ดังนี้

1. ร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูได้รับการบำบัดและฟื้นฟูครบตามระยะเวลาในหลักสูตร
2. ร้อยละ 95 ของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูไม่กลับไปเสพซ้ำหลังสิ้นสุดการบำบัดและฟื้นฟูในระยะเวลา 1 ปี
3. ร้อยละ 85 ของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสามารถปรับเปลี่ยนแนวคิด ทศนคติ และพฤติกรรมเพื่อลด ละ เลิกเสพยาเสพติด และใช้ชีวิตถูกต้องในระยะเวลา 1 ปี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสารเสพติด

Rasmon Kalayasiri, et al. (2014)(32) ได้ศึกษาลักษณะทางคลินิกของภาวะหวาดระแวงจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนและความเกี่ยวข้องกับระหว่างภาวะหวาดระแวงจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนและความแตกต่างทางพันธุกรรมในสารโดพามีน (DBH) ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนจำนวน 727 คน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปี 2554 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมนั้น คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 2) เป็นผู้ที่เคยใช้สารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 11 ครั้ง นับตั้งแต่เริ่มใช้ 3) ไม่มีประวัติการผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และไม่มีประวัติการเป็นโรคทางกายเกี่ยวกับสมอง ทั้งนี้การเก็บข้อมูลใช้แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) และแบบสอบถามการใช้สารเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine Experience Questionnaire, MEQ) ซึ่งการสัมภาษณ์มีกระบวนการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด สัมภาษณ์ผ่านผู้เชี่ยวชาญ มีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลและตรวจสอบเพื่อความถูกต้องของข้อมูลวิจัย โดยการศึกษาพบว่าความรุนแรงของภาวะการติดสารเมทแอมเฟตามีนและโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคมสามารถทำนายการเกิดภาวะหวาดระแวงจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ และความแตกต่างทางพันธุกรรมในสารโดพามีน (DBH) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะหวาดระแวงจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน

ธิโสภิญ ทองไทย (2557)(33) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการใช้สิ่งเสพติดโดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 จำนวน 103 คน พบว่ามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจภาพรวมเท่ากับ 5,391,330 บาท ค่าเฉลี่ยในประชากรเท่ากับ 52,343.01 บาทต่อคน โดยแบ่งเป็นความสูญเสียจากการไปทำงานไม่ได้เนื่องจากถูกดำเนินคดีและรับโทษ 3,432,375 บาท ค่าเฉลี่ยในประชากรเท่ากับ 33,324.03 บาทต่อคน และเป็นความสูญเสียจาก

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับทรัพย์สินเสียหาย ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการทางกฎหมาย ค่าปรับ/รับโทษ ค่าทำขวัญผู้บาดเจ็บ และค่าใช้จ่ายเพื่อการรอมชอม 1,762,220 บาท ค่าเฉลี่ยในประชากรเท่ากับ 17,108.74 บาทต่อคน นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล 115,387 บาท ในขณะที่ค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมเพื่อการรักษาพยาบาลมีมูลค่าเป็น 50,088 บาท และ 31,280 บาท ตามลำดับ

กณณิกา สิทธิพงษ์ (2560)(34) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึง มกราคม 2560 ด้วยเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและมาตรวัดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด พบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแบบมีคู่ครองจะมีแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่ามีที่สถานภาพสมรสอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการใช้สารเสพติดแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดที่ยาวนานกว่าจะมีแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยตระหนักต่อผลกระทบจากการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลานาน

4. กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาสารเสพติดที่แตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดที่ต่างกัน โดยผู้ที่มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาสารเสพติดที่มากกว่าจะมีแรงจูงใจต่อการเลิกใช้สารเสพติดที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะความรู้สึกเบื่อหน่ายในสภาพปัจจุบันและเกิดความต้องการเปลี่ยนแปลง

จินตนา เยี่ยมชัยภูมิ (2548)(35) ได้ศึกษามูลเหตุจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด พบว่า ผู้เลิกใช้สารเสพติดมีความตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากการใช้ยาเสพติดและได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้สารเสพติด โดยมีความต้องการที่จะกลับไปทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเพราะรับรู้ถึงความทุกข์ของบุคคลในครอบครัวที่ได้รับจากการใช้ยาเสพติดจึงต้องการเลิกใช้สารเสพติดเพื่อตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า พบว่าสาเหตุที่เลิกใช้สารเสพติด เนื่องจากต้องการหาย

จากอาการเจ็บป่วย กลัวเกิดโรคแทรกซ้อนขณะติดเชื้อสารเสพติด และต้องการพ้นจากความทรมานในการใช้สารเสพติด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่ได้จากการเก็บข้อมูลของงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand ภายใต้การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 444/55 (IRB No. 444/55) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่ปี 2550 และมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยใช้แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) บันทึกแบบสัมภาษณ์ผ่านระบบคอมพิวเตอร์และได้รับการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญที่จบการศึกษาปริญญาตรีด้านจิตวิทยาหรือสูงกว่า โดยผ่านการรับรองการใช้แบบสอบถาม SSADDA ทั้งนี้การสัมภาษณ์ยังมีกระบวนการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด มีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลจากผู้สัมภาษณ์ การปรับปรุงแก้ไขข้อมูลจากผู้สัมภาษณ์คนอื่น และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยนักวิจัยหลัก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและครบถ้วน โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 397/61

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดในประเทศไทย

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดที่สถาบันธัญญารักษ์แบบผู้ป่วยใน ที่เข้าร่วมงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์แบบผู้ป่วยในที่เข้าร่วมงานวิจัย ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัย โดยเลือกตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์ (Purposive sampling) ซึ่งไม่มีการสุ่มตัวอย่าง แต่จะใช้วิธีในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายของสถาบันธัญญารักษ์ ที่เข้าตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่ตรงตามเกณฑ์คัดออก จนกว่าจะครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้

งานวิจัยนี้อ้างอิงงานวิจัย Clinical features of methamphetamine-induced paranoia and preliminary genetic association with DBH -1021C→T in a Thai treatment cohort (28) ที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 990 คนโดยมีเกณฑ์การเข้าร่วมงานวิจัย คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 2) เป็นผู้ที่เคยใช้สารเมทแอมเฟตามีน 3) ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตเภท โดยงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกทั้งหมดของงานวิจัย(32) มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
3. เป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่เคยใช้สารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 11 ครั้ง นับตั้งแต่เริ่มใช้
2. มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า
3. มีประวัติการเป็นโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง เช่น บาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนทางสมอง หมดสตินานเกินกว่า 5 นาที ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคลมชักหรือลมบ้าหมู ใช้สมองอักเสบหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงอัมพฤกษ์หรืออัมพาต

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

กำหนดขนาดตัวอย่างที่ไม่ทราบขนาดประชากรชัดเจน โดยคำนวณจากสูตรของ Wayne W., D. (1995) ที่มีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95%

จากสูตร

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \alpha p(1-p)}{d^2}$$

เมื่อ	n	= ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ศึกษา
	Z	= ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำให้ได้ $Z_{0.975} = 1.96$
	p	= สัดส่วนประชากรของลักษณะที่สนใจ โดยการศึกษาของรัฐมนตรีมน (2561) อ้างอิงประสิทธิผลที่ผู้ได้รับการบำบัดรักษาสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 70.0
	d	= ความแตกต่างของการศึกษานี้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่อ้างอิง ในที่นี้กำหนดที่ร้อยละ 5 เท่ากับ 0.05
	$1 - \alpha$	= ระดับความเชื่อมั่นกำหนดเท่ากับ 95%

ดังนั้น

$$n = 323 \text{ คน}$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างพบว่า งานวิจัยนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 323 คน แต่ทั้งนี้ งานวิจัยนี้เลือกใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่ได้จากงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand ในการวิเคราะห์และแปลผลเพื่อตอบคำถามของการวิจัย โดยจำนวนประชากรตัวอย่าง (Sample population) จากงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand นี้มีจำนวนทั้งสิ้น 990 คน ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ สะท้อนให้เห็นถึงความเพียงพอของขนาดประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผล โดยผู้วิจัยจะเลือกใช้ข้อมูลประชากรตัวอย่างทั้งหมด 990 คนในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลทั้งหมดได้ อีกทั้งการวิเคราะห์และแปลผลจากประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และสะท้อนคุณลักษณะที่ครบถ้วนของประชากรตัวอย่าง จะช่วยให้ผลที่เที่ยงตรงและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากแบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) ซึ่งมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดย Pierucci-Lagha และคณะ โดยมีค่า inter-rater reliability อยู่ที่ 0.77 และ test-retest reliability อยู่ที่ 0.97(35) โดยใช้แบบสอบถามทุกหมวด ทั้งหมด 24 หมวด ซึ่งวินิจฉัยการติดสารเสพติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยสภาวะการติดสารเสพติด Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed (DSM-4)

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Data) 1 ชุด จำนวน 990 คน ที่ได้จากแบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) จากงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand โดยตัวแปรที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ผู้วิจัยเลือกใช้ในหมวด A ข้อ A1 A4 A9 A15 และ A17

ส่วนที่ 2 ประวัติทางการแพทย์ ผู้วิจัยเลือกใช้ในหมวด B ข้อ B9

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้สารเมทแอมเฟตามีน ผู้วิจัยเลือกใช้ในหมวด F ข้อ F23

ส่วนที่ 4 โรคทางจิตเวช ผู้วิจัยเลือกใช้ในหมวด J K L M N O P Q R S และ T โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-4

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยเลือกใช้ในหมวด B และ F ซึ่งแสดงถึงช่วงเวลา (เดือนและปีพ.ศ.) ที่เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในของผู้ติดสารเสพติด และช่วงเวลา (เดือนและปีพ.ศ.) ที่ผู้ติดสารเสพติดสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือน โดยผู้วิจัยพิจารณาความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือน จากช่วงระยะเวลาที่ผู้ติดสารเสพติดสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนเป็นช่วงระยะเวลาหลังจากที่เสร็จสิ้นการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแล้วนั่นเอง

ทั้งนี้ข้อมูลที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมงานวิจัยได้ โดยจะไม่มีข้อมูลชื่อ นามสกุล วัน เดือน ปีเกิด หรือข้อมูลใดๆที่สามารถระบุตัวตนได้ ซึ่งจะมีเพียงหมายเลข Study ID เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 22 (Statistical Package for Social Science) มาคำนวณวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยกำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดทำค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และฐานนิยม (Mode)

2. การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Evaluation) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างต้นทุน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละทางเลือกที่ศึกษาโดยใช้การเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ในแบบการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นกับระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุน คำนวณโดยใช้สูตร

$$\text{CE ratio} = C_n / E_n$$

C = ต้นทุนการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัด

E = ผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของการบำบัดรักษาตัวในสถานบำบัด

ผู้วิจัยอ้างอิงต้นทุนการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดทั้งในแบบระยะสั้นและระยะยาวจากงานวิจัยก่อนหน้า โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงต้นทุนการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนให้เป็นมูลค่าในอนาคต (มูลค่าในปี 2561) คำนวณโดยใช้สูตร

$$FV = PV(1+i)^n$$

FV = Future Value หรือ มูลค่าในอนาคต คือ มูลค่าสินค้าและบริการ
ผลตอบแทน หรือรายได้ในปีอนาคต

PV = Present Value หรือ มูลค่าปัจจุบัน คือ มูลค่าสินค้าและบริการ
ผลตอบแทน หรือรายได้ในปีปัจจุบัน

i = อัตราผลตอบแทน อัตราดอกเบี้ย ค่าเสื่อมราคาสินค้า หรืออัตราเงินเฟ้อทั่วไป
โดยอัตราผลตอบแทนหรืออัตราดอกเบี้ยอ้างอิงข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย
และอัตราเงินเฟ้อทั่วไปของผู้ผลิตและผู้บริโภคอ้างอิงข้อมูลจากกองดัชนีเศรษฐกิจ
การค้า กระทรวงพาณิชย์ ตลอดจนกำหนดค่าเสื่อมของสินทรัพย์ที่ 3.0% ต่อปี
หรือคิดเป็น 0.0082% ต่อวัน

n = จำนวนปี

ในส่วน of ผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของการบำบัดรักษาตัวในสถานบำบัด ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) โดยในการ

วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ ใน Section B ข้อ B9 และ Section F ข้อ F23 เพื่อดูประวัติการบำบัดรักษา สารเสพติดแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดและช่วงระยะเวลาที่สามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน

3. สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ (Univariate analysis) เพื่อพิจารณาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติ Chi-square และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

4. วิเคราะห์ผลกระทบของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (ประสิทธิผลในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน) โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression Analysis



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของการพักรักษาในสถานบำบัดแบบระยะสั้นและระยะยาวในการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในสถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand (IRB No. 444/55) ที่ได้เก็บข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา โดยใช้แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0 SSADDA) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของงานวิจัยจากจำนวนข้อมูลตัวอย่าง 990 คน เป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในมาก่อนตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 808 คน โดยมีผู้ที่เคยใช้สารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 11 ครั้งนับตั้งแต่เริ่มใช้ จำนวน 10 คน มีประวัติการเป็นโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 153 คน และมีประวัติการเป็นโรคทางกายที่เกี่ยวกับสมอง หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 31 คน หลังคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดออกแล้ว จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 614 คน คิดเป็นจำนวนครั้งในการได้รับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนทั้งสิ้น 772 ครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

รายการคัดเข้า-คัดออก	จำนวนตัวอย่าง (คน)
เป็นผู้ที่ใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในมาก่อนที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและหักด้วยเกณฑ์การคัดออก	808
- ผู้ที่เคยใช้สารเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 11 ครั้ง นับตั้งแต่เริ่มใช้	10
- มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า	153
- มีประวัติการเป็นโรคทางกายที่เกี่ยวกับสมอง หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง เช่น บาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนทางสมอง หมดสตินานเกินกว่า 5 นาที ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคลมชักหรือลมบ้าหมู ใช้สมองอักเสบหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมถึงอัมพฤกษ์หรืออัมพาต	31

รายการตัดเข้า-ตัดออก	จำนวนตัวอย่าง (คน)
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	614

ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ (ณ ขณะเก็บข้อมูลปฐมภูมิ) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีงานทำของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัด รวมถึงระดับรายได้
- 1.2 ข้อมูลการเข้าบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย จำนวนครั้งและรูปแบบในการเข้ารับการบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ประสิทธิผลและต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว

- 2.1 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบประสิทธิผลในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 772 ครั้งในการเข้ารับการรักษ โดยใช้ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ และใช้สถิติ Chi-square
- 2.2 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 772 ครั้งในการเข้ารับการรักษ โดยใช้ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์
- 2.3 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 772 ครั้ง โดยใช้ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติด นานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและระยะยาว ด้วยสถิติ Chi square และสถิติ Binary Logistic Regression

- 3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ ด้วยสถิติ Chi-square และสถิติ Binary Logistic Regression
- 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้น ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression
- 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะยาว ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
Mode	แทน	ฐานนิยม
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
χ^2	แทน	ค่าไคสแควร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ เพื่อบรรยายลักษณะของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว

1.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ (%) ของข้อมูลทั่วไป

โดยจำแนกตามเพศ อายุ (ปี) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการมีงานทำของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงระดับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน) (N= 614)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	264	43.0
หญิง	350	57.0
อายุ (ปี) ในขณะที่เก็บข้อมูลปฐมภูมิ		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 27.44 (7.070) ค่าต่ำสุด = 18 , ค่าสูงสุด = 53		
≤20	117	19.1
21-30	316	51.5
31-40	147	23.9
>40	34	5.5
จำนวนปีการศึกษา		
ค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่ศึกษา (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 8.05 (2.965) ค่าต่ำสุด = 0 , ค่าสูงสุด = 16		
0-6 ปี	230	37.5
7-12 ปี	355	57.8
13-16 ปี	29	4.7
มากกว่า 16 ปี	0	0.0
สถานภาพสมรส		
โสด	476	77.5
สมรส, มีคู่	87	14.2

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน) (N= 614)	ร้อยละ (%)
หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่	51	8.3
การมีงานทำ (เต็มเวลา) ก่อนเข้ารับการรักษา		
มีงานทำ	515	83.9
ไม่มีงานทำ	99	16.1
ระดับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในปีที่ทำการสำรวจ		
0-1,000 บาท/เดือน	7	1.1
1,001-2,500 บาท/เดือน	15	2.4
2,501-5,000 บาท/เดือน	30	4.9
5,001-7,500 บาท/เดือน	68	11.1
7,501-10,000 บาท/เดือน	93	15.1
10,001-15,000 บาท/เดือน	112	18.2
15,001-20,000 บาท/เดือน	85	13.8
20,001-30,000 บาท/เดือน	73	11.9
มากกว่า 30,000 บาท/เดือน	131	21.3

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ในรูปแบบจำนวนและร้อยละ พบว่า สัดส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.0) มีอายุ (ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลปฐมภูมิ) อยู่ในช่วง 21-30 ปี (ร้อยละ 51.5) มีระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 37.6) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 77.5) มีงานประจำ (ร้อยละ 83.9) และครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่า 30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 21.3)

1.2 ข้อมูลการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ (%) ของข้อมูลการเข้าบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในมาก่อน

โดยจำแนกตามจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมาก่อน

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน) (N= 614)	ร้อยละ (%)
จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมาก่อน		
1 ครั้ง	494	80.5
2 ครั้ง	89	14.5
3 ครั้ง	24	3.9
4 ครั้ง	7	1.1

จากข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมาก่อน 1 ครั้ง (ร้อยละ 80.5) และอีกร้อยละ 19.5 เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้งในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ทั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 614 คน ทำให้มีการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนทั้งสิ้น 772 ครั้ง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ (%) ของรูปแบบการเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์

โดยจำแนกตามรูปแบบการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาในแต่ละครั้ง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ครั้ง) (N= 772)	ร้อยละ (%)
รูปแบบการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน		
การรักษาแบบระยะสั้น (≤ 30 วัน)	143	18.5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 16.94 (9.189) ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 30, ฐานนิยม = 30		
การรักษาแบบระยะยาว (> 30 วัน)	629	81.5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 92.77 (58.176) ค่าต่ำสุด = 32, ค่าสูงสุด = 998, ฐานนิยม = 120		

จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละของรูปแบบการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จำนวนทั้งสิ้น 772 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบระยะยาว (ร้อยละ 81.5) โดยฐานนิยม (Mode) อยู่ที่ 120 วัน หรือเท่ากับ 4 เดือน ซึ่งเป็นจำนวนวันที่เป็นมาตรฐานการบำบัดรักษาแบบระยะยาว ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ประสิทธิผลและต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว

2.1 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบประสิทธิผลในการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว

ตารางที่ 7 ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาว

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนครั้งที่เข้ารับ การบำบัด	ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัด		ผลของการบำบัดรักษา (ร้อยละ)
		ไม่ได้	ได้	
การบำบัดแบบระยะสั้น	143	120	23	16.1
การบำบัดแบบระยะยาว	629	577	52	8.3

จากตารางที่ 7 แสดงความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบระยะสั้นและระยะยาว พบว่า การบำบัดรักษาแบบระยะสั้นให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา) ที่ร้อยละ 16.1 ในขณะที่การบำบัดรักษาแบบระยะยาวให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่ร้อยละ 8.3

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษากับผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน

ปัจจัยที่ศึกษา	ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติด				χ^2	P-Value
	ได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด		ไม่สามารถหยุดได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รูปแบบการบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่าง						
การบำบัดรักษาแบบระยะสั้น	120	83.9	23	16.1	8.117	0.004
การบำบัดรักษาแบบระยะยาว	577	91.7	52	8.3		

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษากับผลลัพธ์ของการรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด) โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ พบว่า การบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดแบบระยะสั้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 772 ครั้งในการเข้ารับการรักษา โดยใช้การประเมินทางเศรษฐศาสตร์

ตารางที่ 9 ต้นทุนของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาวในมุมมองของผู้รับบริการ (ผู้เข้ารับการรักษา) ในปี 2561

กิจกรรม	การรักษาแบบระยะสั้น		การรักษาแบบระยะยาว	
	ต้นทุน	ต้นทุน	ต้นทุน	ต้นทุน
	ทางตรง	ทางอ้อม	ทางตรง	ทางอ้อม
ค่าห้องและค่าอาหาร	839.45	N/A	729.13	N/A
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน และ ค่าตรวจหาสารเสพติด	82.23	N/A	71.43	N/A
ค่ายาและเวชภัณฑ์	5.22	N/A	5.22	N/A

กิจกรรม	การรักษาแบบระยะสั้น		การรักษาแบบระยะยาว	
	ต้นทุน ทางตรง	ต้นทุน ทางอ้อม	ต้นทุน ทางตรง	ต้นทุน ทางอ้อม
ค่าเสียโอกาสจากการสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อเข้ารับการรักษา	N/A	322.03	N/A	324.02
ค่าเสียโอกาสจากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร ร้อยละ 0.5 ต่อปี	N/A	0.10	N/A	0.58
รวม (เฉลี่ยบาทต่อวัน)		1,249.02		1,131.20
รวม (ในช่วงที่เข้ารับการรักษา)		21,158.43		104,948.70
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ย		16.94		92.77

จากตารางที่ 9 แสดงต้นทุนการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบระยะสั้นและแบบระยะยาวในฝั่งผู้รับบริการ (ผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติด) ในปี 2561 พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อวันในการรักษาแบบระยะสั้น มีมูลค่าอยู่ที่ 1,249.02 บาท ในขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อวันในการรักษาแบบระยะยาว มีมูลค่าอยู่ที่ 1,131.20 บาท

ตารางที่ 10 ต้นทุนของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาวในมุมมองของผู้ให้บริการ ในปี 2561

ต้นทุน	การรักษาระยะสั้น		การรักษาระยะยาว	
	เฉลี่ยต่อวัน (บาท)	เฉลี่ยต่อการรักษา (บาท)	เฉลี่ยต่อวัน (บาท)	เฉลี่ยต่อการรักษา (บาท)
ต้นทุนลงทุน	6.54	110.79	6.54	606.72
ต้นทุนดำเนินการ	92.65	1,569.44	92.65	8,594.87
รวม	99.19	1,680.23	99.19	9,201.59

จากตารางที่ 10 แสดงต้นทุนของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดแบบระยะสั้นและแบบระยะยาวในมุมมองของผู้ให้บริการ (โรงพยาบาลหรือสถานบำบัด) ในปี 2561 พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อ

การรักษาแบบระยะสั้น มีมูลค่าอยู่ที่ 1,680.23 บาท ในขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อการรักษาแบบระยะยาว มีมูลค่าอยู่ที่ 9,201.59 บาท

ตารางที่ 11 ต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบพัก รักษาตัวในสถานบำบัดระยะสั้นและระยะยาวในปี 2561

ต้นทุน	การรักษาระยะสั้น		การรักษาระยะยาว	
	เฉลี่ยต่อวัน	เฉลี่ยต่อการรักษา	เฉลี่ยต่อวัน	เฉลี่ยต่อการรักษา
	(บาท)	(บาท)	(บาท)	(บาท)
ต้นทุนของผู้ให้บริการ	99.19	1,680.23	99.19	9,201.59
ต้นทุนของผู้รับบริการ	1,249.02	21,158.43	1,131.20	104,948.70
รวม	1,348.21	22,838.66	1,230.39	114,150.29

จากตารางที่ 11 แสดงต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดรักษา ระยะสั้นและระยะยาว พบว่า แบบระยะสั้นมีต้นทุนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1,348.21 บาทต่อวัน และแบบ ระยะยาวมีต้นทุนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1,230.39 บาทต่อวัน

2.3 การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติด ประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาวของ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 772 ครั้ง โดยใช้การประเมินทางเศรษฐศาสตร์

ตารางที่ 12 ประสิทธิภาพในการรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์	การรักษาระยะสั้น	การรักษาระยะยาว
ต้นทุนรวม	22,838.66	114,150.29
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการรักษา (ความสามารถในการหยุดยาได้นานกว่า 3 เดือน)	16.1	8.3
อัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผล (CE Ratio)	1,418.55	13,753.05

จากตารางที่ 12 เมื่อประเมินอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล (CE Ratio) ของการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นและแบบระยะยาว พบว่า การรักษาแบบระยะสั้นมีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล อยู่ที่ 1,418.55 บาทต่อการรักษาแบบระยะสั้น 1 หน่วยการได้ผล ในขณะที่การรักษาแบบระยะยาวมีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล อยู่ที่ 13,753.05 บาทต่อการรักษาแบบระยะยาว 1 หน่วยการได้ผล แสดงให้เห็นว่า การบำบัดรักษาแบบระยะสั้นมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาระยะยาว หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ใช้ต้นทุนที่ต่ำกว่าต่อผลลัพธ์ในการรักษา 1 หน่วย

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและระยะยาว ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression

3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ ด้วยสถิติ Chi-square และสถิติ Binary Logistic Regression

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 614 คน โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยที่ศึกษา	ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด				χ^2	P-Value
	ไม่สามารถหยุดได้		สามารถหยุดได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	237	89.8	27	10.2	1.495	0.222
หญิง	324	92.6	26	7.4		
อายุ						
ไม่เกินกว่า 20 ปี	103	88.0	14	12.0	3.198	0.362
21-30 ปี	294	93.0	22	7.0		
31-40 ปี	134	91.2	13	8.8		

ปัจจัยที่ศึกษา	ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด				χ^2	P-Value
	ไม่สามารถหยุดได้		สามารถหยุดได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มากกว่า 40 ปี	30	88.2	4	11.8		
จำนวนปีการศึกษา						
0-6 ปี	216	93.9	14	6.1	7.433	0.024
7-12 ปี	322	90.7	33	9.3		
13-16 ปี	23	79.3	6	20.7		
สถานภาพสมรส						
โสด	435	91.4	41	8.6	0.967	0.617
สมรส/มีคู่	81	93.1	6	6.9		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/เป็นหม้าย	45	91.4	6	8.6		
การมีงานทำ						
ไม่มีงานทำ	90	90.9	9	9.1	0.032	0.859
มีงานทำ	471	91.5	44	8.5		
รายได้ของครอบครัว						
ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน	299	92.0	26	8.0	0.350	0.554
มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	262	90.7	27	9.3		
ความรุนแรงของการติดสารเสพติด						
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 1 ข้อ	49	96.1	2	3.9	8.057	0.234
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 2 ข้อ	62	96.9	2	3.1		
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 3 ข้อ	56	93.3	4	6.7		
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 4 ข้อ	56	91.8	5	8.2		
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 5 ข้อ	106	89.8	12	10.2		
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 6 ข้อ	128	87.1	19	12.9		
ติดเงื่อนไข DSM-4 จำนวน 7 ข้อ	104	92.0	9	8.0		

ปัจจัยที่ศึกษา	ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด				χ^2	P-Value
	ไม่สามารถหยุดได้		สามารถหยุดได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผลของการเสพยาเสพติดต่อการทำงานและการเรียน						
ไม่กระทบการทำงานหรือการเรียน	393	93.6	27	6.4	8.182	0.004
กระทบการทำงานหรือการเรียน	168	86.6	26	13.4		
จำนวนวันเฉลี่ยที่เข้ารับการบำบัดของผู้ติดสารเสพติด						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน	78	97.5	2	2.5	4.385	0.036
มากกว่า 30 วัน	483	90.4	51	9.6		

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ พบว่า มี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกิน 3 เดือน ปัจจัยแรก คือ ระดับการศึกษา โดยผู้ติดสารเสพติดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกิน 3 เดือน ปัจจัยที่ 2 คือ การได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด กล่าวคือ ผู้ใช้สารเสพติดที่ได้รับผลกระทบในการทำงานหรือการเรียนจากภาวะติดสารเสพติดของตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดยาได้นานเกินกว่า 3 เดือน และปัจจัยที่ 3 คือ จำนวนวันเฉลี่ยที่เข้ารับการบำบัด กล่าวคือ ผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนวันเฉลี่ยที่เข้ารับการบำบัดมากกว่า 30 วันความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดยาได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการรักษากับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนนานเกินกว่า 3 เดือนในการรักษาแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยที่ศึกษา	ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด				χ^2	P-Value
	ไม่สามารถหยุดได้		สามารถหยุดได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรักษาครั้งที่ 1						
การบำบัดรักษาแบบระยะสั้น	40	95.2	2	4.8		1.000 ^a
การบำบัดรักษาแบบระยะยาว	456	94.4	27	5.6		
การรักษาครั้งที่ 2						
การบำบัดรักษาแบบระยะสั้น	22	73.3	8	26.7	0.060	0.807
การบำบัดรักษาแบบระยะยาว	65	64.5	21	21.5		
การรักษาครั้งที่ 3						
การบำบัดรักษาแบบระยะสั้น	16	72.7	6	27.3		0.145 ^a
การบำบัดรักษาแบบระยะยาว	9	100.0	0	0.0		

หมายเหตุ: a ใช้ Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 14 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษากับผลลัพธ์ของการรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด) สำหรับการบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนครั้งที่ 1, 2 และ 3 ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ พบว่า การบำบัดรักษาภาวะติดยาเสพติดแบบระยะสั้นไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงสถิติกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา ระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 พบว่า ร้อยละความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดหลังเข้ารับการบำบัดรักษาทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาวในครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นจากการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งแรกหลายเท่าตัว ซึ่งอาจอนุมานได้ว่า

จำนวนครั้งในการเข้ารับการบำบัดน่าจะมีน้ำหนักต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

ตารางที่ 15 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 614 คน)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
เพศชาย	-0.383	0.292	1.715	0.190	0.682	0.385	1.209
การทำงานและการเรียน ได้รับผลกระทบจากการเสพ สารเสพติด	0.571	0.311	3.379	0.066	1.770	0.963	3.253
ความรุนแรงของการใช้สาร เสพติด (จำนวนข้อที่ติด เงื่อนไข DSM-4)	0.117	0.089	1.714	0.191	1.124	0.944	1.338
จำนวนวันที่เข้ารับการบำบัด เฉลี่ย	0.002	0.003	0.729	0.393	1.002	0.997	1.008
สถานภาพสมรส โสดเทียบกับไม่โสด	-0.028	0.359	0.006	0.939	0.973	0.482	1.965
การไม่มีงานทำ เทียบกับการมีงานทำ	0.017	0.397	0.002	0.966	1.017	0.467	2.215
รายได้ครอบครัวน้อยกว่า หรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อ เดือน เทียบกับรายได้ ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ตัดออก	-0.071	0.305	0.054	0.816	0.931	0.513	1.692
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี เทียบกับอายุมากกว่า 25	-0.013	0.306	0.002	0.966	0.987	0.541	1.799

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
ปี							
ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้น เทียบกับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	-0.346	0.312	1.231	0.267	0.708	0.384	1.304
ค่าคงที่	-2.552	0.773	10.900	0.001	0.078		

ระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 15 พบว่าเมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 614 คน โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Enter แล้ว พบว่า ไม่มีปัจจัยใด ๆ ที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษา ในระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 16 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในการรักษาครั้งที่ 1 โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 614 คน)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
เพศชาย	-0.361	0.354	1.040	0.308	0.697	0.348	1.395
การทำงานและการเรียน ได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด	0.430	0.369	1.361	0.243	1.538	0.746	3.170
ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (จำนวนข้อที่ติดเงื่อนไข DSM-4)	0.228	0.120	3.591	0.058	1.256	0.992	1.589

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
รูปแบบการบำบัดระยะสั้นเทียบกับรูปแบบการบำบัดระยะยาว	0.518	0.448	1.336	0.248	1.679	0.698	4.039
สถานภาพสมรสโสดเทียบกับไม่โสด	0.118	0.451	0.069	0.793	1.125	0.465	2.722
การไม่มีงานทำเทียบกับการมีงานทำ	-0.310	0.448	0.478	0.489	0.733	0.305	1.766
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี เทียบกับอายุมากกว่า 25 ปี	0.117	0.359	0.107	0.744	1.124	0.556	2.274
ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้นเทียบกับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	-0.100	0.425	0.055	0.814	0.905	0.393	2.081
ค่าคงที่	-3.563	1.061	11.277	0.001	0.028		

ระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 16 พบว่า เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 614 คน โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Enter แล้ว พบว่า ไม่มีปัจจัยใด ๆ ที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 17 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในการรักษาครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 120 คน)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
เพศชาย	-0.500	0.470	1.129	0.288	0.607	0.241	1.525
การทำงานและการเรียน							
ได้รับผลกระทบจากการเสพสารเสพติด	0.157	0.474	0.109	0.741	1.170	0.462	2.963
ความรุนแรงของการใช้สารเสพติด (จำนวนข้อที่ติดเงื่อนไข DSM-4)	0.215	0.135	2.542	0.111	1.240	0.952	1.616
รูปแบบการบำบัดระยะสั้นเทียบกับรูปแบบการบำบัดระยะยาว	-0.114	0.545	0.043	0.835	0.893	0.306	2.600
สถานภาพสมรส โสดเทียบกับไม่โสด	0.030	0.524	0.003	0.955	1.030	0.369	2.874
การไม่มีงานทำ เทียบกับการมีงานทำ	0.146	0.634	0.053	0.818	1.157	0.334	4.007
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี เทียบกับอายุมากกว่า 25 ปี	0.577	0.463	1.553	0.213	1.781	0.718	4.416
ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้น เทียบกับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	-1.029	0.527	3.821	0.051	0.357	0.127	1.003
ค่าคงที่	-1.066	1.317	0.655	0.418	0.344		

ระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 17 พบว่า เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับ การบำบัดรักษาครั้งที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Enter แล้ว พบว่า ไม่มีปัจจัยใด ๆ ที่สามารถ ทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้ เข้ารับการรักษา ในระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 18 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยา เกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในการรักษาครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 31 คน)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
เพศชาย	1.863	1.367	1.857	0.173	6.443	0.442	93.910
การทำงานและการเรียน ได้รับผลกระทบจากการ เสพยาเสพติด	0.477	1.388	0.118	0.731	1.611	0.106	24.447
ความรุนแรงของการใช้ สารเสพติด (จำนวนข้อที่ ติดเงื่อนไข DSM-4)	0.645	0.525	1.507	0.220	1.905	0.681	5.331
รูปแบบการบำบัดระยะ สั้นเทียบกับรูปแบบการ บำบัดระยะยาว	18.722	11891 .572	0.000	0.999	135231 000.044	0.000	.
สถานภาพสมรส โสดเทียบกับไม่โสด	18.249	13048 .428	0.000	0.999	841915 17.121	0.000	.
การไม่มีงานทำ เทียบกับการมีงานทำ	19.828	17409 .473	0.000	0.999	408440 416.724	0.000	.
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี เทียบกับอายุ มากกว่า 25 ปี	-1.127	1.649	0.467	0.495	0.324	0.013	8.214

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
ระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับมัธยมศึกษา ตอนต้นเทียบกับสูงกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น	-3.890	2.514	2.394	0.122	0.020	0.000	2.822
ค่าคงที่	-60.085	24794 .369	0.000	0.998	0.000		

ระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 18 พบว่า เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Enter แล้ว พบว่า ไม่มีปัจจัยใด ๆ ที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

ทั้งนี้ จากตารางที่ 16-18 อาจจะสรุปได้ว่า จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนอาจไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้น ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression

ตารางที่ 19 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน แบบระยะสั้น โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 143 ครั้ง)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
จำนวนวันที่บำบัดรักษา น้อย	-0.259	0.530	0.238	0.626	0.772	0.273	2.183

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
กว่าหรือเท่ากับ 15 วัน เทียบ กับมากกว่า 15 วัน							
ครั้งที่ทำการบำบัดรักษา ไม่ใช่ ครั้งแรกเทียบกับครั้งแรก	1.717	0.570	9.083	0.003	5.568	1.823	17.008
เพศชาย	0.187	0.520	0.129	0.720	1.205	0.435	3.339
ศาสนาพุทธ เทียบกับไม่ได้นับถือศาสนา พุทธ	-0.478	1.220	0.154	0.695	0.620	0.057	6.769
สถานภาพสมรส โสดเทียบกับไม่โสด	0.772	0.735	1.102	0.294	2.164	0.512	9.147
การไม่มีงานทำ เทียบกับการมีงานทำ	0.466	0.829	0.316	0.574	1.593	0.314	8.082
รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า หรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อ เดือน เทียบกับรายได้ของ ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ตัดออก	-0.861	0.532	2.616	0.106	0.423	0.149	1.200
ระดับการศึกษา ต่ำกว่าหรือ เท่ากับประถมศึกษา เทียบกับ สูงกว่าประถมศึกษา	-0.518	0.595	0.758	0.384	0.596	0.186	1.912
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี เทียบกับอายุมากกว่า 25 ปี	0.211	0.536	0.155	0.694	1.235	0.432	3.532
ค่าคงที่	-1.079	1.677	0.414	0.520	0.340		

ระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 19 พบว่า เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาแบบระยะสั้น หรือความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดแบบระยะสั้น โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Enter แล้ว พบว่า ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัด ได้แก่ ครั้งที่ทำการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติด ไม่ใช่ครั้งแรกเทียบกับครั้งแรก (Odds ratio = 5.568; 95% CI 1.823– 17.008)

จากการวิเคราะห์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว การเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดมากกว่า 1 ครั้งของผู้รับการบำบัดรักษาจะทำให้เพิ่มโอกาสในการหยุดสารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นแล้ว 5.568 เท่า หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 556.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะยาว ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression Model

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดยาเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบระยะยาว โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N= 629 ครั้ง)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
จำนวนวันที่บำบัดรักษา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 วัน เทียบกับ มากกว่า 120 วัน	-0.642	0.549	1.369	0.242	0.526	0.179	1.543
ครั้งที่ทำการ บำบัดรักษา ไม่ใช่ครั้ง แรกเทียบกับครั้งแรก	3.250	0.487	44.602	0.000	25.793	9.937	66.949
เพศชาย	-0.233	0.335	0.486	0.486	0.792	0.411	1.527

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
ศาสนาพุทธ เทียบกับไม่ได้นับถือ ศาสนาพุทธ	0.355	0.807	0.194	0.660	1.427	0.293	6.944
สถานภาพสมรส โสดเทียบกับไม่โสด	-0.107	0.378	0.080	0.777	0.898	0.428	1.886
การไม่มีงานทำ เทียบกับการมีงานทำ	-0.118	0.444	0.070	0.791	0.889	0.372	2.123
รายได้ของครอบครัว มากกว่า 15,000 บาท ต่อเดือน เทียบกับน้อย กว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน ตัดออก	-0.555	0.336	2.737	0.098	0.574	0.297	1.108
ระดับการศึกษา ต่ำกว่า หรือเท่ากับ ประถมศึกษา เทียบกับ สูงกว่าประถมศึกษา	-0.265	0.360	0.541	0.462	0.767	0.379	1.555
อายุน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 25 ปี เทียบกับ อายุมากกว่า 25 ปี	0.332	0.344	0.931	0.334	1.393	0.711	2.732
ค่าคงที่	-3.432	1.239	7.671	0.006	0.032		

ระดับนัยทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 20 พบว่า เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาหรือความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัด โดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Enter แล้ว พบว่า ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัด ได้แก่ ครั้งที่ทำ

การบำบัดรักษา ไม่ใช่ครั้งแรกเทียบกับครั้งแรก (Odd ratio = 25.793; 95% CI 9.937 – 66.949) กล่าวคือ หากผู้การบำบัดรักษาภาวะติดเชื้อสารเสพติดในครั้งนี้อไม่ใช่ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อสารเสพติดประเภทแอมเฟตตามีน จะทำให้เพิ่มโอกาสในการหยุดสารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดแล้ว 25.793 เท่า หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2,579.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand ที่ได้เก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบการพักรักษาตัวระยะสั้น (ไม่เกิน 30 วัน) และแบบระยะยาว (มากกว่า 30 วัน) ตลอดจนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษาทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาวที่สถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้วิธีการกำหนดกลุ่มประชากรและสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกเป็นสำคัญ ได้จำนวนทั้งสิ้น 614 คน หรือคิดเป็นจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนทั้งสิ้น 772 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัย Methamphetamine Genomes in Thailand ได้แก่ แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0 SSADDA)

วิธีที่ผู้วิจัยใช้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Valuation) ซึ่งประกอบไปด้วย การคำนวณต้นทุนและผลลัพธ์ของการรักษา รวมถึงอัตราส่วนระหว่างต้นทุนกับผลลัพธ์ (CE Ratio) และวิธีการทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ในการบรรยายลักษณะข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยม สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square, Odds ratio (OR) with 95% confident interval (95% CI) และ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และผลกระทบระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine)

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

จากข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ซึ่งให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.0) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ (ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลปฐมภูมิ) อยู่ในช่วง 21-30 ปี (ร้อยละ 51.5) มีระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 37.6) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 77.5) มีงานประจำ (ร้อยละ 83.9) และครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่า 30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 21.3)

ข้อมูลการเข้าบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง (ร้อยละ 80.5) และอีกร้อยละ 19.5 เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้งในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษามีทั้งสิ้น 772 ครั้ง โดยแบ่งเป็นการบำบัดรักษาแบบระยะสั้น 143 ครั้ง (ร้อยละ 18.5) โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่เข้ารับการบำบัดรักษา อยู่ที่ 16.94 วัน และการบำบัดรักษาแบบระยะยาว 629 ครั้ง (ร้อยละ 81.5) โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่เข้ารับการบำบัดรักษา อยู่ที่ 92.77 วัน

การวิเคราะห์ผลลัพธ์และต้นทุนในการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบระยะสั้นและแบบระยะยาว

การบำบัดรักษาแบบระยะสั้นให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา) ที่ร้อยละ 16.1 ในขณะที่การบำบัดรักษาแบบระยะยาวให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่ร้อยละ 8.3

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดรักษากับผลลัพธ์ของการรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด) โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ พบว่า การบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดแบบระยะสั้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังการบำบัดรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ต้นทุนเฉลี่ยรวมของการบำบัดรักษาแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัดรักษาระยะสั้นอยู่ที่ 1,348.21 บาทต่อวัน และแบบระยะยาวมีต้นทุนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 1,230.39 บาทต่อวัน ในปี 2561

การรักษาแบบระยะสั้นมีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล อยู่ที่ 1,418.55 บาทต่อการรักษาแบบระยะสั้น 1 คอร์ส ในขณะที่การรักษาแบบระยะยาวมีอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล อยู่ที่ 13,753.05 บาทต่อการรักษาแบบระยะยาว 1 คอร์ส

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกินกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ พบว่า มี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานเกิน 3 เดือน ปัจจัยแรก คือ ระดับการศึกษา โดยผู้ติดสารเสพติดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกิน 3 เดือน ปัจจัยที่ 2 คือ การได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด กล่าวคือ ผู้ใช้สารเสพติดที่ได้รับผลกระทบในการทำงานหรือการเรียนจากภาวะติดสารเสพติดของตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดยาได้นานเกินกว่า 3 เดือน และปัจจัยที่ 3 คือ จำนวนวันเฉลี่ยที่เข้ารับการบำบัด กล่าวคือ ผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนวันเฉลี่ยที่เข้ารับการบำบัดมากกว่า 30 วันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดยาได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 ทั้งนี้ เนื่องจากว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนบางส่วนเข้ารับการบำบัดมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งเป็นทั้งแบบพักรักษาตัวระยะสั้นและพักรักษาตัวแบบระยะยาว จึงทำให้ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่เข้าบำบัดรักษามากกว่า 30 วัน แม้จะสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นก็ตาม

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression และ Odds Ratio (OR) พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ไม่มีปัจจัยใดที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระดับนัยทางสถิติที่ 0.05 ได้

อย่างไรก็ดี เมื่อแบ่งแยกข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนตามการรักษาแบบระยะสั้นและการรักษาแบบระยะยาว พบว่า เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลการบำบัดรักษา โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression และ Odds Ratio (OR) พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการบำบัด ได้แก่ ครั้งที่ทำการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติด ไม่ใช่ครั้งแรกเทียบกับครั้งแรก (Odd ratio = 5.568; 95% CI 1.823– 17.008)

ในขณะที่ปัจจัยทำนายผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษาแบบระยะยาว ได้แก่ ครั้งที่ทำการบำบัดรักษา ไม่ใช่ครั้งแรกเทียบกับครั้งแรก (Odd ratio = 25.793; 95% CI 9.937 – 66.949)

อภิปรายผล

จากข้อมูลทั่วไปในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 21-30ปี ในขณะที่เก็บข้อมูลปฐมภูมิ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (มีจำนวนปีการศึกษา 9 ปี) มีสถานภาพโสด รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่สูงกว่า 30,000 บาทต่อเดือน หรือ 360,000 บาทต่อปี ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาผลกระทบจากการใช้และความรุนแรงของการใช้สารเมทแอมเฟตามีนของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาสารเสพติด และงานวิจัยที่ศึกษาเหตุการณ์สะท้อนขวัญ และการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ณ สถาบันธัญญารักษ์ ในส่วนของเพศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มักจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในส่วนของข้อมูลทั่วไปอื่นๆ มีความคล้ายคลึงและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีสถานภาพโสด มีอายุในช่วงระหว่าง 21-30 ปี

เมื่อประเมินต้นทุนและผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า การบำบัดรักษาแบบพนักงการรักษาระยะสั้น (ไม่เกิน 30 วัน) ให้ผลลัพธ์ต่อการรักษา (ความสามารถในการหยุดสารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนหลังการบำบัดรักษาเสร็จสิ้น) ที่ดีกว่าการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ในการบำบัดรักษาในรูปแบบต่าง ๆ พบว่า ผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นขึ้นกับความถี่ในการรักษา หากผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษามีประสบการณ์เคยบำบัดมาก่อนหน้านี้แล้ว จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการบำบัดรักษามากยิ่งขึ้น ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาแบบระยะยาว ได้แก่ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัว และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามหากพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ในสมการ จะเห็นว่า ปัจจัยทั่วไปส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเพศ ศาสนา อายุ ระดับการศึกษา รวมไปถึงเศรษฐฐานะของครอบครัวผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนกลับไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดนานกว่า 3 เดือนของผู้เข้ารับการรักษาได้

หากพิจารณาต้นทุนของการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จะเห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อวัน การบำบัดรักษาแบบระยะสั้นมีต้นทุนต่อวันที่สูงกว่าการ

บำบัดรักษาในระยะยาว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่า การบำบัดรักษาในระยะยาวก่อให้เกิดการประหยัดต่อขนาด (Economy of Scale) มากกว่าการบำบัดรักษาในระยะสั้น แต่อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาในมิติของประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาแล้ว พบว่า การบำบัดรักษาแบบระยะสั้นมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาแบบระยะยาว กล่าวคือ ใช้ต้นทุนต่อครั้งในการรักษาน้อยกว่าแต่ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการรักษาแบบระยะยาว ดังนั้นแล้ว การบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดแบบเมทแอมเฟตามีนแบบระยะสั้นแต่บ่อยครั้ง จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้บำบัดรักษามากที่สุด

หากพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นกับแบบระยะยาว พบว่า การบำบัดรักษาแบบระยะสั้นให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา) ที่ร้อยละ 16.1 ในขณะที่การบำบัดรักษาแบบระยะยาวให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่ร้อยละ 8.3 ซึ่งรูปแบบการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นที่พบว่าสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดสารได้นั้น น่าจะเป็นเพราะว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในระดับที่รุนแรงน้อยกว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบระยะยาว ซึ่งทำให้มีโอกาสมากกว่าที่จะสามารถหยุดการใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษา

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดโดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานเกินกว่า 3 เดือน ได้แก่ ระดับการศึกษา ผลกระทบทางด้านการศึกษาและการงานจากการใช้สารเสพติด และจำนวนวันที่เข้ารับการบำบัดรักษาเฉลี่ยมากกว่า 30 วัน

สำหรับด้านระดับการศึกษานี้มีความสัมพันธ์กัน การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการไม่ติดสารเสพติดของผู้เข้ารับบำบัดการติดสารเสพติด (Cohen, et al., 1982)(36) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่าสาเหตุที่การศึกษามีความสัมพันธ์ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดรักษา อาจเนื่องจากผู้ได้รับการบำบัดยาเสพติดที่มีการศึกษาสูงขึ้นสามารถประมวลความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการบำบัดรักษาได้ดีกว่าผู้ติดยาเสพติดที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ

ส่วนการได้รับผลกระทบทางด้านการเรียนและการงานจากการใช้สารเสพติดที่พบว่าสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษาบำบัดนั้นอาจเนื่องจากผู้เข้ารับการรักษาได้ตระหนักถึงโทษของการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ว่า มูลเหตุจูงใจสำคัญในการเลิกเสพยาเสพติดของผู้ติดสารเสพติด คือ ความตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากการใช้ยาเสพติด และการได้รับความทุกข์ทรมานจากการเสพยาเสพติด (จินตนา เขี่ยมชัยภูมิ, 2548)(35)

กล่าวสรุปคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานเกินกว่า 3 เดือน ได้แก่ ระดับการศึกษา ผลกระทบทางด้านการเรียนและการงานจากการใช้สารเสพติด และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ยมากกว่า 30 วัน โดยผลที่ได้สามารถนำไปเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการวางแผนการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดของประเทศได้

ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า การบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนแบบระยะสั้นให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา (ความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา) ที่ดีกว่าการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งจากการคำนวณอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล พบว่าการบำบัดรักษาแบบระยะสั้นมีประสิทธิภาพมากกว่าหรือใช้ต้นทุนที่ต่ำกว่าต่อผลลัพธ์ในการรักษา 1 หน่วย เมื่อเปรียบเทียบกับกรบำบัดรักษาแบบระยะยาว ดังนั้นนโยบายที่กำหนดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด รวมทั้งหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด ควรมุ่งเน้นนโยบายในการบำบัดรักษาสารเสพติดแบบระยะสั้นมากกว่าระยะยาว เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทยที่ดีขึ้น และยังช่วยลดต้นทุนในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแต่ละปีเป็นจำนวนมาก

2. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา โดยผู้ติดสารเสพติดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกิน 3 เดือน อาจเนื่องจากผู้ได้รับการ

บำบัดยาเสพติดที่มีการศึกษาสูงขึ้นสามารถประมวลความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการบำบัดรักษาได้ดีกว่าผู้ติดยาเสพติดที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย ดังนั้นหากสถาบัน โรงพยาบาล หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จะมีการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาหลักสูตรในการบำบัดรักษา จึงควรปรับเปลี่ยนหลักสูตรให้สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดทุกระดับการศึกษา เพื่อให้ผลลัพธ์ในการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอให้ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาหลักสูตรการบำบัดรักษาให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด 2 กลุ่มเป็นอันดับแรก คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่มีแนวโน้มความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือน และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดมากที่สุด ดังนั้นจึงควรออกแบบหลักสูตรเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

3. จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับผลกระทบทางด้านการเรียนและการทำงานจากการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดนั้นอาจเนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ตระหนักถึงโทษของการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดหลังได้รับการบำบัดรักษาสารเสพติด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาสารเสพติด ควรมุ่งเน้นการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจ และหาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด อาทิเช่น ครอบครัว การเป็นที่ยอมรับของสังคม และอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดดีขึ้น และอาจลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ซึ่งหากมีการทำวิจัยต่อยอดเพิ่มเติมในอนาคต ควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort or prospective study) โดยใช้ข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นคนเก็บขึ้นเอง (Primary data) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้อ้างอิงต้นทุนจากงานวิจัยอื่น ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลของผู้วิจัย หากมีการทำวิจัยต่อยอดเพิ่มเติมในอนาคต ควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของต้นทุนในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดทั้งสถาบันธัญญารักษ์และศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและมองเห็นต้นทุนของการบำบัดรักษาในภาพรวมมากยิ่งขึ้น

3. ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งปัจจัยด้านระดับการศึกษา และปัจจัยด้านการได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด เป็นปัจจัยที่มีความน่าสนใจในการทำวิจัยเพื่อต่อยอดเพิ่มเติมในอนาคต ทั้งนี้ในส่วนของปัจจัยด้านระดับการศึกษา ควรศึกษาต่อเกี่ยวกับความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกิน 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ติดสารเสพติดที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน เพื่อหาผลลัพธ์ต่อการบำบัดรักษาสารเสพติด โดยเปรียบเทียบกับความรู้และความเข้าใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา และในส่วนของปัจจัยด้านการได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด ควรศึกษาต่อเกี่ยวกับแรงจูงใจต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด หรือมีปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดได้นานเกินกว่า 3 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้งได้อย่างละเอียด และมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

4. การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาภาวะติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งหากมีการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาต่อในส่วนรายละเอียดและขั้นตอนของการบำบัดรักษาสารเสพติดทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างการบำบัดรักษาสารเสพติดของทั้ง 2 แบบ รวมถึงผลลัพธ์ต่อความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้นานกว่า 3 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ที่ติดสารเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์เท่านั้น จึงใช้อธิบายเฉพาะผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษที่สถาบันธัญญารักษ์เท่านั้น
2. ข้อมูลที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ติดสารเสพติดตามแบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง (Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA) ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงตามการให้สัมภาษณ์ของผู้ติดสารเสพติดที่เข้าร่วมงานวิจัย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง เนื่องจากได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้วิจัยจึงต้องศึกษาข้อมูลและรูปแบบการใช้ข้อมูลอย่างละเอียดถี่ถ้วน
3. ข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถสะท้อนเศรษฐฐานะของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาว จึงใช้อธิบายเฉพาะเศรษฐฐานะของครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษาสารเสพติดได้เท่านั้น

บรรณานุกรม

1. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 3/2561 เรื่อง แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561. In: กระทรวงยุติธรรม, editor. กรุงเทพมหานคร2561.
2. หลักสูตรค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด [Internet]. 2559. Available from: http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/d_waritchaphum/common_form_upload_file/20160518105053_458442761.pdf.
3. วิษณุ ถก ป.ป.ส. เร่งแผนป้องกันยาเสพติด แก้เคอิดร้อนประชาชน [Internet]. 2560. Available from: <https://www.thairath.co.th/content/1085267>.
4. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560 [Internet]. 2560. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER051/GENERAL/DATA0000/00000611.PDF>.
5. งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 [Internet]. 2562. Available from: <http://budget.parliament.go.th/bbebook62/FILEROOM/CABILIBRARY62/DRAWER01/GENERAL/DATA0000/00000501.PDF>.
6. วิจิตร เพิ่มพูนทรัพย์. การบัญชีทรัพย์สิน. กรุงเทพฯ: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสยาม; 2540.
7. นาวิน แพทยานันท์. การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการรับการรักษาผู้ติดยาเสพติด ณ สถาบันธัญญารักษ์: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
8. ประพันธ์ เสวตนันท์, ไพศาล เล็กอุทัย. หลักเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
9. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, วลัยพร พัทธนฤมล. เอกสารสอนชุดวิชา หลักเศรษฐศาสตร์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 9 – 15. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช; 2545.
10. รัตนา สายคณิต. เศรษฐศาสตร์เพื่อการจัดการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
11. กัญญา นวลแข. ต้นทุน:แนวคิด:การประยุกต์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. G. K. Health economic: an introduction to economic evaluation. 2nd edition ed. London: Office of Health Economic; 2002.
13. วาทีนี สุขมาก, จารี ทองคำ. ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์แห่งประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(4):421-32.
14. ดร.ภรณ์ เดชพลมัตย์. การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของเทศบาล 527 แห่ง โดยเทคนิค Data Envelopment Analysis (DEA): มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.

15. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. เศรษฐศาสตร์สุขภาพสำหรับการจัดบริการสุขภาพ. สงขลา: ชานเมือง การเมือง; 2554.
16. Drummond NF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Method for the economic evaluation of health care programmes. 3rd edition ed. New York Oxford University Press; 2005.
17. Manca A, Hawkins N, Sculpher JM. Health economics, 2005 Estimating mean QALYs in trial-based cost-effectiveness analysis: the importance of controlling for baseline utility. Health Economics 2005;14(5):87-97.
18. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2546.
19. วรัญญา แซ่ฮ้อ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของการฉีดสิวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดง โรงพยาบาลศิริราช: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
20. สมจิตร สันติวรณารถ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีโอ. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
21. แพรพรรณ ภูริบัญชา, บุญทานกร พรมภักดี, พิสมัย สุระกาญจน์. การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยวิธีปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2555;19(2):11-6.
22. Sritipsukho P. Cost-Effectiveness Analysis of Home Rehabilitation Programs for Thai Stroke Patients. J Med Assoc Thai 2010;93(7):262-70.
23. ทวีพร วิสุทธิมรรค. เกสัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์; 2548.
24. วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ต้นอ้อ แกรมมี่; 2539.
25. อุดม ดุจศรีวัชร. ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: อักษราพิพัฒน์; 2539.
26. กรชัย ฉันทจิรธรรม. ยาเสพติด (Narcotic drug) หามอ.
27. ปกรณ์ ศิริยงค์. ระบาดวิทยาของการติดยาและสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ 2544. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์; 2544.
28. กัญญา ภูระหงษ์ และคณะ. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model): มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
29. กรมคุมประพฤติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). In: กระทรวงยุติธรรม, editor. กรุงเทพมหานคร 2562.
30. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่

(FAST Model). In: กระทรวงสาธารณสุข, editor. กรุงเทพมหานคร2562.

31. ศูนย์สุขภาพจิต กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์. คู่มือหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติดและผู้ค้ารายย่อยในเรือนจำ/ทัณฑสถาน (พิมพ์ครั้งที่ 1). In: กรมราชทัณฑ์, editor. กรุงเทพมหานคร2561.

32. Kalayasiri R, Verachai V, Gelemeter J, Mutirangura A, Malison RT. Clinical features of methamphetamine-induced paranoia and preliminary genetic association with DBH – 1021C → T in a Thai treatment cohort. *Addiction*. 2014;109(6):965-76.

33. ธิโสภิญ ทองไทย. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการใช้สิ่งเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน*. 2557;3(4).

34. กัณณิกา สิทธิพงษ์. แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน*. 2560;5(2):217-39.

35. จินตนา เขียมชัยภูมิ. การศึกษากรณีผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.

36. Cohen GH GP, Wiltz GM. Stereotyping as Negative Factor in Substance Abuse Treatment. *International Journal of the Addictions*. 1982;17(2):371-6.

ภาคผนวก

แบบประเมินกึ่งโครงสร้างของภาวะติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง
(Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version 2.0, SSADDA)

ส่วนที่ 1

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ผู้วิจัยเลือกใช้ในหมวด A

A1	จากการสังเกต จรรยาบรรณของผู้ตอบแบบสอบถาม	ชาย <input type="checkbox"/>	หญิง <input type="checkbox"/>
A4	ปัจจุบันคุณอายุเท่าไร	อายุ <input type="text"/>	
A9	กรุณาระบุสถานภาพสมรสปัจจุบัน (อ่านตัวเลือก) เมื่อการสมรสเป็น โฉมะตามเหตุแห่งศาสนาให้ใส่รหัสเดียวกับกรณีหย่า เมื่อการสมรสเป็น โฉมะตามกฎหมายให้ใส่รหัสเดียวกับไม่เคยสมรส	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ปี พ.ศ. ที่เป็นหน่วย)	1. สมรส <input type="checkbox"/> 2. หย่า <input type="checkbox"/> 3. แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยสมรส <input type="checkbox"/>

A15	กรุณาระบุระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของคุณ	รหัสระดับการศึกษา <input type="text"/>
รหัสเทียบเกรด (00-17) โรงเรียนเทคนิคหรือวิทยาลัยหลักสูตร 1 ปี 13 วิทยาลัยหลักสูตร 2 ปี 14 วิทยาลัยหลักสูตร 3 ปี 15 ปริญญาตรีหรือวิทยาลัยหลักสูตร 4 ปี 16 ปริญญาโทหรือปริญญาเอกหรือเทียบเท่า 17		ถ้าเท่ากับ 12 หรือน้อยกว่า ให้ถามข้อ A นอกเหนือจากนั้นให้ข้ามไปข้อ C
A. คุณได้รับประกาศนียบัตรเมื่อสำเร็จการศึกษาระดับม.ปลายหรือสายวิชาชีพเทียบเท่าม.ปลายใช่หรือไม่		ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่(ข้ามไปข้อ C) <input type="checkbox"/>
B. คุณสอบเทียบผ่านระดับมัธยมศึกษาตอนปลายใช่หรือไม่		ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/>

การใส่รหัส: ถ้า > 100 ให้ใส่รหัส 98 หรือ 998; ถ้าไม่ทราบ ให้ใส่รหัส 99 หรือ 999

- C. คุณสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรจากสถาบันสุดท้ายที่เข้าเรียนใช่หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- D. กรุณาระบุปีที่สำเร็จการศึกษาแต่ละระดับ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปี พ.ศ.
สอบเทียบผ่านระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปี พ.ศ.
ระดับวิทยาลัย ปี พ.ศ.
ระดับมหาวิทยาลัย ปี พ.ศ.
อื่นๆ ปี พ.ศ.
- E. คุณกำลังเรียนในหลักสูตรที่คาดว่าจะได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรอื่นๆใช่หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

- A17 ปัจจุบันคุณมีงานที่ได้รับค่าตอบแทนใช่หรือไม่ ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ B) ใช่
- A. งานที่คุณทำเป็นงานหลักที่ทำเต็มเวลาใช่หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- B. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวคุณอยู่ในช่วงใดต่อไปนี้ (นับเฉพาะรายได้ตนเอง และจะรวมรายได้ผู้อื่นในครอบครัวเฉพาะผู้ที่คนไปพึ่งพิงเท่านั้น) รหัส
- ยื่นเอกสาร A3 ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม**
- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----|
| 0-250 บาท/สัปดาห์..... | 0-1,000 บาท/เดือน..... | 0-12,000 บาท/ ปี..... | 01 |
| 251- 625 บาท/สัปดาห์..... | 1,001 - 2,500 บาท/เดือน..... | 12,001-30,000 บาท/ ปี..... | 02 |
| 626-1,250 บาท/สัปดาห์..... | 2,501- 5,000 บาท/เดือน..... | 30,001-60,000 บาท/ ปี..... | 03 |
| 1,251-1,875 บาท/สัปดาห์..... | 5,001-7,500 บาท/เดือน..... | 60,001 - 90,000 บาท/ ปี..... | 04 |
| 1,876 - 2,500 บาท/สัปดาห์..... | 7,501 -10,000 บาท/เดือน..... | 90,001- 120,000 บาท/ ปี..... | 05 |
| 2,501 - 3,750 บาท/สัปดาห์..... | 10,001- 15,000 บาท/เดือน..... | 120,001- 180,000 บาท/ ปี..... | 06 |
| 3,751- 5,000 บาท/สัปดาห์..... | 15,000 - 20,000 บาท/เดือน..... | 180,001-240,000 บาท/ ปี..... | 07 |
| 5,001 -7,000 บาท/สัปดาห์..... | 20,000 -30,000 บาท/เดือน..... | 240,001- 360,000 บาท/ ปี..... | 08 |
| มากกว่า 7,000 บาท/สัปดาห์..... | มากกว่า 30,000 บาท/เดือน..... | มากกว่า 360,000 บาท/ ปี..... | 09 |

ส่วนที่ 2
ประวัติทางการแพทย์ ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด B

- B9 คุณเคยเข้ารักษา (แบบผู้ป่วยใน) ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือแผนกจิตเวช หรือเข้ารับการรักษาตามโปรแกรมสำหรับบำบัดผู้ป่วยที่คิดสารเสพติดแบบผู้ป่วยในเป็นจำนวนกี่ครั้ง ครั้ง
- (นับรวมการบำบัดในค่ายทหาร วัด หรือสถานบำบัดฟื้นฟูอื่นๆ ในระบบบังคับบำบัด โดยไม่นับการติดคุกในเรือนจำ)
- ถ้าไม่เคย ให้ข้ามไปข้อ B10**
- A. คุณเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกเมื่อไร / ปี พ.ศ.
- เดือน ปี พ.ศ.

ระบุรหัสตามสาเหตุที่เข้ารับการรักษาดังต่อไปนี้ :

1 = โรคทางจิตเวช (ไม่นับการติดสุรา/สารเสพติด)

2 = อาการติดสุรา/สารเสพติด

3 = โรคทางจิตเวชร่วมกับภาวะติดสุรา/สารเสพติด

กรุณานำออกรายละเอียดของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง เริ่มจากครั้งล่าสุด:

ปี พ.ศ.	ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล (วัน)	สาเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาล	รหัสสาเหตุ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ส่วนที่ 3
ข้อมูลการใช้สารเสพติด ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด F

F23 ตั้งแต่อายุ (Onset) มีบางช่วงที่คุณไม่ได้เสพยาเลยนาน อย่างน้อย 3 เดือน ใช่หรือไม่ ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ F24)

A. กรุณาระบุช่วงเวลาดังกล่าว **ถ้ามีมากกว่า 4 ครั้ง ให้ระบุ 4 ครั้ง ที่นานที่สุด**

จาก <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.	ถึง <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.
จาก <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.	ถึง <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.
จาก <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.	ถึง <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.
จาก <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.	ถึง <input type="text"/> เดือน / <input type="text"/> ปี พ.ศ.

ส่วนที่ 4
โรคทางจิตเวช ผู้วิจัยเลือกใช้หมวด J K L M N O P Q R S และ T
โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-4

Major Depressive Episode – I, OR II

I: A, B, C, and D

A) [Criterion A: 5+ symptoms for duration of at least 2 weeks] (J19E>1)

B) [Criterion C: clinically significant distress or impairment] Box J33=Incapacitated or Impaired or J28=5

C) [Criterion D: substance and GMC exclusion] J23 =1 and J25 =1 and J21B=1 and [J21B =J22A=1]

D) [Criterion E: bereavement conditions] If J24=5, then at least one of the following things must be true: (J19E>8) or (Box J33 =incapacitated) or (X_J12Clstr=5) or (J16A=5) or (J16B=5) or (J20B=1 or (X_J8AClstr=5)

II: A and B

A) [Criterion A: 5+ symptoms for duration of at least 2 weeks] J34C>1

B) [Criterion C: clinically significant distress or impairment] J34E=5 or J34F=5

Manic Episode – I or II

I: A, B, C, D, and E

A) [Criterion A: change of mood for a week or more or requiring hospitalization] (K16A>=7) or (K22=5)

B) [Criterion B: significant persistent symptoms] 3 or more of the following conditions must be met (or if K1A=1 and K1B=5, then 4 of the following conditions must be met):

a. [Criterion B1: inflated self-esteem or grandiosity] K12 = 5

b. [Criterion B2: decreased need for sleep] K13 = 5

c. [Criterion B3: more talkative than usual or pressure to talk] K10 = 5

d. [Criterion B4: flight of ideas or thoughts racing] K11 = 5

e. [Criterion B5: distractibility] K14 = 5

f. [Criterion B6: Increase in goal-directed activity] K9= 5

g. [Criterion B7: excessive involvement in pleasurable activities] K15 = 5 or K15A=5 or K15B=5

C) [Criterion C: does not meet criteria for mixed episode] [K28.1 does not = 5] and [K28.2 does not = 5]

D) [Criterion D: marked impairment, hospitalization, psychotic features] (Box K24 = "Incapacitated" or "Impaired" or "Improved") or K22=5 or K18B=1 or K17A=5 or K19=5 or K17=5

E) [Criterion E: substance and GMC exclusions] Box K8 = "Clean"

II: A, B, C, and D (E is taken care of in K25)

A) [Criterion A: change of mood for a week or more or requiring hospitalization] K25D >=7 or

K25F_Hospitalized = 5

- B) [Criterion B: significant persistent symptoms] 3 or more of the following conditions must be met (or if K1A=1 and K1B=5, then 4 of the following conditions must be met):
1. [Criterion B1: inflated self-esteem or grandiosity] K25B4 = 5
 2. [Criterion B2: decreased need for sleep] K25B5=5
 3. [Criterion B3: more talkative than usual or pressure to talk] K25B2=5
 4. [Criterion B4: flight of ideas or thoughts racing] K25B3=5
 5. [Criterion B5: distractibility] K25B6=5
 6. [Criterion B6: Increase in goal-directed activity] K25B1=5
 7. [Criterion B7: excessive involvement in pleasurable activities] K25B7=5
- C) [Criterion C: does not meet criteria for mixed episode] K28.1 does not = 5 and K28.2 does not = 5
- D) [Criterion D: marked impairment, hospitalization, psychotic features] K25E=5 or K25F=5

Hypomanic Episode – (I or II) and Criteria for “Manic Episode” are not met

I: A, B, C, D, E, and F

- A) [Criterion A: duration of at least 4 days] K16A>3 or K31B>3
- B) [Criterion B: significant persistent symptoms] 3 or more of the following conditions must be met (or if K1A=1 and K1B=5, then 4 of the following conditions must be met):
1. [Criterion B1: inflated self-esteem or grandiosity] K12 = 5
 2. [Criterion B2: decreased need for sleep] K13 = 5
 3. [Criterion B3: more talkative than usual or pressure to talk] K10 = 5
 4. [Criterion B4: flight of ideas or thoughts racing] K11 = 5
 5. [Criterion B5: distractibility] K14 = 5
 6. [Criterion B6: Increase in goal-directed activity] K9= 5
 7. [Criterion B7: excessive involvement in pleasurable activities] K15 = 5 or K15A=5 or K15B=5
- C) [Criterion C: marked change in functioning] K24=5
- D) [Criterion D: changes are observable by others] K24B=5
- E) [Criterion E: lack of severity of sx] Box K24 = “Neither” and K22=1 and K18B=1 and K19=1 and K17A=1
- F) [Criterion F: substance and GMC exclusions] Box K8 = “Clean”

II: A, B, C, and D

- A) [Criterion A: duration of at least 4 days] K25D>3

- B) [Criterion B: significant persistent symptoms] 3 or more of the following conditions must be met (or if K1A=1 and K1B=5, then 4 of the following conditions must be met):
1. [Criterion B1: inflated self-esteem or grandiosity] K25B4 = 5
 2. [Criterion B2: decreased need for sleep] K25B5=5
 3. [Criterion B3: more talkative than usual or pressure to talk] K25B2=5
 4. [Criterion B4: flight of ideas or thoughts racing] K25B3=5
 5. [Criterion B5: distractibility] K25B6=5
 6. [Criterion B6: Increase in goal-directed activity] K25B1=5
 7. [Criterion B7: excessive involvement in pleasurable activities] K25B7=5
- C) [Criterion C: marked change in functioning] K25E=5
- E) [Criterion E: lack of severity of sx] K25F=1

Mixed Episode - A

- A) [Criterion A: all criteria except duration for a manic episode and a major depressive episode are met during a one week period] K28A>0

Major Depressive Disorder – A, B, and C

- A) [Criterion A: presence of MDE] Criteria for “Major Depressive Episode” met
- B) [Criterion B: not better accounted for by another disorder] Criteria for “Schizophrenia” not met
- C) [Criterion C: mania/hypomania exclusion] (Criteria for “Manic Episode” not met) and (Criteria for “Hypomanic Episode” not met) and (Criteria for “Mixed Episode” not met)

Dysthymic Disorder - A, B, C, D, E, and F

- A) [Criterion A: depressed mood most of day for 2 years] (J4=5) AND (J3B>=104)
- B) [Criterion B: presence while depressed of 2 or more problems] At least two of the following are true:
1. [Criterion B1: poor appetite or overeating] (J5A=5)
 2. [Criterion B2: insomnia or hypersomnia] [J6B=5] or [J6C=5] or [J6E=5] or [J6F =5]
 3. [Criterion B3: low energy or fatigue] J10=5
 4. [Criterion B4: low self-esteem] [J11=5] or [J12=5]
 5. [Criterion B5: poor concentration or difficulty making decisions] J14=5
 6. [Criterion B6: feelings of hopelessness] [J16=5] or [J16A=5] or [J16B=5]
- C) [Criterion D: MDE Exclusion] Criteria for Major Depressive Episode not met

- D) [Criterion E: Mania/hypomania/mixed/(cyclothymic exclusions)] (Criteria for “Manic Episode” not met) and (Criteria for “Hypomanic Episode” not met) and (Criteria for “Mixed Episode” not met) and K29 = 1
- E) [Criterion F: other disorder exclusion] Criteria for “Schizophrenia” are not met
- F) [Criterion G: substance and GMC exclusions] J23 =1 and J25 =1 and J21B=1 and J22A=1
- G) [Criterion H: clinically significant distress or impairment] (J28 = 5 (saw a doctor)) or (Box J33 = “incapacitated” or “impaired”)

Bipolar I Disorder – A and B

- A) [Criterion for Manic Episode] Criteria for “Manic Episode” met
- B) [Criterion for other disorder exclusion] criteria for “Schizophrenia” not met

Bipolar II Disorder – A, and B

- A) [Criterion A: history of MDE] Criteria for “Major Depressive Episode” are met.
- B) [Criterion B: history of hypomania] Criteria for “Hypomanic Episode” are met.

Schizophrenia – A, B, C, D, and E

- A) [Criterion A: characteristic symptoms and A.Note: bizarre delusions, commentary, or conversing voices] L1D=5 or L1F=5 or L13_EdClinCd=2 (bizarre) OR two of the following 5 conditions must be met
- 1) [A1: delusions] L5=5 or L6=5 or L7=5 or L8=5 or L9=5 or L9A=5 or L9B=5 or L10=5 or L11=5 or L12=5
 - 2) [A2: hallucinations] L1G=5 or L2=5 or L3=5 or L4=5
 - 3) [A3: disorganized speech] BOX L17D=5 (incoherence) or BOX L17E=5 (loosening of assoc)
 - 4) [A4: catatonic/disorganized behavior] BOX L17A=5 (catatonic) or BOX L17C=5 (innap affect)
 - 5) [A5: negative symptoms] BOX L17B=5 (flat) or BOX L17F=5 (emot turn)
- B) [Criterion B: social/occupational dysfunction] L14A=5
- C) [Criterion C: duration] L14=5
- D) [Criterion D: mood disorder exclusion] L16 does not = 5

E) [Criterion E: substance exclusion] L18B1 does NOT equal “always” and L18B2 does NOT equal “always”

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) – A, B, and C (note Criterion A covered by skip-out and Criterion E (other disorder) not covered)

A) [Criterion B: duration] M11A \geq 3 and M11A $<$ 7

B) [Criterion C: impairment in two or more settings] M11C=5

C) [Criterion D: clinically significant impairment] At least two of the following four things are true:

1) M12.1=5 or M12.2=5 (home)

2) M12.3=5 (social)

3) M12.4=5 or M12.5=5 (school)

4) M12.6=5 (other)

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) – A and B (note criteria A-D covered by skip-outs)

A) [Criterion E: duration] O21=5 or 6

B) [Criterion F: impairment] O21D=5 or O23=5

If O24A=5, specify “PTSD with Clustering at Onset.”

If O24B=5, specify “PTSD with Heavy Use at Onset.”

Generalized Anxiety Disorder – A, B, and C

A) [Criterion E: clinically significant distress] P4=5

B) [Criterion F: caffeine exclusion] ((If A1=male, then P3A $<$ 8) or (If A1=female, then P3A $<$ 6)) and P3B=1

C) [Criterion F: substance exclusion] P3C=1

If P8A=5, specify “GAD with Clustering at Onset.”

If P8B=5, specify “GAD with Heavy Use at Onset.”

Obsessive-Compulsive Disorder

Either Group I or Group II is true:

Group I [obsessions] A, B, and C

A) [Criterion C: significant interference] Q7=5 or Q7A=5

B) [Criterion D: not limited to another Axis I disorder] Q5=1 (depression)

C) [Criterion E: not due to drug use] Q6=1

Group II [compulsions] A, B, C, D, E, and F

- A) [Criterion A1: repetitive behaviors] Q9B=5
 - B) [Criterion A2: aimed at preventing negative event or reducing distress] (Q9A=5) or (Q10=5)
 - C) [Criterion B: realized excessive or unreasonable] Q11=5
 - D) [Criterion C: interference] Q15=5 or Q15A=5
 - E) [Criterion D: not restricted to axis I disorder] Q12=1 and Q13=1
 - F) [Criterion E: not due to drug use] Q14=1
- If Q17A=5, specify "OCD with Clustering at Onset."
If Q17B=5, specify "OCD with Heavy Use at Onset."

Social Phobia: Specific and Generalized A, B, and C

- A) [Criterion E: significant interference] (R4=5) or (R4A=5)
 - B) [Criterion F: duration] If A4<18, then R6 must ≥ 6
 - C) [H: GMC/other disorder exclusions] (R1A = 1) and (R9A does not =5) and (R9B does not = 5)
- If R10A=5, specify "Social Phobia with Clustering at Onset."
If R10B=5, specify "Social Phobia with Heavy Use at Onset."
If R5=5, specify "generalized"
If R5=1, specify "specific"

Panic Disorder – A, B, and C,

- A) [Criterion A1: panic attacks] T1=5 and T6 =5
 - B) At least one of the following 3 conditions must be met
 1. [Criterion A2a: persistent concern] T3 = 5
 2. [Criterion A2b: worry about implications] T3A1 = 5
 3. [Criterion A2c: significant change in behavior] T3B1 = 5 or T3C1 = 5
 - C) [Criterion D: not related to other mental disorder] T7D=5
- If T12A=5, specify "PD with Clustering at Onset."
If T12B=5, specify "PD with Heavy Use at Onset."

Agoraphobia – A, B, and C

- A) [Criterion A: agoraphobic fears] S2C=5
- B) [Criterion B: situations avoided, endured with distress, or needs companion] (S4=5) or (S4A=5) or (S4B=5) or (S4C=5)
- C) [Criterion C: not better explained by another disorder] S2D=1

Agoraphobia without history of Panic disorder – A, and B

A) [Criterion A: presence of Agoraphobia with fear of developing panic-like symptoms]

Criteria for “Agoraphobia” are met AND S3B=5

B) [Criterion B: criteria not met for panic Disorder] Criteria for “Panic Disorder” are not met

If S7A=5, specify “Agoraphobia with Clustering at Onset.”

If S7B=5, specify “Agoraphobia with Heavy Use at Onset.”



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นาย พุทธิพงษ์ ประสาทพรศิริโชค
วัน เดือน ปี เกิด	16 พฤษภาคม 2533
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2562 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2554 ปริญญาเศรษฐศาสตรบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	599/103 โครงการศุภาลัย ลอพท์ ตลาดพลู ชั้น 7 ห้อง 712 ถนนรัชดาภิเษก แขวงบुकคโโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร 081-2525610 Email: prputtipong@gmail.com



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY