

ความรุนแรงของการติดเชื้อเอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันชัญญารักษ์ที่เคยได้รับการ
บำบัดการติดเชื้อเสพติด



นางสาว วรัญญา จิตรส่อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

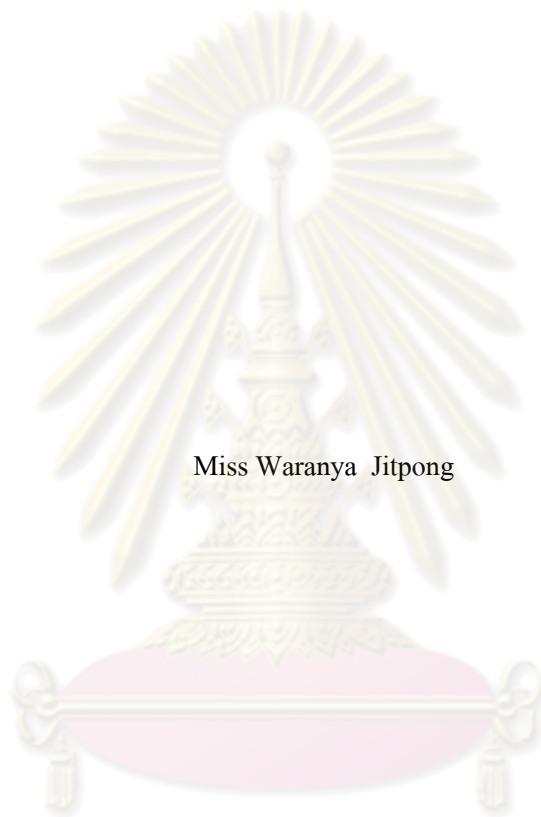
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SEVERITY OF RELAPSE TO METHAMPHETAMINE DEPENDENCE IN PATIENTS WITH
HISTORY OF SUBSTANCE-DEPENDENCY TREATMENT AT THE INPATIENT
DEPARTMENT, THANYARAK INSTITUTE ON DRUG ABUSE



Miss Waranya Jitpong

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความรุนแรงของการติดเชื้อเมแทบอลิซึมของ
ผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ ที่เคยได้รับการบำบัด
การติดเชื้อเสพติด

โดย

นางสาว วรัญญา จิตรส่อง


สาขาวิชา

สุขภาพจิต

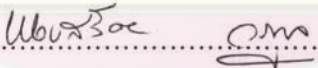
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมน กัลยาศิริ


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อดิสร ภัทราคูสัย)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมน กัลยาศิริ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ปราการ ถมยางกูร)

วรัญญา จิตรผ่อง: ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ฅ
 สถาบันธัญญารักษ์ ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด (SEVERITY OF
 RELAPSE TO METHAMPHETAMINE DEPENDENCE IN PATIENTS WITH
 HISTORY OF SUBSTANCE-DEPENDENCY TREATMENT AT THE
 INPATIENT DEPARTMENT, THANYARAK INSTITUTE ON DRUG ABUSE)
 อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.พญ.รัสมน กัลยาศิริ. 96 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความรุนแรงของการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนหรือ
 ยาบ้าซ้ำ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยทำการศึกษา
 จากผู้เข้ารับการบำบัดการเสพติดแบบผู้ป่วยใน ฅ สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 250 คน โดยมี
 แบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรุนแรงในการติดสาร
 เสพติด (Severity of Dependence Scale หรือ SDS) ฉบับภาษาไทย 3) แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทาง
 จิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview - lifetime (M.I.N.I - lifetime) ฉบับภาษาไทย ทำการ
 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพติดซ้ำกับ ข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยทางจิตเวชและ
 สารเสพติด ประวัติการบำบัดรักษาการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีน และตัวแปรด้านครอบครัวและสังคม โดยใช้
 การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ logistic regression ด้วยวิธี backward likelihood ratio

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงในการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำจากแบบสอบถาม SDS
 ของผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่รุนแรง จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 จาก
 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน การวิเคราะห์เบื้องต้นพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการเสพติดซ้ำ
 ได้แก่ สถานภาพสมรส ศาสนา ภาวะแมนิก (manic episode) บุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial
 personality disorder) วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุด ปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจก่อนเข้ารับการรักษา
 บุคคลที่ใช้เวลาอยู่ด้วยเป็นส่วนใหญ่ การมีปัญหาคอรัวและความสัมพันธ์กับบิดา การเคยติดสารเสพติด
 ประเภท แอลกอฮอล์ กัญชา และสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงการใช้สารเสพติดดังกล่าวในทางที่ผิด สำหรับ
 รูปแบบในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยพบว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดในครั้งปัจจุบัน
 กลับมีระดับความรุนแรงในการกลับมาเสพติดซ้ำในระดับที่ไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้เข้ารับการรักษาโดยสมัคร
 ใจ โดยพบว่าวิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุดของผู้ที่มีความรุนแรงในการเสพติดซ้ำ คือการเข้าบำบัดที่
 โรงพยาบาล เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ มา
 ควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ด้วยวิธี backward likelihood ratio พบว่า ปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรส
 หม้าย หย่า แยกกันอยู่ สถานภาพสมรสโสด ปัจจัยในเรื่องของการเข้ารับการรักษาโดยสมัครใจ(ครั้งปัจจุบัน) และ
 การเคยติดสารเสพติดอื่นๆ มาก่อนมีโอกาสน้อยกว่าที่จะมีการใช้สารเสพติดซ้ำในระดับที่รุนแรง

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา.....2552.....

5174859530 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : METHAMPHETAMINE / DEPENDENCE / RELAPSE / TREATMENT / THANYARAK INSTITUTE

WARANYA JITPONG : SEVERITY OF RELAPSE TO METHAMPHETAMINE DEPENDENCE IN PATIENTS WITH HISTORY OF SUBSTANCE-DEPENDENCY TREATMENT AT THE INPATIENT DEPARTMENT, THANYARAK INSTITUTE ON DRUG ABUSE. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. RASMON KALAYASIRI, M.D., 96 pp.

Data from 250 individuals hospitalized for methamphetamine (MA) use treatment at Thanyarak Institute for Drug Abuse was collected by using 4 sets of questionnaires including 1) General Background Questionnaire 2) Severity of Dependence Scale (SDS) Thai version 3) Mini International Neuropsychiatric Interview - lifetime (M.I.N.I - lifetime) Thai version. Demographic, diagnosis, MA dependence treatment, and family and social variables were assessed for association with severity of MA relapse by using Chi-Squares statistics and Fisher's Exact Test and logistic regression, backward likelihood ratio.

Of 250 individuals, 153 (61.2%) were severely dependent on MA at relapse by SDS criteria. The factors associated severe MA relapse by initial analysis are marital status, religion, manic episode, antisocial personality disorder, having psychological problems before hospitalization, persons that one spent most of the time with, family problems, relationship with father, alcohol dependence, marijuana dependence and other substance dependence. However, MA users being forced legally for current rehabilitation had less severity of current MA dependence than those with voluntary admission. Individuals with severe MA dependence relapse were more likely to use hospitalization as method to successfully quit MA before current relapse. Being widow/divorced/separated, never married, receiving current MA treatment voluntarily, having other substance dependence are associated with severe MA relapse when analyzed by using backward logistic regression analysis.

Department : Psychiatry Student's Signature *Waranya Jitpong*
Field of Study : Mental Health Advisor's Signature *Rasmon Kalayasiri*
Academic Year : 2009

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะไม่สำเร็จลุล่วงได้ถ้าขาดความกรุณา เมตตา ความช่วยเหลือ และการได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ดังขอกล่าวต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่กรุณาเมตตาตลอดเวลาให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำ ให้ข้อคิดในการทำการศึกษ แก่ใจตรวจแก้บทความและวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงกำลังใจและความช่วยเหลือเมื่อประสบ ปัญหา

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ ปรากฏ ถมียงกูร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณพยาบาลทุกท่าน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันธัญญารักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ ดร.ณภัทรรต บัวทอง ที่กรุณาแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล และที่สำคัญยิ่งคือผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณคุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ วท.ม. สุขภาพจิตรุ่น 21 ทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ และมอบมิตรภาพที่ดียิ่งให้แก่กันและกัน

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ คุณแม่ ที่ท่านคอยให้กำลังใจเสมอมา

สุดท้ายแล้วขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีได้เอยนาม ที่ได้ให้แรงสนับสนุนในทุก เรื่องที่ผ่านมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความหมายของสารเสพติด.....	8

	หน้า
ประเภทของสารเสพติด.....	8
องค์ประกอบและสาเหตุการใช้สารเสพติด.....	9
แอมเฟตามีน.....	15
เกณฑ์การวินิจฉัย การติดสารเสพติด (Substance Dependence).....	16
การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545.....	17
การเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยสมัครใจในประเทศไทย.....	19
สถาบันราชัญญารักษ์.....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
ประชากร.....	23
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	27
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	29
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป.....	30
ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย.....	47
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอย.....	65

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	67
สรุปผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผลการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก.....	83
ข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย และ ใบบินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์.....	84
แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย.....	87
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	96

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษา.....	30
2	แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา..	33
3	แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา.....	39
4	แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เข้ารับการรักษา.....	42
5	แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการบำบัดรักษา.....	45
6	แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามความรุนแรงในการเสพซ้ำ.....	47
7	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับลักษณะส่วนบุคคล.....	48
8	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา.....	51
9	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา.....	55
10	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เข้ารับการรักษา.....	59
11	ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการบำบัดรักษา.....	62
12	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำด้วยสถิติ logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ด้วยวิธี backward likelihood ratio.....	65

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2	วงจรการกลับไปเสพยาเสพติด	13



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สารเสพติดเป็นสิ่งที่ปรากฏขึ้นในหน้าประวัติศาสตร์มาอย่างยาวนาน บ้างเชื่อว่าเกิดขึ้นตั้งแต่ 5,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช ในแถบเมโสโปเตเมียที่รู้จักการปลูกและใช้ฝิ่นเพื่อระงับอาการเจ็บปวดและความกลัดกลุ้ม ส่วนในประเทศไทยไม่ปรากฏหลักฐานแน่ชัดว่าเริ่มมีตั้งแต่เมื่อใด แต่ในช่วงอยุธยาสมัยของพระเจ้าอู่ทองได้มีการประกาศใช้กฎหมายลักษณะโจรที่ได้บัญญัติห้ามซื้อ ขาย เสพฝิ่น การเล็งเห็นถึงโทษของสารเสพติดโดยการแสดงออกด้วยการออกกฎหมายควบคุมและห้ามปรามมีมาอย่างต่อเนื่องทุกยุค แต่ก็ไม่สามารถขจัดสารเสพติดออกไปจากสังคมไทยได้ จนมีบางช่วงที่ให้การยอมรับการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะฝิ่นว่าเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย [1]

นับเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ปัญหาการเสพยาเสพติดยังคงส่งผลกระทบต่อประเทศชาติอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านของเศรษฐกิจ ความมั่นคง ความปลอดภัย จากสถิติของกรมราชทัณฑ์ ในปี 2549 มีจำนวนนักโทษเด็ดขาดทั่วประเทศ 112,684 คน ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติด และสารระเหย จำนวน 65,818 คน ในปี 2550 มีจำนวน 71,749 คน ในปี 2551 มีจำนวน 78,918 คน จากการสำรวจเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2552 มีจำนวนผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติยาเสพติด และสารระเหย แบบเด็ดขาด จำนวน 65,815 คน จากจำนวนนักโทษเด็ดขาดทั่วประเทศ 117,854 คน[2] จากตัวเลขสถิติจะพบว่าจำนวนของผู้กระทำความผิดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์สารเสพติดว่าเป็นปัญหาที่เรื้อรัง

จากการตระหนักถึงปัญหาสารเสพติดดังกล่าว ภาครัฐได้ออกมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญ หลายมาตรการ เช่น มาตรการตรวจสอบและยึดทรัพย์สินผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด มาตรการปราบปรามการฟอกเงิน มาตรการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดในสถานประกอบการ และมาตรการบังคับบำบัด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545[3] เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่ถูกหยิบยกมาใช้ พร้อมทั้งยังเป็นการป้องกันผู้เสพยาใหม่ที่จะเข้ามาในวงจร โดยสถิติของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ มี

จำนวนผู้เข้ารับการฟื้นฟูใหม่ ในปีงบประมาณ 2546 จำนวน 6,280 คน ปี 2547 จำนวน 17,982 คน ปี 2548 จำนวน 31,518 คน ปี 2549 จำนวน 42,433 คน ปี 2550 จำนวน 48,895 คน และในปี 2551 จำนวน 85,492 คน[4] ซึ่งปริมาณของผู้เข้ารับการฟื้นฟูเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยชนิดของสารเสพติดผิดกฎหมายที่ถูกใช้มากที่สุดคือ เมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า

นับตั้งแต่ที่นักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่นสามารถสังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีน จนเกิดเป็นเมทแอมเฟตามีน ขึ้นในปีค.ศ. 1888 และถูกนำมาใช้ในปี ค.ศ.1928 เพื่อเป็นยารักษาโรคหืด โดย Gordon A. Alles[5] เมทแอมเฟตามีนก็ได้รับความนิยมจากผู้บริโภคอย่างรวดเร็วและถูกนำไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ เนื่องจากเมื่อเสพแล้วทำให้ผู้เสพรู้สึกมีพลังกำลัง ไม่ง่วง ไม่เหนื่อย เป็นเหตุให้กลุ่มผู้ใช้แรงงาน นักเรียนนักศึกษา รวมถึงทหารในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 นิยมใช้เมทแอมเฟตามีนอย่างแพร่หลาย จนเกิดวัฒนธรรมของการเสพยา (speed culture) ในสหรัฐอเมริกา[6]

เมทแอมเฟตามีนได้เข้าสู่ประเทศไทย โดยเชื่อว่ามีแหล่งผลิตอยู่ตามบริเวณชายแดนไทย-พม่า-ลาว หรือบริเวณที่เรียกว่าสามเหลี่ยมทองคำ โดยการปรับพื้นที่ที่เคยปลูกฝิ่นมาสร้างโรงงานผลิตเมทแอมเฟตามีนแทน[7] เพื่อตอบสนองต่อความนิยมของผู้เสพ ซึ่งในประเทศไทยเกิดการแพร่ระบาดอย่างมากในปี พ.ศ.2539-2540 โดยขยายวงของผู้เสพจากกลุ่มผู้ใช้แรงงานออกไปยังกลุ่มนักเรียนนักศึกษา ผู้มีระดับการศึกษาสูง ผู้ที่มีอาชีพมีเกียรติในสังคม[8] จนรัฐบาลในสมัยนั้นต้องเปลี่ยนให้สารในกลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์เลื่อนระดับความรุนแรงเป็นสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 จากเดิมถูกจัดให้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2518[9] สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของเมทแอมเฟตามีนที่มีต่อสังคมโดยรวม

อย่างไรก็ตามการกระทำความผิดของผู้เสพสารเสพติดนั้นประกอบด้วยปัจจัยและสาเหตุหลายประการซึ่งมีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก รวมทั้งการกลับมาเสพซ้ำแม้จะผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูแล้วก็ตาม ซึ่งกระบวนการรักษาและฟื้นฟูการติดสารเสพติดมีหลากหลาย ทั้งการบำบัดรักษาทางร่างกาย[10] เช่น เกสซ์บำบัด การรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า XH-1 การบำบัดรักษาทางจิตใจ[11] เช่น แบบจิตบำบัด แบบวิธีการทางศาสนา แบบอาชีพบำบัด แบบชุมชนบำบัด แบบจิต-สังคมบำบัด แบบจิราสา แต่จากรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2551 ของกรมคุมประพฤติ ยังคงมีผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขการควบคุมประพฤติและกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ จำนวน 292,430 คน คิดเป็นร้อยละ 24.45 จากจำนวนผู้ถูกคุมประพฤติทั้งหมด 1,481,810 คน นับตั้งแต่ปี 2546[12]

ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเสพชำ โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นประเภทสารเสพติดที่มีผู้กระทำผิดมากที่สุดมาโดยตลอด[13] อีกทั้งยังไม่มีผู้ศึกษาถึงผลของการรักษาชนิดต่างๆ ต่ออัตราการกลับเป็นซ้ำในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปปรับใช้ในผู้ที่เกี่ยวข้องหรือเพื่อเป็นแนวทางในการทำการศึกษในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความรุนแรงของการติดยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการติดยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความรุนแรงของการติดยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันราชกุมารเวชเป็นรูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive) โดยศึกษาการติดยาเสพติดซ้ำ เพื่อความสัมพันธ์กับรูปแบบการรักษาในปัจจุบันและการบำบัดในอดีตรวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผู้เข้ารับการรักษาบางส่วนนั้นเป็นผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดซ้ำ ทำให้ไม่สามารถนำมาเข้าร่วมในงานวิจัยได้ อีกทั้งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาความพร้อมในด้านร่างกายและจิตใจ อาจจะไม่พร้อมในการให้ข้อมูล รวมถึงเป็นกลุ่มตัวอย่างโอกาสอาจจะมีปัญหาในเรื่องจริยธรรมในการทำการศึกษาก็ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สารเสพติด หมายถึง ชนิดของสารเสพติดที่ได้ระบุไว้ใน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

เมทแอมเฟตามีน หมายถึง ยากระตุ้นประสาทชนิดหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มของแอมเฟตามีน เป็นส่วนประกอบสำคัญของยาบ้า

การเข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา โดยถูกดำเนินการควบคุมตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

การเข้ารับการบำบัดแบบระบบสมัครใจบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา โดยสมัครใจด้วยตนเองหรือผู้ปกครอง, ญาติ, ผู้นำชุมชนเป็นผู้พามารับการบำบัดรักษา โดยไม่ได้ถูกบังคับโดยกฎหมาย

การติดยาเสพติด หมายถึง พฤติกรรมการติดยาเสพติดตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - DSM-IV โดยใช้การวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษา

การติดยาเสพติดซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมการกลับมาเสพยาเสพติดหลังจากที่หยุดเสพยาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน

การเสพยาเสพติดซ้ำในระดับรุนแรง หมายถึง การมีค่าคะแนนที่ได้จาก The Severity of Dependence Scale (SDS) ที่ 4 คะแนนหรือมากกว่า

เคยได้รับการบำบัดการติดยาเสพติด หมายถึง การผ่านกระบวนการต่างๆ ในการช่วยให้สามารถหยุดการใช้สารเสพติด รวมถึงการสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ด้วยตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในการติดสารเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะด้านรูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไข
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แนวคิดเรื่องสารเสพติด

- 1.1 ความหมายของสารเสพติด
- 1.2 ประเภทของสารเสพติด
- 1.3 องค์ประกอบและสาเหตุการใช้สารเสพติด
- 1.4 แอมเฟตามีน
- 1.5 เกณฑ์การวินิจฉัย การติดสารเสพติด (Substance Dependence)

2. แนวคิดเรื่องรูปแบบการบำบัดรักษา

- 2.1 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545
- 2.2 การเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยสมัครใจในประเทศไทย
- 2.3 สถาบันธัญญารักษ์

แนวคิดเรื่องสารเสพติด

1. ความหมายของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก (WHO)[14] ได้ให้ความหมายของสารเสพติดไว้ ดังนี้

สารเสพติดให้โทษ หมายถึง สารหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยวิธีใดๆ ก็ตามทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งสังเกตได้จากลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ 1. มีความต้องการจะเสพสารนั้นอยู่ตลอดเวลา โดยแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ 2. ต้องเพิ่มขนาดของสารที่เสพมากขึ้น 3. มีอาการอยากหรือหิวสารเมื่อขาดสาร และ 4.สุขภาพทั่วๆ ไปทรุดโทรม

2. ประเภทของสารเสพติด

2.1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522[15] ตามมาตรา 7 แบ่งสารเสพติดออกเป็น 5 ประเภท คือ

2.1.1 ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (heroin) ยาบ้า (methamphetamine)

2.1.2 ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (morphine) โคเคน (cocaine) โคเดอีน (codeine) ฝิ่นยา (medicinal opium)

2.1.3 ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นต้นตำรับยาและมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

2.1.4 ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซติลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)

2.1.5 ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา ฝิ่นกระท่อม ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 8 (1)

2.2 แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (จิตประสาท)[16]
แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

2.2.1 ประเภทกดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน
ยากล่อมประสาท สารระเหย ยานอนหลับ

2.2.2 ประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ แอมเฟตามีน
กระท่อม โคลาอิน ยาอี เอ็คตาซี

2.2.3 ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี ดีเอ็มที
เห็ดขี้ควาย ยาเค

2.2.4 ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน ได้แก่ กัญชา

2.3 แบ่งตามแหล่งที่มาของสาร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท[17] คือ

2.3.1 สารเสพติดธรรมชาติ (natural drugs) สารเสพติดที่กลั่น
หรือสกัดได้จากพืชหรือพันธุ์ไม้บางชนิดโดยตรงที่เกิดขึ้นอยู่แล้วตามธรรมชาติ หรือนำสารจากพืช
เหล่านั้นมาทำกรรมวิธีต่างๆ ทางเคมีแปรธาตุไปเป็นสารเสพติดต่อไป เช่น กระท่อม ฝิ่น กัญชา เป็น
ต้น

2.3.2 สารเสพติดสังเคราะห์ (synthetic drugs) สารเสพติดที่ผลิตขึ้น
ในห้องปฏิบัติการทดลองด้วยกรรมวิธีทางเคมี นำมาใช้แทนสารเสพติดตามธรรมชาติได้ โดยสารที่
สังเคราะห์ขึ้นนั้นออกฤทธิ์เหมือนสารเสพติดจากธรรมชาติเช่นกัน เช่น ยาบ้า เฮโรอีน ยานอนหลับ
ยาระงับประสาท เป็นต้น

3. องค์ประกอบและสาเหตุการใช้สารเสพติด

การติดสารเสพติดของบุคคลนั้นเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก
และขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจ แต่
โดยทั่วไปแล้วเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการติดสารเสพติดจะพิจารณาในเรื่องของ บุคคล ตัวสาร และ
ปัจจัยซึ่งนำไปสู่การใช้ยา[18]

3.1 บุคคล

ตัวบุคคลในฐานะของผู้ใช้สารเสพติด เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการแพร่ระบาดของสารเสพติด โดยมีองค์ประกอบจากร่างกาย และจิตใจ

3.1.1 ร่างกาย

ปัจจัยด้านสุขภาพ การมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง มีโอกาสที่จะใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการ หรือบำรุงสุขภาพของตนเอง สูงกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี โดยทั่วไป นอกจากนี้ปัจจัยทางพันธุกรรมยังจัดเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุในการติดสารเสพติดได้

3.1.2 จิตใจ

แบ่งออกเป็นสภาพจิตผิดปกติ และบุคลิกภาพผิดปกติ โดยผู้ที่มีสภาพจิตผิดปกติจำเป็นที่จะต้องพึ่งยาเพื่อใช้ระงับอาการของโรค ในผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ มีลักษณะนิสัยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ติดสารเสพติดจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมหรืออัมพาต (antisocial personality disorder) ซึ่งจะไม่รู้สึกว่าการที่ตนทำนั้นเป็นสิ่งที่ผิด จึงทำสิ่งต่างๆ แบบไม่ยั้งคิด และผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงซึ่งพบใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีลักษณะโตไม่สมวัย (immature) และกลุ่มที่ต้องมีการพึ่งพาเป็นประจำ (dependent) ขาดความมั่นใจใจตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจ นอกจากนี้ยังพบในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าด้วย[19]

3.1.3 ลักษณะทางพันธุกรรม

เป็นที่ยอมรับกันว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะเฉพาะที่สร้างความแตกต่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพันธุกรรมที่มีการสืบต่อถ่ายทอดในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดรุ่นสู่รุ่น พฤติกรรมการเสพติดสารเสพติดเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีการให้ความสำคัญถึงความเกี่ยวข้องกับเรื่องของพันธุกรรมดังกล่าว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นการศึกษาการทำงานของ dopamine, serotonin, GABA, glutamate ที่ได้รับอิทธิพลจากยีน[20]

George R. Uhl และคณะ[21] ได้แบ่งการศึกษาพันธุกรรมในประเด็นของการติดสารเสพติด โดยแยกเป็น

1) Classical Genetic Studies ประกอบด้วย

1.1) ศึกษาในครอบครัว (Family studies)

1.2) ศึกษาในบุตรบุญธรรม (Adoption studies)

1.3) ศึกษาในคู่แฝด (Twin studies)

2) การทดลองในสัตว์ (Studies in Experimental Animal Models)

จากรูปแบบวิธีการศึกษาดังกล่าว ได้เกิดงานวิจัยหลายชิ้นที่ทำให้ขอบเขตความรู้ความเข้าใจในเรื่องของพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคิดสารเสพติดมีความกว้างขวางชัดเจนมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ เช่น การทราบความต่างกันของโครโมโซมคู่ที่ 4, 10, 11, 13 ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาเปรียบเทียบคนในครอบครัวที่มีเชื้อสายแอฟริกัน-อเมริกัน จำนวน 402 ครอบครัว กับ คนในครอบครัวที่มีเชื้อสายยุโรป-อเมริกัน จำนวน 200 ครอบครัว รวมทั้งหมด 1,890 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกรับเข้าครอบครัวที่มีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ที่สูบบุหรี่มานานไม่น้อยกว่า 5 ปี และสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ซองต่อวัน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งความต่างกันของโครโมโซมดังกล่าวเกี่ยวข้องกับเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความยาก-ง่ายในการติดบุหรี่ในครั้งแรกที่สูบ รวมถึงความยาก-ง่ายในการเลิกสูบบุหรี่ อันเป็นผลการศึกษาของ Lori Whitten[22] นอกเหนือจากความเหมือนและต่างกันของโครโมโซมแล้ว จากการศึกษาก็ยังพบว่าปัจจัยในเรื่องของสิ่งแวดล้อมเช่น ครอบครัว และการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการสูบบุหรี่ในครั้งแรกของวัยรุ่น เช่นเดียวกัน

นอกจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้ว การคิดสารและสารเสพติดอื่นๆ ก็พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมเช่นเดียวกัน ซึ่งในงานเขียนของ Danielle และ Arpana[23] กล่าวว่ามีความเป็นไปได้ร้อยละ 50 ถึง ร้อยละ 60 ของผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ เป็นผลมาจากพันธุกรรม

จากความพยายามที่จะศึกษาพันธุกรรมในมนุษย์เพื่อทำให้ทราบถึงความเกี่ยวข้องในปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการคิดสารเสพติดแล้ว ยังมีการศึกษาทดลองในสัตว์ด้วย เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดที่มีมากในการศึกษาในมนุษย์ เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด สุขภาพ เหตุการณ์ ประสบการณ์ที่มี ความเข้าใจ ทักษะ และพันธุกรรม ในขณะที่การศึกษาทดลองในสัตว์นั้นช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าว[24] จึงได้มีความพยายามที่จะพัฒนาสายพันธุ์ของหนู

เพื่อใช้ในการศึกษาพันธุกรรมที่อาจเกี่ยวข้องกับการติดยาของนักวิจัยจาก National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health [25]

3.2 ตัวสาร

สารบางชนิดมีฤทธิ์ก่อให้เกิดการเสพติด เมื่อบุคคลใช้สารชนิดนั้นนานๆ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ

เมทแอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาทั้งที่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) และระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system) โดยออกฤทธิ์เร่งการปลดปล่อยอะดรีนาลีน (adrenaline) และนอร์อะดรีนาลีน (noradrenalin) ออกจากเซลล์ประสาท ทำให้ผู้เสพรู้สึกกระฉับกระเฉง มีกำลังในการทำงานได้ไม่หยุด และออกฤทธิ์ทำให้ถุงเล็ก (vesicles) ที่เป็นที่พักเก็บสารโดปามีน (dopamine) ในเซลล์ประสาทแตก ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขแบบเคลิบเคลิ้ม (euphoria)[26] ซึ่งเป็นความรู้สึกสบายใจจนลืมตัวไปชั่วขณะหนึ่ง จึงทำให้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ความสุขเช่นนี้หันกลับไปเสพซ้ำอีก

3.3 สิ่งแวดล้อม

3.3.1 สภาพแวดล้อมที่กดดัน

บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปราศจากความเข้าใจ การสนใจซึ่งกันและกัน ไม่มีความสุข ย่อมก่อให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพแวดล้อมในครอบครัว ที่ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นที่พึ่งพิง หลายคนจึงหาทางออกด้วยการคบเพื่อน หรือพึ่งพาสิ่งอื่นๆ ภายนอก การไม่มีกิจกรรมที่เป็นแก่นสารหรือการว่างงาน อาจนำไปสู่การมั่วสุม และการว่างงานยังนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจขาดรายได้ ซึ่งเพิ่มความเครียดและเกิดความกดดันอันอาจผลักดันให้เกิดการใช้สารเสพติด

3.3.2 สภาพแวดล้อมที่เป็นสื่อชักนำ

การแพร่ระบาดของสารเสพติดบริเวณที่อยู่อาศัย ก่อให้เกิดความเคยชิน และเห็นว่าการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องธรรมดา และง่ายต่อการถูกชักชวนให้ทดลอง รวมถึงลักษณะของการประกอบอาชีพ[27] ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสูงในการเข้าถึงและใช้สารเสพติด เช่น บริกรในบาร์ โสเภณี กรรมกร นักการทูต เป็นต้น นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมที่เข้าถึงตัวสารเสพติด

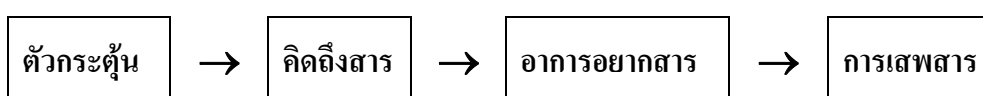
ได้ง่าย และการอยู่ในสถานที่ที่ราคาของตัวสารไม่สูงมากนัก มีส่วนสำคัญในการชักนำให้เสพสารเสพติดได้

3.3.3 สภาพแวดล้อมที่ขาดการชักจูงในทางที่ดี

สภาพแวดล้อมเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้เพราะความเสื่อมของสังคม ขาดการพัฒนาทั้งในด้านของสังคม และจิตใจ ขาดการจูงใจและเสริมความรู้แก่สังคมในเรื่องของไทยและพิษภัยของสารเสพติด ไม่มีการกำจัดการระบาดของสารเสพติดอย่างเพียงพอ

จากแนวคิดในเรื่องของสาเหตุการเสพสารเสพติด ทั้งปัจจัยในส่วนของบุคคล ปัจจัยของตัวสาร หรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวข้างต้น ได้ถูกสนับสนุนจากงานวิจัยและการศึกษาของหลายท่าน ที่ได้ข้อค้นพบไปในทิศทางเดียวกันแม้จะต่างกลุ่มที่ทำการศึกษาที่ตาม เช่น การศึกษาการติดสารเสพติดของเด็กและเยาวชน ก็จะพบว่าปัจจัยจากตัวเด็กและเยาวชน ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอกโรงเรียน และปัจจัยจากครอบครัว เป็นสิ่งที่เข้ามามีบทบาทที่สำคัญ[28] บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของภาวะสุขภาพ มีการเจ็บป่วย ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งให้ต้องทานยาหรือใช้ยาในทางที่ผิดได้ [29] อันเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านตัวสาร

นอกเหนือจากสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพสารเสพติดในครั้งแรกแล้ว ปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการเสพสารเสพติดซ้ำภายหลังจากที่สามารถหยุดการเสพสารเสพติดได้สำเร็จ ก็เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจและมีผลการศึกษาวินิจฉัยออกมาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นกลุ่มมีการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่น สำหรับบุคคลากรสาธารณสุข[30] ที่เป็นการจัดทำโดยสถาบันพัฒนาสุขภาพจิต ได้กล่าวถึงวงจรของการกลับไปเสพสารเสพติดอีกครั้งว่า การมีตัวกระตุ้น เช่น คน สถานที่ สิ่งของหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอยากสาร เนื่องจากสมองที่ผ่านการใช้สารเสพติดมาก่อนจะมีความสัมพันธ์กับตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การเสพยาซ้ำได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นเองอัตโนมัติ (ดังเช่นภาพที่2)



ภาพที่ 2 วงจรการกลับไปเสพสารเสพติด

หลักฐานทางวิชาการที่ได้จากการศึกษาหลายชิ้นได้ให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน กล่าวคือ การติดสารเสพติดชิ้นนั้นเป็นผลมาจากตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ เช่น การขาดความพร้อมของจิตใจ จิตใจที่ไม่เข้มแข็งพอ ไม่มีแรงจูงใจที่เพียงพอที่จะเลิก ซึ่งถือเป็นปัจจัยในด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ (psychological factors) โดยมีสาเหตุทางสังคมและสภาวะแวดล้อม (social and environment factors) เป็นแรงผลักดัน เช่น การกลับไปอยู่ในสังคมหรือเพื่อนกลุ่มเดิม การหักห้ามใจไม่ได้ มีเรื่องไม่สบายใจ และการเสพยาเสพติดเป็นการช่วยให้สบายใจคลายเครียด อันเป็นข้อค้นพบของสุลินดา จันทระเสนา ในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น [31]

ในด้านของครอบครัวถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมติดสารเสพติดซ้ำ จากงานวิจัยของนันทา ชัยพิชิตพันธ์ พบว่า บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวเสพยาบ้าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรวมถึงการเลี้ยงดูของบิดาและมารดาด้วย [32] เช่นเดียวกับผลการศึกษาของดร. อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ ที่พบว่าส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาเสพติดประจำ โดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซ้ำที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา กลุ่มผู้เลิกติดยาเสพติดได้ระยะเวลาหนึ่ง (2-5 ปี) กลุ่มพ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือ บุคคลใกล้ชิดกลุ่มตัวอย่าง และ กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ประจำการของสถานบำบัด [33]

นอกจากนี้สาเหตุทางร่างกาย (physiological factor) เช่น ความอดทนของร่างกายในการทนต่อฤทธิ์ของยาสารและอาการการถอน ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการเป็นปัจจัยให้เกิดพฤติกรรมติดสารเสพติดซ้ำดังกล่าว [34], [35], [36]

นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล [37] ได้กล่าวถึงปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำไว้ว่าสามารถมีได้มากกว่าหนึ่งสาเหตุและแต่ละสาเหตุก็สามารถที่จะถูกนำมาเป็นปัจจัยหรือเหตุผลในการเสพยาซ้ำได้มากกว่าหนึ่งครั้งเช่นเดียวกัน เช่น มีอาการไม่สบายทางกาย มีเหตุร้ายแรงในชีวิต ขาดการพักผ่อนหย่อนใจหรือไม่มีงานอดิเรก ขาดทักษะในการทำงานหรือวิชาชีพ มีรอยแผลฝังลึก (trauma) อยู่ในใจ เช่น เคยถูกทำร้ายร่างกาย เข้าไปมีส่วนร่วมับอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น

4. แอมเฟตามีน

4.1 ลักษณะทางกายภาพ [38]

สำหรับเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า โดยส่วนใหญ่ที่พบเห็นได้ทั่วไปมีลักษณะเป็นเม็ดกลมแบน มีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 7 มิลลิเมตร หนาประมาณ 3 มิลลิเมตร มีน้ำหนักต่อเม็ด ประมาณ 90 มิลลิกรัม แต่อาจจะมีการผลิตออกมาในรูปวงรี หรือเป็นผงผลึกสีขาว บรรจุในแคปซูลได้บ้าง สีที่มักปรากฏคือสีส้ม สีน้ำตาล หรือสีเขียว เป็นต้น โดยมีสัญลักษณ์เพื่อแสดงแหล่งที่ผลิต เช่น F, m, M WY, รูปพระจันทร์เสี้ยว เป็นต้น

4.2 สารประกอบ [39]

สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ตามสารประกอบ คือ

4.2.1 Classic amphetamine ประกอบด้วย dextroamphetamine, methamphetamine และ methylphenidate โดยจะออกฤทธิ์ที่บริเวณ dopaminergic system เป็นหลัก

4.2.2 Designer หรือ substituted amphetamine ซึ่งเป็นสารที่มีการสังเคราะห์ขึ้นโดยทำให้มีโครงสร้างคล้ายสารแอมเฟตามีน ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้ทั้งที่ dopaminergic system และ serotonergic system

4.2.3 Amphetamine-like substance ได้แก่ ephedrine, pseudoephedrine ซึ่งถูกใช้เป็นส่วนประกอบของยาแก้หวัด และ phenylpropranolamine (PPA) มีฤทธิ์ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่ออาหาร จึงมักถูกใช้เป็นยาลดน้ำหนัก

4.3 วิธีการเสพ

การเสพเมทแอมเฟตามีนสามารถทำได้หลายวิธี จากอดีตโดยส่วนใหญ่แล้วนิยมการกินหรือดื่มน้ำโดยผสมในเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำเปล่า หรือเครื่องดื่มชูกำลัง แต่ปัจจุบันนิยมเสพด้วยวิธีการสูบควันมากที่สุด[40] เนื่องจากแอมเฟตามีน มีค่า pka 9-10 ซึ่งเป็นค่าอ่อนๆ ซึ่งจะไปแตกตัวในระบบย่อยอาหารทำให้การดูดซึมช้าลง ดังนั้นถ้าเสพด้วยวิธีการฉีดหรือสูดดมจะออกฤทธิ์ได้ดีกว่าวิธีการกินหรือดื่มน้ำ [41]

การสูบควัน หมายถึง การนำอุปกรณ์ลักษณะคล้ายหลอดมาใช้เพื่อสูบควันที่เกิดจากการนำเม็ดเมทแอมเฟตามีนไปร่นไฟจนเกิดเป็นควันลอยขึ้นมา แล้วใช้หลอดสูบ

นำควันเข้าทางปาก ในบางกลุ่มนิยมสูบควันผ่านน้ำ ซึ่งเรียกว่าตัวผ่าน อันเป็นอุปกรณ์การเสพเมทแอมเฟตามีนชนิดหนึ่ง โดยเชื่อว่าจะช่วยกรองสิ่งสกปรกที่ปนเปื้อนอยู่ในเม็ดยาออกไปได้และลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

4.4 ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา[42]

4.4.1 ระบบประสาทส่วนกลางจะถูกกระตุ้น ทำให้ลดอาการง่วง ซึม มีอารมณ์ครึกครื้น คึกคัก ร่าเริง ไม่เหนื่อย ไม่อยากนอนพักผ่อน ถ้าใช้มากๆ จะเกิดอาการมึนงง และอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (panic) หรือภาวะโรคจิตเนื่องจากการใช้สารเสพติดได้

4.4.2 อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น จนบางครั้งเกิดอาการใจสั่น การเต้นไม่เป็นปกติ ปวดศีรษะ ทั้งนี้เกิดจากระบบหัวใจและหลอดเลือดได้รับการกระตุ้น

4.4.3 มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้จังหวะการหายใจไม่ปกติหรือหายใจเร็วขึ้น

4.4.4 มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ไม่รู้สึกหิว เบื่ออาหาร ปากแห้ง ถ้าเป็นติดต่อกันจะทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ร่างกายทรุดโทรม

4.4.5 มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพชั่วคราว

5. เกณฑ์การวินิจฉัย การติดสารเสพติด (Substance Dependence)

ตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –IV (DSM-IV)[43],[44]

ผู้เสพใช้สารจนควบคุมการใช้สารของตนเองไม่ได้ โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่างในช่วงเวลา 12 เดือน

1. อาการคือยา (tolerance) มีอาการต่อไปนี้เป็นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง

1.1 เพิ่มปริมาณของสารเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดอาการมินเมา หรือได้ผลตามที่ต้องการ

1.2 สารมีผลลดลงอย่างมากแม้จะเสพในปริมาณเท่าเดิม

2. อาการขาดสาร (withdrawal symptoms) มีอาการต่อไปนี้ได้อย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง

2.1 มีอาการเฉพาะของสารแต่ละชนิดเมื่อลดขนาดการใช้หรือหยุดใช้สาร

2.2 ต้องเสพสารเพื่อให้อาการที่ไม่สบายนั้นลดลง หรือไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว

3. เสพสารติดต่อกันเป็นเวลานานในปริมาณที่มาก

4. มีความต้องการที่จะลดปริมาณการเสพลง แต่ไม่สามารถทำสำเร็จ

5. ใช้เวลาอย่างมากไปกับ 1. การหาสารมาเสพ 2. การเสพสาร และ 3. พักให้หายจากอาการมินเมาหรือฤทธิ์ของสาร

6. ความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเข้าสังคม การทำงาน มีความบกพร่อง

7. มีการเสพสารอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่าเสพนั่นก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เช่น การดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารแย่ง

แนวคิดเรื่องรูปแบบการบำบัดรักษา

1. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545[45]

จากมาตรการให้ผู้ติดยาเสพติดที่ตกเป็นผู้ต้องหาตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2534 พ้นจากสภาพการติดยาเสพติด จึงออกมาตรการบังคับกับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดขึ้น 2 กรณี คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว และ

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบไม่ควบคุมตัว โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว แบ่งแยกย่อยออกเป็น 2 ลักษณะ คือ แบบควบคุมตัวเข้มงวด และแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด

1.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัว

1.1.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบควบคุมตัวเข้มงวด

เป็นการนำผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการฟื้นฟู โดยมีการกำหนดสถานที่ควบคุมเพื่อไม่ให้หลบหนีได้ง่าย หรือกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ในเขตที่กำหนดในระหว่างระยะเวลา 4 เดือน ที่เข้ารับการฟื้นฟู โดยมีหน่วยงานที่เข้ามาดูแล คือ ศูนย์ฟื้นฟูลาดหลุมแก้ว และค่ายกองทัพอากาศ โดยใช้วิธีการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community - TC) และวิธีการจิตสำรวมทั้งจัดให้มีกิจกรรมปรับตัวกลับสู่สังคม เป็นเวลา 2 เดือน เพื่อให้เกิดความมั่นคงในการดำเนินชีวิต โดยการส่งเสริมอาชีพ การทำงานบริการสังคม โดยมีระยะเวลาการติดตามผล 1 ปี โดยผู้ประสานพลังแผ่นดิน สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครคุมประพฤติ (อ.ส.ค.) ซึ่งตลอดระยะเวลาจะมีการสุ่มเก็บปัสสาวะเป็นระยะ

1.1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด

เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยการฟื้นฟูรูปแบบดังกล่าวผู้เข้ารับการฟื้นฟูในช่วงแรกจะต้องอยู่ในสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามความเหมาะสม และมีการกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ในเขตที่กำหนดในระหว่างระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งใช้วิธีการแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model : Family – F, Alternative Treatment Activities – A, Self-help – S, Therapeutic Community – T) โดยรายละเอียดการดำเนินการแตกต่างกันตามศักยภาพของหน่วยงานที่ดูแล ช่วงที่ 2 เป็นขั้นตอนการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยในการปรับตัวสร้างความมั่นคงในการดำเนินชีวิต เช่น การส่งเสริมอาชีพ การทำงานบริการสังคม โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ ค่ายกองทัพอากาศ ค่ายกองทัพเรือ กองร้อยอาสารักษาดินแดน (อส.) และกรมการแพทย์ ช่วงที่ 3 เป็นการติดตามผล โดยกำหนดระยะเวลาไว้ 1 ปี ซึ่งมีผู้ประสานพลังแผ่นดิน สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครคุมประพฤติ (อ.ส.ค.) เป็นผู้ดำเนินการ

1.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบไม่ควบคุมตัว [46]

เป็นรูปแบบที่ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัว แต่กำหนดให้พนักงานคุมประพฤติของสำนักงานคุมประพฤติ ต้องปฏิบัติข้อหนึ่งข้อใดหรือหลายข้อดังนี้

- (1) จัดให้มีการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- (2) กำหนดเงื่อนไขให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปฏิบัติข้อหนึ่งข้อใดหรือหลายข้อดังนี้
 - (2.1) ให้ไปรายงานตัวต่อพนักงานคุมประพฤติตามระยะเวลาที่กำหนด
 - (2.2) ห้ามเกี่ยวข้องกับยาหรือสารเสพติดให้โทษ
 - (2.3) ให้ละเว้นการคบหาสมาคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาหรือสารเสพติดให้โทษ
 - (2.4) เข้ารับการฟื้นฟูตามแผนการที่พนักงานคุมประพฤติกำหนดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
 - (2.5) ให้เข้ารับการศึกษาหรือการฝึกอาชีพ หรือทำงานบริการสังคมตามความเหมาะสมกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
 - (2.6) ให้ดำเนินการอื่นใดตามความเหมาะสมเพื่อให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตโดยห่างไกลจากยาเสพติด
- (3) ส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไปเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูของทางราชการหรือเอกชน ทั้งแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก โดยให้พนักงานคุมประพฤติประสานงานเพื่อติดตามผลเป็นระยะ
- (4) จัดให้ครอบครัวของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดด้วย
- (5) มีการเยี่ยมเยียนหรือติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังที่พักอาศัยของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นระยะ รวมถึงมีการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูด้วย

2. การเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยสมัครใจในประเทศไทย[47]

การเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาด้วยระบบดังกล่าว เกิดขึ้นจากความสมัครใจของผู้ติดยาเสพติดเอง โดยไม่อยู่ภายใต้คำสั่งของศาล ซึ่งผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้ารับบริการใน

สถานพยาบาลต่างๆ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณ โดยมีขั้นตอนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ (Pre-Admission) ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และขั้นการติดตามดูแล (After-Care)

ขั้นเตรียมการ (Pre-Admission) เป็นการสัมภาษณ์ตัวผู้ติดสารเสพติดและครอบครัว เพื่อศึกษาข้อมูล ทั้งในส่วนของประวัติ ภูมิหลัง รวมทั้งมีการซักจูง กระตุ้นให้ผู้ติดสารเสพติดมีความตั้งใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา พร้อมกับจัดให้มีการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก

ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) เป็นขั้นตอนที่มีการแบ่งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาออกเป็นแบบผู้ป่วยนอก คือ ผู้ที่ไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล และแบบผู้ป่วยใน คือ ผู้ที่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล อันมีความเหมาะสมกับผู้ที่ต้องรักษาโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย โดยการรักษามีทั้งให้ยาชนิดอื่นทดแทน เช่น เมธาโดน และการรักษาแบบการหักดิบ นั่นคือการให้เลิกเสพทันที

ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นขั้นตอนที่อาศัยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้คำปรึกษา การสนทนา การฝึกอาชีพ การฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด การฟื้นฟูจิตใจโดยใช้ศาสนา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจให้มีความเข้มแข็ง ปรับบุคลิกภาพและพฤติกรรม เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

ขั้นการติดตามดูแล (After-Care) เป็นขั้นตอนสุดท้ายหลังจากที่ผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูครบทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้นแล้ว เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยขั้นตอนดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ด้วยการไปเยี่ยม โทรศัพท์ ใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะ

จากรูปแบบการบำบัดที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ได้ถูกนำมาสู่การปฏิบัติและได้มีผู้สนใจศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องของหลากหลายท่าน และจากการศึกษาดังกล่าวทำให้ได้ข้อค้นพบในหลายด้าน เช่น ในด้านของการจัดสรรงบประมาณเพื่อนำไปเป็นงบประมาณค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นรวมถึงต้องเพิ่มกำลังคนของภาครัฐในการเข้ามาดูแล แต่ถึงกระนั้นการบังคับเข้ารับการบำบัดก็ส่งผลดีทั้งในระดับตัวบุคคล คือ ทำให้สามารถเลิกเสพ

หรือหยุดการเสพได้เป็นระยะเวลาที่นาน ในระดับสังคม คือ เป็นการลดปัญหาอาชญากรรมที่สืบเนื่องมาจากผู้ติดสารเสพติด ลดปริมาณผู้ต้องขังในคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด [48]

แม้บางส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจจะเห็นว่าการเปิดโอกาสของภาครัฐที่ให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้โดยไม่มีความผิดไม่ต้องรับโทษ จะเป็นเพียงการหยุดพักชั่วคราวเมื่อเสพมาเป็นระยะเวลาที่นาน หรือมากเกินไป หรือเป็นการป้องกันไม่ให้ถูกเจ้าหน้าที่จับกุมก็ตาม แต่การเข้ารับการบำบัดที่มีรูปแบบที่เป็นการฝึกอบรมอาชีพ ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถกลับไปดำรงชีพในสังคมได้ดี รวมถึงการนำหลักธรรมของศาสนาเข้ามามีส่วนในการบำบัดรักษา ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการสร้างกำลังใจ เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นพยายามในการต่อสู้กับอุปสรรค [49]

ดังนั้นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่จะมีผลต่อการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนหรือสารเสพติดอื่นของผู้เข้ารับการบำบัด จึงควรเป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่เน้นที่ตัวผู้เข้ารับการบำบัดเป็นสำคัญ อันเป็นข้อค้นพบที่เกิดจากการศึกษาในเรื่องของการบำบัดของโรงพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมกับการเลิกใช้ยาบ้า: ศึกษากรณี โรงพยาบาลภาคใต้ โดยศึกษาจาก 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเข้ารับการบำบัดการติดยาบ้าที่เข้ารับการรักษา จำนวน 8 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษา คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ นักจิตวิทยา จำนวน 8 คน และกลุ่มสุดท้ายคือ กลุ่มผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งในและนอกโรงพยาบาล จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 28 คน [50]

3. สถาบันธัญญารักษ์[51]

สถาบันธัญญารักษ์ (Thanyarak Institute on Drug Abuse) ได้มีการจัดตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2502 ตามประกาศคณะปฏิวัติ โดยใช้ชื่อสถานสงเคราะห์คนติดยา ซึ่งตั้งอยู่ที่บริเวณคลอง 5 จังหวัดปทุมธานี และย้ายมาตั้งอยู่บริเวณถนนวิภาวดีรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2509 จนกระทั่งปี พ.ศ. 2547 จึงได้มีการเปลี่ยนชื่อจาก สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์มาเป็นสถาบันธัญญารักษ์เช่นในปัจจุบัน โดยมีภาระหน้าที่ทั้งในเรื่องของการศึกษาวิจัย พัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี ด้านผู้ติดยาและสารเสพติด กำกับดูแลศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดใน ส่วนภูมิภาค ช่วยเหลือประสานงาน และการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด

ปัจจุบันมีตึกเพื่อใช้ในการบำบัดคนไข้ในทั้งหมด 14 ตึก โดยแบ่งเป็นตึกที่ให้บริการบำบัดด้วยยา ประกอบด้วย ตึกแพทย ตึกทับทิม ตึกนิล ตึกบุษราคัม ตึกเพชร และตึกเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย ตึกมุก ตึกโกเมน ตึกไพลิน ตึกมรกต ตึกอัญมณี ตึกโอปอ ตึกพลอยรุ่ง ตึกเกษมณี ตึกทองเนื้อเก้า



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์แบบผู้ป่วยใน

1.2 ประชากรเป้าหมาย

ผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์แบบผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึงมกราคม พ.ศ. 2553 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นผู้เสพที่เคยเข้ารับการบำบัดไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบสมัครใจ หรือบังคับบำบัด หรือหยุดเอง และเคยสามารถหยุดเสพสารเมทแอมเฟตามีนได้สำเร็จ อย่างน้อย 1 เดือน มีสติสัมปชัญญะสามารถตอบคำถามได้ เข้าใจภาษาไทย รวมถึงยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนมาโดยตลอด โดยไม่มีช่วงเวลาการเลิกเสพ อย่างน้อย 1 เดือน

1.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เสพสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์แบบผู้ป่วยในทุกราย ที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าหรือคัดออกจากการศึกษา จนกว่าจะครบ 250 คน

1.4 ขนาดตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตร Yamane

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{642}{1 + 642 (0.05)^2}$$

$$n = 246$$

เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10%

$$n = \frac{10 \times 246}{100}$$

$$n = 270.6$$

$$= 271$$

ดังนั้นต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 271 คน อย่างไรก็ตามจะมีการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นเมื่อเก็บตัวอย่างได้ 250 คน หากข้อมูลไม่มีข้อผิดพลาด จะใช้จำนวนตัวอย่างตามที่คำนวณได้จากสูตรก่อน

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรที่เข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ ในช่วงเดือนกันยายน - มกราคม

e^2 = ความคลาดเคลื่อน

1.5 การสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากข้อจำกัดด้านกิจกรรมที่ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าร่วมในสถานบำบัด ทำให้ยากต่อการกำหนดผู้ที่สามารถเข้าร่วมได้ จึงทำการเก็บตัวอย่างจากผู้เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบคนไข้ในช่วงเวลา กันยายน พ.ศ. 2552 ถึง มกราคม พ.ศ. 2553 ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (questionnaires) เพื่อทราบ 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีอาชีพ รายได้ การมีบุคคลในความรับผิดชอบ การมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว 2) ด้านประวัติการบำบัดรักษาการเสพยาเสพติดในผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย สาเหตุในการเริ่มเสพยาครั้งแรก การบำบัดรักษาการเสพยาเสพติดในปัจจุบัน การบำบัดรักษาการเสพยาเสพติดในชีวิต การบำบัดรักษาการเสพยาเสพติดครั้งสุดท้าย และประวัติการเลิกเสพยาเสพติดได้สำเร็จ (ครั้งหลังสุดที่เลิกได้สำเร็จ) มีข้อความทั้งหมด 26 ข้อ ใช้เวลาในการทำ ประมาณ 30 นาที โดยผู้ตอบแบบสอบถามทำแบบทดสอบนี้ด้วยตนเอง

2. แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด Severity of Dependence Scale (SDS) เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุง โดย Gossop, M., และคณะ เมื่อปี 1995 [52] ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ที่ 0.89 จากการทำ test-retest[53] โดยแบบประเมินเพื่อวัดความรุนแรงในการติดสารเสพติดฉบับดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 ส่วน รวม 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที โดยข้อคำถามที่ 1-4 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย

ไม่เคย / แทบจะไม่เคย	0 คะแนน
บางเวลา	1 คะแนน
บ่อยครั้ง	2 คะแนน
สม่ำเสมอ / เกือบสม่ำเสมอ	3 คะแนน

ในข้อคำถามที่ 5 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย

ไม่ยาก	0 คะแนน
ค่อนข้างยาก	1 คะแนน
ยากมาก	2 คะแนน
เป็นไปได้เลย	3 คะแนน

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนนหรือมากกว่า ในการระบุว่ามีความผิดปกติการเสพในระดับรุนแรงจนถึงขั้นการติดสารเสพติด[54] ทั้งนี้แบบสอบถามนี้ยังไม่เคยมีการแปลเป็นภาษาไทยมาก่อน ทางผู้วิจัยจึงจะทำการแปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทย จากนั้น ทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญการใช้ภาษาทั้งสองภาษา และด้านจิตเวชศาสตร์ คือ จิตแพทย์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แก้ไข ปรับปรุงแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อ ตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหา

3. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.- lifetime) ในโรคจิตเวชที่พบบ่อย ใน 19 โรค ได้แก่ กลุ่ม Axis I 17 โรค, สภาวะฆ่าตัวตาย 1 โรค และกลุ่ม Axis II 1 โรค แบ่งเป็นข้อคำถามทั้งหมด 70 ข้อ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - DSM-IV)[55] จากผลการศึกษามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือสูงที่ 0.75 ด้วยการทดสอบ kappa[56] และมีการปรับปรุงเนื้อหาเพื่อปรับจากการใช้วินิจฉัยตัวโรคในปัจจุบันเป็นการเคยมีโรคทางจิตเวช[57] ทั้งนี้แบบทดสอบนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยได้รับการฝึกการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้ทำการแปลแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.- lifetime) ในส่วนปรับปรุง

Tempei Otsubo และคณะ[58] ได้หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการทำ Test-retest พบว่าโรค Major depressive disorder มีค่าความเที่ยง 0.94 Dysthymia มีค่าความเที่ยง 0.32, Mania มีค่าความเที่ยง 0.84, Panic disorder มีค่าความเที่ยง 0.88, Agoraphobia มีค่าความเที่ยง 0.74, Social anxiety disorder มีค่าความเที่ยง 0.58, Generalized anxiety disorder มีค่าความเที่ยง 0.75, Obsessive compulsive disorder มีค่าความเที่ยง 0.63, Psychotic disorder มีค่าความเที่ยง 0.60,

Alcohol dependence มีค่าความเที่ยง 0.64, Anorexia nervosa มีค่าความเที่ยง 0.71, Bulimia nervosa มีค่าความเที่ยง 0.71

โดยข้อคำถามทุกข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ยกเว้น หมวดของ Psychotic disorder and mood disorder with psychotic features ที่มีตัวเลือก 3 ตัว คือ ไม่ใช่ ใช่ และ ใช่ประหลาด (bizarre) ใช้เวลาในการทำประมาณ 30 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสาร ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องราวได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลวิสัยภาคสนาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากการติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ทั้งผู้ที่เคยรับการบำบัดรักษา โดยระบบต้องโทษตามลักษณะความผิดใน พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และผู้ที่เคยรับการบำบัดรักษาโดยระบบสมัครใจ โดยอาศัยแบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ทั้งนี้ ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประวัติการรับการบำบัดรักษาการติดเมทแอมเฟตามีนนั้น จะดำเนินการโดยแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัครกรอกด้วยตนเอง ส่วนแบบสอบถาม MINI และ SDS นั้นจะดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญในการทำแบบสอบถาม MINI เรียบร้อยแล้ว

3. ขอความยินยอมจากอาสาสมัครก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยชี้แจงความเป็นความลับของข้อมูลที่จะไม่มีการเปิดเผยกับบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง หรือการเลือกจะไม่ตอบบางข้อคำถามเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านครอบครัวและสังคม ด้านสารเสพติด และด้านการบำบัดรักษาการเสพติดเอมเฟตามีน โดยการใช้การทดสอบไคสแควร์ และFisher's Exact Test
3. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพติดกับข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยทางจิตเวชและสารเสพติด ประวัติการบำบัดรักษาการเสพติดเอมเฟตามีน และตัวแปรด้านครอบครัวและสังคม ด้วยการวิเคราะห์ logistic regression แบบ backward likelihood ratio

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงในการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยในที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 250 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2552 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2553 รวมระยะเวลา 6 เดือน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางพร้อมคำบรรยาย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการรักษาการติดสารเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวช

ส่วนที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรุนแรงของการติดซ้ำกับข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยทางจิตเวชและสารเสพติด ประวัติการบำบัดรักษาการเสพเมทแอมเฟตามีน และตัวแปรด้านครอบครัวและสังคม

ส่วนที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยด้วยวิธี backward likelihood ratio

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้เข้ารับการรักษาการเสพสารเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันรัชฎณรงค์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษา

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	134	53.6
หญิง	116	46.4
อายุ		
18-19 ปี	37	14.8
20-34 ปี	172	68.8
มากกว่า 34 ปี	41	16.4
Mean \pm SD = 27.1 \pm 7.0, Min = 18, Max = 50, Median = 26		
ศาสนา		
พุทธ	232	92.8
คริสต์	1	0.4
อิสลาม	8	3.2
อื่นๆ	9	3.6
สถานภาพสมรส		
สมรส	93	37.2
หม้าย	7	2.8
หย่าร้าง	5	2.0
แยกกันอยู่	31	12.4
โสด	114	45.6

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา	
	(N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	96	38.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	102	40.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	26	10.4
ปริญญาตรี	3	1.2
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)	15	6.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	3	1.2
ไม่ได้เรียน	5	2.0
การมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือ (N = 249)		
มี	158	63.5
ไม่มี	91	36.5
การประกอบอาชีพมีรายได้		
มี	191	76.4
ไม่มี	59	23.6
รายได้ (ต่อวัน)		
0-100 บาท	45	18.0
101 – 500 บาท	180	72.0
มากกว่า 500 บาท	25	10.0

Mean \pm SD = 296.8 \pm 3.8, Min = 0, Max = 5000, Median = 233

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษ (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษ	
	(N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การมีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล		
มี	89	35.6
ไม่มี	161	64.4
การมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว		
มี	183	73.2
ไม่มี	67	26.8

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.6) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 68.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.8) โสด (ร้อยละ 45.6) และสมรสแล้ว (ร้อยละ 37.2) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 40.8) และประถมศึกษา (ร้อยละ 38.4) โดยมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว (ร้อยละ 73.2)

จากข้อมูลด้านการจ้างงานและแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้เข้ารับการรักษ ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 76.4) โดยมีรายได้ 101 – 500 บาท ต่อวัน (ร้อยละ 72.0) ซึ่งผู้เข้ารับการรักษไม่ต้องมีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล (ร้อยละ 64.4) ขณะที่ตนเองนั้นมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือ (ร้อยละ 63.5) เป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
บุคคลที่ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่ด้วย (N = 247)		
ครอบครัว	99	40.1
เพื่อน	105	42.5
อยู่คนเดียว	43	17.4
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับมารดา		
ไม่มีความสัมพันธ์เลย	26	10.4
น้อยมาก	15	6.0
น้อย	22	8.8
ปานกลาง	42	16.8
มาก	46	18.4
มากที่สุด	99	39.6
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบิดา		
ไม่มีความสัมพันธ์เลย	54	21.6
น้อยมาก	25	10.0
น้อย	25	10.0
ปานกลาง	41	16.4
มาก	39	15.6
มากที่สุด	66	26.4

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพื่อน		
ไม่มีความสัมพันธ์เลย	37	14.8
น้อยมาก	19	7.6
น้อย	27	10.8
ปานกลาง	76	30.4
มาก	60	24.0
มากที่สุด	31	12.4
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพี่น้อง (N=242)		
ไม่มีความสัมพันธ์เลย	51	21.1
น้อยมาก	17	7.0
น้อย	22	9.1
ปานกลาง	52	21.5
มาก	49	21.1
มากที่สุด	49	20.2
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับแฟน คู่สมรส (N=221)		
ไม่มีความสัมพันธ์เลย	79	35.7
น้อยมาก	9	4.1
น้อย	17	7.7
ปานกลาง	22	10.0
มาก	41	18.6
มากที่สุด	53	24.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุตร (N=217)		
ไม่มีความสัมพันธ์เลย	128	59.0
น้อยมาก	5	2.3
น้อย	5	2.3
ปานกลาง	13	6.0
มาก	24	11.1
มากที่สุด	42	19.4
ในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัดครั้งปัจจุบันมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว		
ไม่เลย	120	48.0
เล็กน้อย	65	26.0
ปานกลาง	26	10.4
มาก	22	8.8
มากที่สุด	17	6.8
การใช้สารเสพติดของญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดระดับสอง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา		
เมทแอมเฟตามีน		
ใช่	15	6.0
ไม่ใช่	235	94.0
แอลกอฮอล์		
ใช่	40	16.0
ไม่ใช่	210	84.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ฟันและอนุพันธ์		
ใช่	1	0.4
ไม่ใช่	249	99.6
กัญชา		
ใช่	4	1.6
ไม่ใช่	246	98.4
สารระเหย		
ใช่	0	0.0
ไม่ใช่	250	100.0
สารเสพติดอื่นๆ		
ใช่	0	0.0
ไม่ใช่	250	100.0
การใช้สารเสพติดของญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ระดับหนึ่ง เช่น มารดา บิดา		
เมทแอมเฟตามีน		
ใช่	6	2.4
ไม่ใช่	244	97.6
แอลกอฮอล์		
ใช่	39	15.6
ไม่ใช่	211	84.4
ฟันและอนุพันธ์		
ใช่	1	0.4
ไม่ใช่	249	99.6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
กัญชา		
ใช่	2	0.8
ไม่ใช่	248	99.2
สารระเหย		
ใช่	0	0.0
ไม่ใช่	250	100.0
สารเสพติดอื่นๆ		
ใช่	0	0.0
ไม่ใช่	250	100.0
การใช้สารเสพติดของญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ระดับหนึ่ง เช่น พี่ น้อง		
เมทแอมเฟตามีน		
ใช่	32	12.8
ไม่ใช่	218	87.2
แอลกอฮอล์		
ใช่	38	15.2
ไม่ใช่	212	84.8
ฝิ่นและอนุพันธ์		
ใช่	0	0.0
ไม่ใช่	250	100.0
กัญชา		
ใช่	10	4.0
ไม่ใช่	240	96.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
สารระเหย		
ใช่	1	0.4
ไม่ใช่	249	99.6
สารเสพติดอื่นๆ		
ใช่	2	0.8
ไม่ใช่	248	99.2

จากตารางที่ 2 ข้อมูลด้านครอบครัวและการเข้าสังคม พบว่า บุคคลที่ผู้เข้ารับการรักษา บำบัดใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ด้วย คือ เพื่อน (ร้อยละ 42.5) ในด้านความสัมพันธ์กับมารดา และบิดา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 39.6, 26.4 ตามลำดับ) ความสัมพันธ์กับเพื่อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4) ในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัดครั้งปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว (ร้อยละ 48.0) ในการใช้สารเสพติดในครอบครัวพบว่า 1) ผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดระดับสอง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา 2) ผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดระดับหนึ่ง เช่น บิดา มารดา, 3) ผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดระดับหนึ่ง เช่น พี่ น้อง ต่างก็พบว่าใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด (N = 40, 39, 38 ตามลำดับ) รองลงมาได้มีการใช้เมทแอมเฟตามีน (N = 15, 6, 32 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน แต่ในเรื่องของสารเสพติดที่ไม่เคยใช้ของผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดระดับสอง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา คือ สารระเหย เช่นเดียวกันกับผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดระดับหนึ่ง เช่น บิดา มารดา ขณะที่สารเสพติดที่ไม่เคยใช้ ของพี่ น้อง คือ ฝิ่นและอนุพันธ์ จากข้อมูลที่ได้จากผู้เข้ารับการรักษาบำบัด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
วิธีการเสพเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด (N = 249)		
ดื่มหรือกิน	11	4.4
สูดทางจมูก	6	2.4
สูดทางปาก	232	92.8
ฉีด	0	0.0
สาเหตุการเสพเมทแอมเฟตามีนในครั้งแรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ต้องการทดลอง	207	82.8
ต้องการทำงานได้มากขึ้น	57	22.8
ต้องการคลายเครียด	73	29.2
เพื่อนชวน	137	54.8
เห็นเพื่อนใช้	114	45.6
เห็นคนในครอบครัวใช้	7	2.8
สาเหตุการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ต้องการทดลอง	30	12.0
ต้องการทำงานได้มากขึ้น	46	18.4
ต้องการคลายเครียด	123	49.2
เพื่อนชวน	144	57.6
เห็นเพื่อนใช้	120	48.0
เห็นคนในครอบครัวใช้	3	1.2

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ติดแอลกอฮอล์		
ใช่	100	40.0
ไม่ใช่	150	60.0
ใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด		
ใช่	142	56.8
ไม่ใช่	108	43.2
ติดฝิ่น และอนุพันธ์		
ใช่	11	4.4
ไม่ใช่	239	95.6
ใช้ฝิ่น และอนุพันธ์ในทางที่ผิด		
ใช่	8	3.2
ไม่ใช่	242	96.8
ติดกัญชา		
ใช่	48	19.2
ไม่ใช่	202	80.8
ใช้กัญชาในทางที่ผิด		
ใช่	65	26.0
ไม่ใช่	185	74.0
ติดบุหรี่		
ใช่	180	72.0
ไม่ใช่	70	28.0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ติดสารเสพติดอื่นๆ ^a		
ใช่	57	22.8
ไม่ใช่	193	77.2
ใช้สารเสพติดอื่นๆ ในทางที่ผิด ^a		
ใช่	60	24.0
ไม่ใช่	190	76.0

^a ได้แก่ สารระเหย เหล้าแข็ง ไอซ์ กระท่อม ยาแก้ไอ Xanax ยาเค โคลเคน ผีน valium

จากตารางที่ 3 ข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา พบว่าวิธีการเสพเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด คือ การสูบทางปาก (ร้อยละ 92.8) โดยมีสาเหตุการเสพเมทแอมเฟตามีนในครั้งแรกเป็นเรื่องของความต้องการที่จะทดลองเสพของตัวผู้เข้ารับการรักษา (ร้อยละ 82.8) ในขณะที่สาเหตุของการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากการที่เพื่อนมาชวนให้เสพ (ร้อยละ 57.6) สาเหตุรองลงมาคือเรื่องของความเครียดที่มี (ร้อยละ 49.2) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการเห็นเพื่อนเสพ (ร้อยละ 48.0) ในการกลายเป็นเหตุผลในการเสพซ้ำ

เรื่องประสบการณ์การติดสารเสพติดชนิดอื่นนอกเหนือจากเมทแอมเฟตามีนของผู้เข้ารับการรักษา พบว่า บุหรี่เป็นสารที่มีจำนวนผู้ติดมากที่สุด (ร้อยละ 72.0) รองลงมาคือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 40.0) ขณะที่ฝิ่น และอนุพันธ์เป็นสารเสพติดที่มีจำนวนผู้ติดน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.40) ในเรื่องของการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด พบว่า แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาตอบว่าเคยใช้ในทางที่ผิดมากที่สุด (ร้อยละ 56.8) รองลงมาคือกัญชา (ร้อยละ 26.0)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวช
ของผู้เข้ารับการรักษา

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัดครั้งปัจจุบันมีปัญหาด้าน		
อารมณ์หรือจิตใจ		
ไม่เลย	135	54.0
เล็กน้อย	50	20.0
ปานกลาง	41	16.4
มาก	17	6.8
มากที่สุด	7	2.8
การเคยมีโรคทางจิตเวชในชีวิต		
1) Major depressive episode		
มี	26	10.4
ไม่มี	224	89.6
2) Dysthymia		
มี	0	0
ไม่มี	250	100
3) Hypomanic episode		
มี	43	17.2
ไม่มี	207	82.8
4) Manic episode		
มี	17	6.8
ไม่มี	233	93.2

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวช
ของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
5) Panic disorder		
มี	5	2.0
ไม่มี	245	98.0
6) Agoraphobia		
มี	21	8.4
ไม่มี	229	91.6
7) Obsessive-compulsive disorder		
มี	15	6.0
ไม่มี	235	94.0
8) Posttraumatic stress disorder (PTSD)		
มี	5	2.0
ไม่มี	245	98.0
9) Mood disorder with psychotic features		
มี	1	0.4
ไม่มี	249	99.6
10) Psychotic Disorder		
มี	6	2.4
ไม่มี	244	97.6
11) Antisocial personality disorder		
มี	65	26.0
ไม่มี	185	74.0

จากตารางที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เข้ารับการรักษา พบว่า ในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัดครั้งปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจ (ร้อยละ 54.0) ความผิดปกติทางจิตเวชส่วนใหญ่ที่ผู้เข้ารับการบำบัดเป็น คือ บุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial personality disorder (ร้อยละ 26.0) รองลงมาคือ การเคยมี hypomanic episode (ร้อยละ 17.2) และ major depressive episode (ร้อยละ 10.4) ทั้งนี้ไม่พบผู้ที่เคยเป็น dysthymia



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการบำบัดรักษา

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
รูปแบบการเข้าบำบัด (ครั้งปัจจุบัน)		
เข้ารักษาโดยสมัครใจ	32	12.8
เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด	218	87.2
ความรุนแรงของปัญหาทางกฎหมายด้านสารเสพติดที่กำลัง เผชิญอยู่ (N = 218)		
ไม่เลย	43	19.7
เล็กน้อย	61	28.0
ปานกลาง	71	32.6
มาก	30	13.8
มากที่สุด	13	6.0
ระยะเวลาที่สามารถหยุดการเสพยาบ้าครั้งสุดท้าย (เดือน)		
1 เดือน	64	25.6
มากกว่า 1 เดือน - 20 เดือน	134	53.6
มากกว่า 20 เดือน	52	20.8
Mean \pm SD = 14.1 \pm 26.2, Min = 1, Max = 240, Median = 4		
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งสุดท้าย		
บำบัดแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล	15	6.0
อยู่ในสถานที่ห้ามเสพยา	34	13.6
หักดิบด้วยตนเอง	187	74.8
หาสารอื่นทดแทน	14	5.6

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านการบำบัดรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุดคือบำบัดแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล		
ใช่	15	6.0
ไม่ใช่	235	94.0
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุดคืออยู่ในสถานที่ห้ามเสพ		
ใช่	34	13.6
ไม่ใช่	216	86.4
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุดคือหักดิบด้วยตนเอง		
ใช่	187	74.8
ไม่ใช่	63	25.2
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุดคือหาสารอื่นทดแทน		
ใช่	14	5.6
ไม่ใช่	236	94.4

จากตารางที่ 5 ข้อมูลด้านการบำบัดรักษา พบว่า ผู้ที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เข้ารักษาโดยถูกบังคับบำบัด (ร้อยละ 87.2) การหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนในครั้งหลังสุดส่วนใหญ่สามารถหยุดได้นานมากกว่า 1 เดือนถึง 20 เดือน (ร้อยละ 53.6) ใช้วิธีการหยุดเสพด้วยการหักดิบด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.8)

ในเรื่องของความรุนแรงของปัญหาทางกฎหมายที่กำลังเผชิญอยู่ ส่วนใหญ่เห็นว่าความรุนแรงของปัญหานั้นอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.6) รองลงมาเห็นว่าอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 28.0) ขณะที่จำนวนของผู้ที่เห็นว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากที่สุดนั้นมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.0)

ส่วนที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติดกับ ข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยทางจิตเวชและสารเสพติด ประวัติการบำบัดรักษาการเสพยาเสพติดและตัวแปรด้านครอบครัวและสังคม

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามความรุนแรงในการติดยา

ความรุนแรงในการติดยา	จำนวนผู้เข้ารับการรักษา (N = 250)	ร้อยละ (%)
รุนแรง (4 คะแนนหรือมากกว่า)	153	61.2
ไม่รุนแรง (น้อยกว่า 4 คะแนน)	97	38.8
Mean \pm SD = 4.2 \pm 2.2, Min = 0, Max = 12, Median = 4		

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการรักษาการเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน มีการเสพยาในแบบที่รุนแรง ร้อยละ 61.2 ขณะที่ผู้เข้ารับการรักษาการเสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน มีการเสพยาในแบบที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 38.8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับลักษณะส่วนบุคคล

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ						
ชาย	50	51.5	84	54.9	0.269	0.604
หญิง	47	48.5	69	45.1		
ช่วงอายุ						
18-19 ปี	16	16.5	21	13.7	2.833	0.243
20-34 ปี	61	62.9	111	72.5		
มากกว่า 34 ปี	20	20.6	21	13.7		
ศาสนา						
พุทธ	94	96.9	138	90.2	4.002	0.045 ^a
อิสลาม คริสต์ อื่นๆ	3	3.1	15	9.8		
สถานภาพสมรส						
สมรส	49	50.5	44	28.8	14.348	0.001 ^a
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	9.3	34	22.2		
โสด	39	40.2	75	49.0		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	45	46.4	56	36.6	2.363	0.124
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า	52	53.6	97	63.4		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือ (N = 249)						
มี	68	70.1	90	59.2	3.02	0.082
ไม่มี	29	29.9	62	40.8		
การประกอบอาชีพมีรายได้						
มี	76	78.4	115	75.2	0.334	0.563
ไม่มี	21	21.6	38	24.8		
รายได้ (ต่อวัน)						
0-100 บาท	12	12.4	33	21.6	3.479	0.176
101 – 500 บาท	74	76.3	106	69.3		
มากกว่า 500 บาท	11	11.3	14	9.2		
การมีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ						
ดูแล						
มี	38	39.2	51	33.3	0.884	0.347
ไม่มี	59	60.8	102	66.7		
การมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว						
มี	66	68.0	117	76.5	2.150	0.143
ไม่มี	31	32.0	36	23.5		

^a p < 0.05 Chi-Square test, two-tailed

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับปัจจัยในด้านของลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ สถานภาพสมรส ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีระดับความรุนแรงในการเสพยาในแบบรุนแรงจะมีสัดส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสด และ หม้าย หย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่ ($\chi^2 = 14.348$, $df = 2$, $p = 0.001$) มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความรุนแรงของการเสพยาในแบบไม่รุนแรงเช่นเดียวกับการนับถือศาสนา พบว่า ผู้ที่เสพยาแบบรุนแรงมีสัดส่วนของการนับถือศาสนาพุทธ ($\chi^2 = 4.002$, $df = 1$, $p = 0.045$) มากกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือ การประกอบอาชีพมีรายได้ จำนวนรายได้(ต่อวัน) การมีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล และการมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ที่ระดับ 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)		(N=153)			
	ไม่รุนแรง (N = 97)	รุนแรง (N = 153)	ไม่รุนแรง (N = 97)	รุนแรง (N = 153)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคคลที่ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่						
อยู่ด้วย (N = 247)						
ครอบครัว	50	52.1	49	32.5	10.981	0.004 ^a
เพื่อน	36	37.5	69	45.7		
อยู่คนเดียว	10	10.4	33	21.9		
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิด						
กับมารดา						
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	26	26.8	37	24.2	0.332	0.847
ปานกลาง	15	15.5	27	17.6		
มากถึงมากที่สุด	56	57.7	89	58.2		
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิด						
กับบิดา						
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	37	38.1	67	43.8	7.479	0.024 ^a
ปานกลาง	10	10.3	31	20.3		
มากถึงมากที่สุด	50	51.5	55	35.9		
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิด						
กับเพื่อน						
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	36	37.1	47	30.7	1.153	0.562
ปานกลาง	27	27.8	49	32.0		
มากถึงมากที่สุด	34	35.1	57	37.3		

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพี่						
น้อง (N=242)						
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	31	33.5	59	39.6	4.316	0.116
ปานกลาง	16	17.2	36	24.2		
มากถึงมากที่สุด	46	49.5	54	36.2		
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ						
คู่รัก คู่สมรส (N=221)						
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	31	37.3	74	53.6	5.509	0.064
ปานกลาง	10	12.0	12	8.7		
มากถึงมากที่สุด	42	50.6	52	37.7		
ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ						
บุตร (N=217)						
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	48	59.3	90	56.2	1.177	0.555
ปานกลาง	6	7.4	7	5.1		
มากถึงมากที่สุด	27	33.3	39	28.7		
ในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัด						
ครั้งปัจจุบันมีปัญหา						
ครอบครัว						
มีปัญหาในครอบครัว	42	43.3	88	57.5	4.807	0.028 ^a
ไม่มีปัญหาในครอบครัว	55	56.7	65	42.5		

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การใช้สารเสพติดของญาติที่มี ความสัมพันธ์ทางสายเลือด ระดับสอง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา						
ใช่	17	17.5	31	20.3	0.286	0.593
ไม่ใช่	80	82.5	122	79.7		
การใช้สารเสพติดของญาติที่มี ความสัมพันธ์ทางสายเลือด ระดับหนึ่ง เช่น มารดา บิดา						
ใช่	15	15.5	31	20.3	0.910	0.340
ไม่ใช่	82	84.5	122	79.7		
การใช้สารเสพติดของญาติที่มี ความสัมพันธ์ทางสายเลือด ระดับหนึ่ง เช่น พี่ น้อง						
ใช่	26	26.8	38	24.8	0.121	0.728
ไม่ใช่	71	73.2	115	75.2		

^a p < 0.05 Chi-Square test, two-tailed

จากตารางที่ 8 ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีการเสพช้ำแบบรุนแรงจะมีสัดส่วนการใช้เวลาว่างเป็นส่วนใหญ่กับเพื่อนมากกว่าผู้ที่มีการเสพช้ำแบบไม่รุนแรง ($\chi^2 = 10.981$, $df = 1$, $p = 0.004$) ผู้ที่เสพช้ำแบบรุนแรงจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบิดาในระดับน้อยกว่าผู้ที่เสพช้ำแบบไม่รุนแรง ($\chi^2 = 7.479$, $df = 1$, $p = 0.024$) เช่นเดียวกับปัจจัยในเรื่องของการมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวก่อนการบำบัดในช่วง 30 วัน ซึ่งถือเป็นหนึ่งในสามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีน โดยผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนช้ำที่รุนแรงจะมีสัดส่วนการมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวมากกว่าผู้ที่เสพช้ำแบบไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยในเรื่องระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับมารดา เพื่อน บุตร แฟน คู่สมรส พี่น้องรวมถึง การใช้สารเสพติดของญาติ เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนช้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
วิธีการเสพเมทแอมเฟตามีนที่						
ใช้บ่อยที่สุด (N = 249)						
สูบทางปาก	92	94.8	140	92.1	0.403	0.699
ดื่ม กิน สูดทางจมูก นิด	5	5.2	12	7.9		
สาเหตุการใช้ครั้งแรก : ต้องการ						
ทดลอง						
ใช่	75	77.3	132	86.3	3.343	0.068
ไม่ใช่	22	22.7	21	13.7		
สาเหตุการใช้ครั้งแรก : เพื่อน						
ชวน						
ใช่	55	56.7	82	53.6	0.231	0.631
ไม่ใช่	42	43.3	71	46.4		
สาเหตุการใช้ครั้งแรก : เห็น						
เพื่อนใช้						
ใช่	46	47.4	68	44.4	0.212	0.645
ไม่ใช่	51	52.6	85	55.6		
สาเหตุการใช้ครั้งแรก : ต้องการ						
คลายเครียด						
ใช่	29	29.9	44	28.8	0.037	0.847
ไม่ใช่	68	70.1	109	71.2		

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สาเหตุการกลับมาใช้ซ้ำ :						
ต้องการคลายเครียด						
ใช่	41	42.3	82	53.6	3.047	0.081
ไม่ใช่	56	57.7	71	46.4		
สาเหตุการกลับมาใช้ซ้ำ :						
เพื่อนชวน						
ใช่	61	62.9	83	54.2	1.814	0.178
ไม่ใช่	36	37.1	70	45.8		
สาเหตุการกลับมาใช้ซ้ำ :						
ต้องการทดลอง						
ใช่	14	14.4	16	10.5	0.888	0.346
ไม่ใช่	83	85.6	137	89.5		
สาเหตุการกลับมาใช้ซ้ำ : เห็น						
เพื่อนใช้						
ใช่	47	48.5	73	47.7	0.013	0.909
ไม่ใช่	50	51.5	80	52.3		
ติดแอลกอฮอล์						
ใช่	31	32.0	69	45.1	4.270	0.039 ^a
ไม่ใช่	66	68.0	84	54.9		

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการเสพสุราและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (N=250)				χ^2	P-values
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด						
ใช่	44	45.4	98	64.1	8.452	0.004 ^a
ไม่ใช่	53	54.6	55	35.9		
ติดฝิ่น และอนุพันธ์						
ใช่	1	1.0	10	6.5	-	0.055 ^b
ไม่ใช่	96	99.0	143	93.5		
ใช้ฝิ่น และอนุพันธ์ในทางที่ผิด						
ใช่	0	0.0	8	5.2	-	0.025 ^b
ไม่ใช่	97	100.0	145	94.8		
ติดกัญชา						
ใช่	11	11.3	37	24.2	6.311	0.012 ^a
ไม่ใช่	86	88.7	116	75.8		
ใช้กัญชาในทางที่ผิด						
ใช่	17	17.5	48	31.4	5.916	0.015 ^a
ไม่ใช่	80	82.5	105	68.6		
ติดบุหรี่						
ใช่	65	67.0	115	75.2	1.957	0.162
ไม่ใช่	32	33.0	38	24.8		

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการเสพยาและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)		(N=153)			
	ไม่รุนแรง (N = 97)	รุนแรง (N = 153)	จำนวน	ร้อยละ		
ติดสารเสพติดอื่นๆ ^c						
ใช่	14	14.4	43	28.1	6.304	0.012 ^a
ไม่ใช่	83	85.6	110	71.9		
ใช้สารเสพติดอื่นๆ ในทางที่ผิด ^c						
ใช่	16	16.5	44	28.8	4.895	0.027 ^a
ไม่ใช่	81	83.5	109	71.2		

^a p < 0.05 Chi-Square test, two-tailed

^b Fisher's Exact test, two-tailed

^cได้แก่ สารระเหย เหล้าแข็ง ไอซ์ กระท่อม ยาแก้ไอ Xanax ยาเค โคเคน ฝิ่น valium

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเสพยาและสารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษา กับ ระดับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's Exact Test พบว่า วิธีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด สาเหตุการใช้ครั้งแรก และสาเหตุการกลับมาใช้ซ้ำ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในผู้ที่กลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในระดับรุนแรง พบว่า มีสัดส่วนการเคยติดแอลกอฮอล์ ($\chi^2 = 4.270$, $df = 1$, $p = 0.039$) กัญชา ($\chi^2 = 6.311$, $df = 1$, $p = 0.012$) หรือสารเสพติดอื่นๆ ($\chi^2 = 6.304$, $df = 1$, $p = 0.012$) ที่มากกว่าผู้ที่กลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในระดับที่ไม่รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการเคยใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด ($\chi^2 = 8.452$, $df = 1$, $p = 0.004$) ใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ในทางที่ผิด ($p = 0.025$) ใช้กัญชาในทางที่ผิด ($\chi^2 = 5.916$, $df = 1$, $p = 0.015$) และ ใช้สารเสพติดอื่นๆ ในทางที่ผิด ($\chi^2 = 4.895$, $df = 1$, $p = 0.027$)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้าน
สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เข้ารับการรักษา

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัด						
ครั้งปัจจุบันมีปัญหาด้าน						
อารมณ์หรือจิตใจ						
ไม่มีปัญหา	65	67.0	70	45.8	10.802	0.005 ^a
เล็กน้อย	14	14.4	36	23.5		
ปานกลางถึงมากที่สุด	18	18.6	47	30.7		
การเคยมีโรคทางจิตเวชในชีวิต						
1) Major depressive episode						
มี	9	9.3	17	11.1	0.214	0.644
ไม่มี	88	90.7	136	88.9		
2) Dysthymia						
มี	0	0	0	0	-	-
ไม่มี	97	100.0	153	100.0		
3) Hypomanic episode						
มี	18	18.6	25	16.3	0.205	0.651
ไม่มี	79	81.4	128	83.7		
4) Manic episode						
มี	2	2.1	15	9.8	5.615	0.018 ^a
ไม่มี	95	97.9	138	90.2		

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้าน
สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
5) Panic disorder						
มี	1	1.0	4	2.6	-	0.651 ^b
ไม่มี	96	99.0	149	97.4		
6) Agoraphobia						
มี	4	4.1	17	11.1	3.767	0.052
ไม่มี	93	95.9	136	88.9		
7) Obsessive-compulsive disorder						
มี	3	3.1	12	7.8	2.375	0.123
ไม่มี	94	96.9	141	92.2		
8) Posttraumatic stress disorder (PTSD)						
มี	1	1.0	4	2.6	-	0.651 ^b
ไม่มี	96	99.0	149	97.4		
9) Mood disorder with psychotic features						
มี	0	0.0	1	0.7	-	1.000 ^b
ไม่มี	97	100.0	152	99.3		
10) Psychotic Disorder						
มี	3	3.1	3	2.0	-	0.680 ^b
ไม่มี	94	96.9	150	98.0		

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
11) Antisocial personality disorder						
มี	17	17.5	48	31.4	5.916	0.015 ^a
ไม่มี	80	82.5	105	68.6		

^a $p < 0.05$ Chi-Square test, two-tailed

^b Fisher's Exact test, two-tailed

จากตารางที่ 10 การมีภาวะแมนิก (manic episode) ($\chi^2 = 5.615$, $df = 1$, $p = 0.018$) มีบุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) ($\chi^2 = 5.916$, $df = 1$, $p = 0.015$) รวมถึงการมีปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจเข้ามารบกวนในช่วง 30 วัน ก่อนเข้ารับบำบัดครั้งปัจจุบัน ($\chi^2 = 10.802$, $df = 4$, $p = 0.005$) ถือเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยการทดสอบทางสถิติไคสแควร์ โดย 1 ใน 3 (ร้อยละ 30.7) ของผู้ที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำในระดับที่รุนแรงมีส่วนการเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจในช่วง 30 วัน ก่อนการบำบัดในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ซึ่งมากกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง (ร้อยละ 18.6) นอกจากนี้ 1 ใน 3 (ร้อยละ 31.4) ของผู้เสพยาแบบรุนแรงเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ antisocial personality disorder ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าผู้เสพยาแบบไม่รุนแรง (ร้อยละ 17.5) ร้อยละ 10 ของผู้เสพยาแบบรุนแรงเป็นผู้ที่มีภาวะแมนิก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรงที่มีภาวะแมนิกเพียงร้อยละ 2

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้าน
การบำบัดรักษา

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รูปแบบการเข้าบำบัด (ครั้งปัจจุบัน)						
เข้ารักษาโดยสมัครใจ	5	5.2	27	17.6	8.300	0.004 ^a
เข้าโดยบังคับบำบัด	92	94.8	126	82.4		
ความรุนแรงของปัญหาทางกฎหมายด้านสารเสพติดที่กำลังเผชิญอยู่ (N = 218)						
ไม่เคย	24	26.1	19	15.1	4.733	0.094
เล็กน้อยถึงปานกลาง	49	53.3	83	65.9		
มากถึงมากที่สุด	19	20.7	24	19.0		
การบำบัดก่อนครั้งปัจจุบัน						
เคย	36	37.1	60	39.2	0.111	0.739
ไม่เคย	61	62.9	93	60.8		
ระยะเวลาที่สามารถหยุดการเสพยาบ้าครั้งสุดท้าย (เดือน)						
1 เดือน	25	25.8	39	25.5	0.004	0.998
มากกว่า 1 เดือน - 20 เดือน	52	53.6	82	53.6		
มากกว่า 20 เดือน	20	20.6	32	20.9		

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดตามมีนซ้ำกับข้อมูลด้านการบำบัดรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดตามมีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้ง						
หลังสุด						
บำบัดแบบผู้ป่วยใน	0	0.0	15	9.8	12.476	0.006 ^a
อยู่ในสถานที่ห้ามเสพ	18	18.6	16	10.5		
หักดิบด้วยตนเอง	74	76.3	113	73.9		
หาสารอื่นทดแทน	5	5.2	9	5.9		
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้ง						
หลังสุดคือบำบัดแบบผู้ป่วย						
ใน						
ใช่	0	0.0	15	9.8	10.117	0.001 ^a
ไม่ใช่	97	100.0	138	90.2		
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้ง						
หลังสุดคืออยู่ในสถานที่ห้าม						
เสพ						
ใช่	18	18.6	16	10.5	3.314	0.069
ไม่ใช่	79	81.4	137	89.5		
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้ง						
หลังสุดคือหักดิบด้วยตนเอง						
ใช่	74	76.3	113	73.9	0.186	0.666
ไม่ใช่	23	23.7	40	26.1		

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำกับข้อมูลด้านการบำบัดรักษา (ต่อ)

	ความรุนแรงในการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ				χ^2	P-values
	(N=250)					
	ไม่รุนแรง (N = 97)		รุนแรง (N = 153)			
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้ง						
หลังสุดคือหาสารอื่นทดแทน						
ใช่	5	5.2	9	5.9	0.059	0.807
ไม่ใช่	92	94.8	144	94.1		

^a p < 0.05 Chi-Square test, two-tailed

จากตารางที่ 11 รูปแบบการเข้าบำบัดรักษาการติดยาเสพติดในครั้งปัจจุบันเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการกลับไปเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ ($\chi^2 = 8.300$, df = 1, p = 0.004) โดยพบว่าผู้ที่มีการเสพยาในแบบรุนแรงมีส่วนการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจมากกว่า

นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดโดยการบังคับบำบัด พบว่าสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่กลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรง (ร้อยละ 65.9) คิดเห็นว่าความรุนแรงของปัญหาทางกฎหมายด้านยาเสพติดที่กำลังเผชิญอยู่นั้นอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่เสพยาในแบบไม่รุนแรง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากรูปแบบวิธีการการเข้ารับการบำบัดในครั้งปัจจุบันแล้ว วิธีการที่ใช้หยุดการเสพยาได้นานกว่า 1 เดือนในครั้งล่าสุดก่อนเข้ารับการบำบัดก็มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการกลับไปเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำเช่นเดียวกัน ($\chi^2 = 12.476$, df = 3, p = 0.006) โดยผู้ที่กลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรงมีวิธีการบำบัดครั้งล่าสุดโดยการบำบัดแบบผู้ป่วยในมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่กลับมาเสพยาในแบบที่ไม่รุนแรง ($\chi^2 = 10.117$, df = 1, p = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความถดถอยด้วยวิธี backward likelihood ratio

ตารางที่ 12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการติดยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำด้วยสถิติ logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ด้วยวิธี backward likelihood ratio

ปัจจัยศึกษา	Wald	df	p-value	Odds Ratio	95% Confidence Interval		
					Lower	Upper	
สถานภาพสมรส							
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	10.417	1	0.001	4.444	1.796	10.994	
โสด	4.068	1	0.044	1.873	1.018	3.448	
สมรสแล้ว	-	-	-	-	-	-	
สารเสพติดอื่นๆ^a							
ใช่	5.374	1	0.020	2.356	1.142	4.861	
ไม่ใช่	-	-	-	-	-	-	
รูปแบบการเข้ารักษา (ครั้งปัจจุบัน)							
เข้ารักษาโดยสมัครใจ	4.187	1	0.041	3.027	1.048	8.743	
เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด	-	-	-	-	-	-	

^aได้แก่ สารระเหย เหล้าแข็ง ไอซ์ กระท่อม ยาแก้ไอ Xanax ยาโคเคน ฟีน valium

จากตารางที่ 12 เมื่อทำการควบคุมตัวแปรอื่นๆ เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้ logistic regression ด้วยวิธี backward likelihood ratio ผลปรากฏว่าเรื่องการมีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (OR = 4.444, p = 0.001) และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด (OR = 1.873, p = 0.044) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำในแบบรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส

อยู่ร่วมกับคู่สมรส โดยสามารถทำนายได้ว่าผู้มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีโอกาสในการกลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 4.444 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่สมรส และผู้มีสถานภาพสมรสโสด มีโอกาสในการกลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 1.873 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่สมรส

บุคคลที่ติดสารเสพติดอื่นๆ มาก่อน (OR = 2.356, p = 0.020) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มบุคคลที่ไม่เคยติดสารเสพติดอื่นๆ มาก่อน โดยสามารถทำนายได้ว่าผู้ติดสารเสพติดอื่นๆ มาก่อน มีโอกาสในการกลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 2.356 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลที่ไม่เคยติดสารเสพติดอื่นๆ มาก่อน

บุคคลที่เข้ารักษาโดยสมัครใจ (ครั้งปัจจุบัน) เป็นผู้มีการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในระดับที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มที่เข้ารักษาโดยการบังคับบำบัด (ครั้งปัจจุบัน) (OR = 3.027, p = 0.041) โดยสามารถทำนายได้ว่าบุคคลที่เข้ารักษาโดยสมัครใจ (ครั้งปัจจุบัน) มีโอกาสในการกลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 3.027 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลที่เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องความรุนแรงของการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยในสถาบันราชกุมารภักดิ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดยาเสพติด มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาถึงความรุนแรงของการติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงในการติดยาเสพติด (Severity of Dependence Scale หรือ SDS) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview-lifetime (M.I.N.I - lifetime) ฉบับภาษาไทย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในการเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบที่มีความรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 61.2 ขณะที่ผู้ที่กลับมาเสพยาซ้ำในแบบที่ไม่รุนแรงคิดเป็นร้อยละ 38.8 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน ที่เข้ารับการบำบัด

ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติด จำนวน 250 คน มีค่าเฉลี่ยของอายุอยู่ที่ 27 ปี (ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 27 ± 7 ปี) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 134 คน (ร้อยละ 53.6) มีการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า จำนวน 149 คน (ร้อยละ 59.6) ส่วนใหญ่ทำงานมีรายได้ (ร้อยละ 76.4) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 297 บาท และมีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ 73.2) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.8) และไม่มีบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบดูแล (ร้อยละ 64.4)

ประวัติการใช้สารเสพติด เช่น เมทแอมเฟตามีน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฝิ่น กัญชา สารระเหย ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่าจากทั้งหมด 250 คน ส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์ จำนวน 117 คน รองลงมาใช้เมทแอมเฟตามีน จำนวน 53 คน และมีจำนวน 16 คน ที่เคยใช้กัญชา

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติด พบว่าผู้มีระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับมารดา และบิดา อยู่ในระดับที่มากที่สุดมี จำนวน 99 คน และ จำนวน

66 คน (ร้อยละ 39.6, 26.4 ตามลำดับ) ในขณะที่ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพื่อนส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4)

นอกเหนือจากสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มตัวอย่างที่เสพแล้ว ยังเคยคิดแอลกอฮอล์ ฟีน กัญชา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ด้วย โดยสารเสพติดส่วนใหญ่ที่เคียดคือ บุหรี่ จำนวน 180 คน (ร้อยละ 72) รองลงมาคือแอลกอฮอล์ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 40) กัญชา จำนวน 48 คน (ร้อยละ 19.2) ฟีนและอนุพันธ์ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.4) และสารอื่นๆ (เช่น สารระเหย) จำนวน 57 คน (ร้อยละ 22.8) ตามลำดับ วิธีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนที่นิยมมากที่สุดคือ วิธีการสูบทางปาก จำนวน 232 คน (ร้อยละ 92.8) โดยเหตุผลในการเสพยาครั้งแรก คือ ต้องการทดลอง จำนวน 207 คน (ร้อยละ 82.8)

การบำบัดรักษาการเสพยาเมทแอมเฟตามีน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด มีจำนวน 218 คน (ร้อยละ 87.2) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยวิธีการบังคับบำบัดในครั้งปัจจุบัน โดยกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการกระทบในด้านของกฎหมายที่ต้องเผชิญนั้นมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 71 คน (ร้อยละ 32.6) ในขณะที่ผู้ที่เห็นว่าอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุด มีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 6) ซึ่งเป็นความเห็นที่มีผู้ตอบน้อยที่สุด

การบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดในการหยุดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 เดือน คือ การหักดิบด้วยตนเอง จำนวน 187 คน (ร้อยละ 74.8) โดยมีระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาได้ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1 เดือนถึง 20 ปี (ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.1 ± 26.2 เดือน) โดยส่วนใหญ่สามารถหยุดได้นานที่สุดตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ถึง 20 เดือน จำนวน 134 คน (ร้อยละ 53.6)

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยา พบว่า การกลับมาเสพยาแบบรุนแรงนั้นพบในกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.2) มีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอื่นๆ (ร้อยละ 9.8) โดยปัจจัยดังกล่าวเมื่อทำการวิเคราะห์ความถดถอย พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

นอกจากปัจจัยในเรื่องศาสนาแล้ว ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องของสถานภาพสมรสก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยาเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ที่กลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรงโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคือผู้ที่มีอยู่ร่วมกัน

หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ตามลำดับ (ร้อยละ 28.8, 22.2 ตามลำดับ) ขณะที่การกลับมาเสพซ้ำแบบไม่รุนแรงอยู่ในกลุ่มผู้ที่สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 50.5) เมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรสแบบอื่น

รูปแบบความรุนแรงของการกลับมาเสพซ้ำยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยในเรื่องของบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่ด้วย ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบิดา การมีปัญหากับครอบครัว โดยกลุ่มที่กลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงนั้นส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างอยู่กับเพื่อน (ร้อยละ 45.7) มีความสัมพันธ์กับบิดาอยู่ในระดับที่น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์ (ร้อยละ 43.8) รวมถึงการมีปัญหากับความครอบครัว (ร้อยละ 57.4)

ด้านการเสพสุราและสารเสพติด พบว่า การเคียดแค้นแอลกอฮอล์ ใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด ใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ในทางที่ผิด ดึกัญชา ใช้กัญชาในทางที่ผิด ดินสารเสพติดอื่นๆ ใช้สารเสพติดอื่นๆ ในทางที่ผิด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบความรุนแรงในการกลับมาเสพซ้ำอีกครั้ง ซึ่งพบว่าทั้งหมดของผู้ที่เคยใช้ฝิ่นและอนุพันธ์ในทางที่ผิดกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบที่รุนแรง รวมถึงผู้ใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดก็มีการกลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงเป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกัน(ร้อยละ 64.1)

การมีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจ การมีภาวะเมนิค บุคลิกภาพแบบอันธพาล รูปแบบการเข้าบำบัดครั้งปัจจุบัน และวิธีการที่สามารถใช้หยุดเสพได้ครั้งหลังสุด อันเป็นปัจจัยด้านสุขภาพจิตและด้านการบำบัดรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเสพซ้ำ

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ มาวิเคราะห์ความถดถอยด้วยวิธี backward likelihood ratio พบว่าปัจจัยในเรื่องสถานภาพสมรส การเคยเสพสารเสพติดอื่นๆ เช่น สารระเหย เหล้าแหม่ง ไอซ์ กระท่อม ยาแก้ไอ เป็นต้น และรูปแบบการเข้ารักษาครั้งปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพซ้ำแม้ควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นแล้ว โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยกกันอยู่ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสกลับมาเสพซ้ำแบบที่รุนแรงมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด ประมาณ 4 เท่า เช่นเดียวกับผู้ที่เคยใช้สารเสพติดอื่นๆ ก็เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเสพ ประมาณ 2 เท่า และผู้ที่เข้ารักษาโดยสมัครใจก็มีโอกาสกลับมาเสพซ้ำในแบบที่รุนแรงมากกว่าประมาณ 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบัน รัชฎูญรักษ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เสพยาเสพติดประเภท เมทแอมเฟตามีนที่สามารถหยุดการเสพยาได้อย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 250 ราย พบว่า กลุ่มที่มีการ กลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรงส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ช่วง 20 – 34 ปี (ร้อยละ 72.5) ซึ่งไม่ สอดคล้องกับงานหลายชิ้นที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดมากที่สุดมีช่วงอายุต่ำกว่า 25 ปี [59],[60] และมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อยๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างนั้นกำหนดให้เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษาที่ได้จึงมีความขัดแย้งกับ งานวิจัยชิ้นอื่นๆ ตามที่ปรากฏ เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่สำคัญในการก้าวเข้ามาสู่วงจรของปัญหา สารเสพติดในการเสพยาครั้งแรก พบว่า เป็นเรื่องของความต้องการที่จะทดลอง ซึ่งเหตุผลดังกล่าวดู เหมือนจะเป็นเหตุผลที่อยู่คู่กับปัญหาการเสพยาเสพติดมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษา ของสุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย ในปี พ.ศ. 2522[61] ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลรัชฎูญรักษ์ จำนวน 246 คน ก็มีข้อค้นพบเช่นเดียวกัน แม้ระยะเวลาจะผ่านเลยมามากกว่า 30 ปีแล้วก็ตาม

จากเดิมสารเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า มักจะได้รับความนิยมใน การเสพยาจากกลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาต่ำและต้องทำงานที่ใช้แรงงานเข้มข้น เพื่อให้สามารถทำงาน ได้นานขึ้นมากขึ้นและหนักขึ้น แต่ปัจจุบันกลับกลายเป็นสารที่ถูกใช้ในวงกว้างไม่ใช่เพียงกลุ่มผู้ใช้ แรงงานเท่านั้น แต่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงก็หันมาเสพยาเพื่อความบันเทิงเช่นเดียวกัน[62] ทั้งนี้ เนื่องมาจากฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนในระยะแรกนั้นส่งผลให้ผู้เสพยารู้สึกดี ตื่นตัว ไม่ง่วง มี อาการเมาแบบเคลิ้มอ่อนๆ เกิดความรู้สึกมีความสุข อันเป็นผลจากการหลั่งสาร dopamine ใน บริเวณ limbic reward system[63],[64] จนเกิดแนวคิดเรื่องของสมองติดสารหรือบางครั้งเรียกว่า การติดสารทางจิตใจ (psychological dependent)[65] ขึ้น ผลที่ได้จากการศึกษาได้สนับสนุน ปรากฏการณ์ดังกล่าว กล่าวคือ กลุ่มที่ใช้สารเสพติดซ้ำในแบบที่รุนแรง ร้อยละ 63.4 เป็นผู้ที่มี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า ขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีการกลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรงเพียงร้อยละ 36.6 แต่ทว่าเหตุผลในการกลับมาเสพยาเมทแอม เฟตามีนซ้ำอีกครั้งหลังจากที่สามารถหยุดการเสพยาได้อย่างน้อย 1 เดือนกลับกลายเป็นเรื่องของการ ถูกชักชวนโดยเพื่อน จากแนวคิดของอรรถพร วิสุทธีมรรค[66] ที่ระบุถึงองค์ประกอบและสาเหตุ การใช้สารเสพติดไว้ 3 ด้าน คือ บุคคล ตัวสาร และปัจจัยซึ่งนำไปสู่การใช้สาร การถูกชักชวนถูก จัดเป็นหนึ่งในปัจจัยซึ่งนำไปสู่การใช้สารเสพติดตามแนวคิดดังกล่าวด้วยเช่นเดียวกัน และอีก เหตุผลหนึ่งที่มีผู้ตอบเป็นจำนวนใกล้เคียงกับการถูกชักชวนโดยเพื่อน คือเรื่องของความเครียด ทำ

ให้เกิดความรู้สึกต้องการที่จะใช้อันแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อม บุคคลใกล้ชิด ลักษณะบุคลิกภาพของผู้เสพที่เข้ามาเป็นปัจจัยร่วมในการเสพยาเสพติด

ปัจจัยในเรื่องของสถานภาพสมรส ศาสนา การมีภาวะ manic episode การมีบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial personality disorder การมีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจก่อนการเข้าบำบัด 30 วัน ล้วนเป็นปัจจัยที่พบในเบื้องต้นที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบความรุนแรงในการเสพยา จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการกลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรงนั้นมีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแบบอื่นๆ ถึงหนึ่งเท่าตัว จากการศึกษาของชัยวิช สารทภาพร[67] พบว่า ผู้ติดสารเสพติดมีมโนภาพแห่งตน (self – concept) คือการรับรู้ต่อตนเองในด้านสติปัญญาและสถานภาพที่ต่ำ อันอาจเกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลตนเองที่อาจผิดพลาดได้โดยง่าย เมื่อต้องอยู่ตามลำพัง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งยังไม่ต้องมีภาระรับผิดชอบดูแลบุคคลอื่น จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พบว่าผู้ที่โสดมีพฤติกรรมในการกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนในแบบที่รุนแรงดังกล่าว

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยในเรื่องของศาสนานั้นมีความสัมพันธ์กับรูปแบบความรุนแรงในการเสพยา ($p = 0.045$) เมื่อทำการทดสอบด้วยไคสแควร์ แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์ logistic regression ด้วยวิธี backward likelihood ratio ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ กลับพบว่าปัจจัยในเรื่องของศาสนานั้นไม่มีความเสี่ยงที่จะกลับมาใช้ยาในแบบที่รุนแรง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยในเรื่องของศาสนานั้นอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ทำให้เกิดผลที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กับรูปแบบความรุนแรงในการเสพยาของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมก็ไม่พบปัจจัยในเรื่องดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเช่นเดียวกัน

มีการศึกษาของหลายท่านที่ระบุถึงบุคลิกภาพส่วนใหญ่ของผู้ติดสารเสพติดว่าจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมหรืออันธพาล (antisocial personality disorder) ซึ่งจะไม่รู้สึกว่าการที่ตนทำนั้นเป็นสิ่งที่ผิด จึงทำสิ่งต่างๆ แบบไม่ยั้งคิด และผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบฟุ้งเฟ้อ[68],[69] จากการศึกษาก็ได้ผลที่สอดคล้องกับองค์ความรู้ดังกล่าวด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การกลับมาเสพยาในแบบที่รุนแรงนั้นเป็นผู้ที่มีบุคลิกแบบ antisocial personality disorder และผู้มีภาวะเมเนีย ทั้งนี้จากการศึกษายังไม่สามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีนหรือไม่

ด้านครอบครัวและสังคมเป็นอีกด้านหนึ่งที่พบว่ามีความสำคัญต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ กลุ่มที่มีการเสพยาในแบบที่รุนแรงส่วนใหญ่มี

ความสัมพันธ์กับมารดาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นเดียวกับระดับความสัมพันธ์ต่อเพื่อน แต่ความสัมพันธ์ที่มีต่อบิดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการกลับมาเสพติด โดยพบว่าการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำแบบที่รุนแรงนั้น เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับบิดาในระดับที่น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์เลย ในทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพโดยพื้นฐานของสังคมไทยในเรื่องลำดับความสำคัญยังคงให้ความสำคัญใหญ่กับฝ่ายชายโดยถือว่าบิดาเป็นหัวหน้าครอบครัว สิ่งที่บิดากระทำจึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลอันอาจจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งในแง่บวกหรือลบ นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาในครอบครัว โดยการมีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับรูปแบบความรุนแรงในการเสพติดเช่นเดียวกับในหลายผลการศึกษาที่ผ่านมา[70], [71]

การใช้สารเสพติดในครอบครัวที่พบมากที่สุดคือแอลกอฮอล์ ลำดับสองคือเมทแอมเฟตามีน แต่ก็ไม่ใช่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพติด แม้จะมีงานวิจัยที่ระบุถึงการที่ใช้สารเสพติดในครอบครัวจะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก็ตาม[72] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ใช้เวลาส่วนใหญ่ของตนอยู่กับเพื่อน อันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติดในแบบที่รุนแรง อีกทั้งข้อมูลที่ได้ในเรื่องของสาเหตุการเสพติดทั้งในครั้งแรกและการกลับมาเสพติดมีเพียง ร้อยละ 2.80 และร้อยละ 1.20 เท่านั้นที่บอกว่าการเห็นคนในครอบครัวใช้เป็นสาเหตุการของเสพติดแอมเฟตามีนของตน

นอกจากการใช้สารเสพติดในครอบครัวแล้ว ความรุนแรงของการเสพติดยังมีความสัมพันธ์กับประวัติการใช้สารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์ ฝิ่นและอนุพันธ์ กัญชา หรือสารเสพติดอื่นๆของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้พบว่าผู้เสพติดจะเคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิดเสมอ อาจเนื่องเพราะต้องการทดลอง อยากรู้ หรือเพื่อนชวน จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อโอกาสให้เกิดการเสพติดสารอื่นๆ ด้วย ในงานวิจัยของบ็องร สุปรัดดาและคณะ[73] พบว่าผู้เสพติดแอมเฟตามีนใช้สารอื่น เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ทดแทนเมื่อไม่สามารถหาเมทแอมเฟตามีนได้ กลัวถูกจับ หรือต้องการเลิกเสพติดแอมเฟตามีน

ด้านการบำบัดรักษาการเสพติดแอมเฟตามีน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 แต่กลุ่มที่มีพฤติกรรมในการกลับมาเสพติดในรูปแบบที่รุนแรงเป็นส่วนใหญ่ กลับเป็นกลุ่มที่เข้ารักษาในสถาบันธัญญารักษ์โดยสมัครใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ สถาบันธัญญารักษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขอร้องจากครอบครัวและญาติให้เข้ารับการบำบัดรักษาจะมีการเสพติดร้อยละ 22.2 ต้องการเลิกเสพติดด้วยตนเองมีการเสพติด ร้อยละ 21.8 ถูกจับ

มีการเสพยา ร้อยละ 12.7 และถูกแจ้งให้เข้าบำบัดจากฝ่ายปกครองมีการเสพยา ร้อยละ 9.8 ถึงแม้จะมีพบนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม[74]

ผู้ที่สามารถหยุดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนด้วยวิธีการเข้าบำบัดที่สถานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยาในแบบที่รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับวิธีการอื่นไม่ว่าจะเป็นการอยู่ในสถานที่ห้ามเสพยา เช่น เรือนจำ สถานพินิจ วัด การหักดิบด้วยตนเอง หรือการใช้สารอื่นทดแทน แม้ปัจจัยในเรื่องของวิธีการที่ใช้หยุดการเสพยาได้ครั้งหลังสุดโดยรวมจะมีความสัมพันธ์กับรูปแบบความรุนแรงของการกลับมาเสพยาด้วยก็ตาม

นอกจากนี้ผลการศึกษาของสมภพ เชาว์เพชรไพโรจน์ ยังยืนยันว่า ปัจจัยด้านการรักษา มีผลต่อการหวนกลับไปเสพยาเสพติดอีก ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านกระบวนการยุติธรรม มีผลต่อการกลับมาเสพยาในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสังคม ไม่มีผลต่อการหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จากการสอบถามผู้ป่วยชายที่ติดสารเสพติดที่รับการบำบัดฟื้นฟูแล้วหวนกลับมาเสพยาอีกครั้ง จำนวน 115 คน[75] อันแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาต่อการเสพยาของผู้เข้ารับการบำบัด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลของการศึกษาความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้ค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาซ้ำแบบรุนแรงหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสถานภาพสมรส รูปแบบการเข้าบำบัดรักษา และวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการบำบัดการหยุดใช้สารเมทแอมเฟตามีนของตน และถึงแม้ว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ทำการศึกษาพร้อมด้วย เช่น ประวัติการเคยใช้สารเสพติด ระดับความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อน การมีปัญหาทางด้านอารมณ์หรือจิตเวช เป็นต้น นั้นจะไม่พบความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการกลับมาเสพยาก็ตาม แต่ก็ควรเป็นเรื่องที่ทุกส่วนงานต้องตระหนักถึงความสำคัญด้วยเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. ผลการศึกษาที่ได้อาจสามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการหากลุ่มเสี่ยงที่จะเสพยาแบบรุนแรง เช่น ผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ และผู้ที่มีประวัติการติดสารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพ

2. อาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดโดยรูปแบบที่แตกต่างกันจะมีความรุนแรงของการติดยาเสพติดที่ต่างกัน อาจนำไปใช้ประกอบเหตุผลที่จะกำหนดรูปแบบการบำบัดในผู้เข้ารับการบำบัดที่แตกต่างได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรุนแรงในการเสพยาเสพติดซ้ำ นอกเหนือจากเมทแอมเฟตามีน เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์
2. ควรที่จะมีการศึกษาแบบเจาะลึกหรือการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับการศึกษาในเชิงปริมาณ เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการและเหตุผลของการติดยาเสพติดซ้ำ



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1] ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด,สำนักงาน. **ประวัติความเป็นมาของยาเสพติด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:<http://www.oncb.go.th/Portal Web/urlName.jsp?linkName=document/p1-know04.htm> [2552, เมษายน 7]
- [2] ราชทัณฑ์, กรม. **รายงานข้อมูลสถิติ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.correct.go.th/stat102/> [2552, เมษายน 4]
- [3] ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด,สำนักงาน. **มาตรการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.oncb.go.th/PortalWeb/urlName.jsp?linkName=raw/indexlaw3.htm> [2552, เมษายน 4]
- [4] ยุติธรรม, กระทรวง. **กรมคุมประพฤติ. จำนวนผู้เข้ารับการฟื้นฟูของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2546 - 2552**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:<http://www.probation.go.th/> [2552, เมษายน 4]
- [5] ทรงเกียรติ ปิยะกะ. **ยัมผู้เรียนรู้ยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: มติชน, 2540.
- [6] สมภพ เรื่องตระกูล. **ยาเสพติดคุมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- [7] วิโรจน์ สุ่มใหญ่. **ยาบ้า**. กรุงเทพมหานคร: ชีระการพิมพ์, 2543.
- [8] พินิจ ลาภธนานนท์. **สงครามยาเสพติด การแก้ไขปัญหาที่ไม่ยั่งยืน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2550.
- [9] วิโรจน์ สุ่มใหญ่. **ยาบ้า**. กรุงเทพมหานคร: ชีระการพิมพ์, 2543.
- [10] พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด, สำนัก. **รูปแบบการบำบัดรักษา ยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: คุรุสภาลาดพร้าว, 2547.
- [11] พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด, สำนัก. **รูปแบบการบำบัดรักษา ยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: คุรุสภาลาดพร้าว, 2547.
- [12] คุมประพฤติ, กรม. **รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 (เดือนตุลาคม 2550 - เมษายน 2551)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://203.154.185.6/web/index.php?q=node/264> [2552, เมษายน 29]
- [13] คุมประพฤติ, กรม. **จำนวนผู้เข้ารับการฟื้นฟูของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2546 - 2552**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://203.154.185.6/web/index.php?q=node/188> [2552, เมษายน 29]

- [14] สุพิศรา สุภาพ. **ปัญหาสังคม**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- [15] คณะกรรมการกฤษฎีกา, สำนักงาน. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๒๒. **ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๕๖/ตอนที่๖๓/ฉบับพิเศษ**. หน้า ๔๐/๒๗ เมษายน ๒๕๒๒.
- [16] สุพิศรา สุภาพ. **ปัญหาสังคม**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- [17] สุพิศรา สุภาพ. **ปัญหาสังคม**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- [18] อรรถพร วิสุทธีมรรค. **พฤติกรรมกรรมการบริโภคสารเสพติด ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2541.
- [19] Sadock Benjamin J. **Kapland and Sandock's synopsis of Psychiatry**. USA: Quebecor World-Taunton, 2007.
- [20] รัศมน กัลยาศิริ. **ปัจจัยทางพันธุกรรมในการติดยาเสพติด**. บทความพิเศษ จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546 พ.ย. 47 (11): 697-709 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/3029/3/nov032.pdf> [2552, เมษายน 4]
- [21] George R. Uhl, Gregory I. Elmer, Michele C. LaBuda, and Roy W. Pickens. **Human Substance Vulnerability and Genetic Influences**. [Online]. Available from: <http://www.acnp.org/g4/GN401000174/CH170.html> [2010, April 1].
- [22] Lori Whitten. Ethnic Groups Have Contrasting Genetic Risks for Nicotine Addiction. **NIDA Notes**. Volume 22, Number 4.(2009) : 1,7. [Online]. Available from: http://www.drugabuse.gov/NIDA_notes/NNvol22N4/Ethnic.html [2010, April 3].
- [23] Danielle M. Dick, Ph.D., and Arpana Agrawal, Ph.D.. The Genetics of Alcohol and Other Drug Dependence. **Alcohol Research & Health**. Vol. 31, No. 2 (2008). p.111-118. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/111-118.pdf> [2010, April 3].
- [24] Sue Young-Wilson. Animal Experiments In Addiction Science. **NIDA Notes**. Volume 20, Number 5. (2006). [Online]. Available from: http://www.drugabuse.gov/NIDA_notes/NNvol20N5/Reference.html. [2010, April 3].
- [25] News Release. NIDA Researcher Develop New Genetic Strain of Mice To Study Nicotine Addiction. **NIDA News Release**. November 8, 2004. [Online]. Available from:<http://www.drugabuse.gov/newsroom/04/NR11-8.html>. [2010, April 1]
- [26] วิโรจน์ สุ่มใหญ่. **ยาบ้า**. กรุงเทพมหานคร: ซีระการพิมพ์, 2543.

- [27] สมภพ เรื่องตระกูล. **เวชศาสตร์การติดสารเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2546.
- [28] สุรพล โพธิ์สังข์หิรัญ. **ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติดของเด็กและเยาวชน ศึกษาเฉพาะผู้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏพระนคร, 2547.
- [29] ศรีสมบัติ วาณิช และฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, (บรรณาธิการ) **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, หน้า 332-333. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2541.
- [30] พัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, สถาบัน. **คู่มือการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่น สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2546.
- [31] สุลินดา จันทระเสนา. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- [32] นันทา ชัยพิชิตพันธ์. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- [33] อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. **ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ**. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2550.
- [34] สุพจน์ ชูดีดำรง. **ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2544.
- [35] ธชกานต์ ปัทมะศิริ. **ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.sri.cmu.ac.th/~nsac/php/newResearch/showResearch.php?id=380> [2552, เมษายน 4]
- [36] ทิพาดี เอมะวรรณะ. **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.
- [37] สมภพ เรื่องตระกูล. **ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.

- [38] สมภพ เรื่องตระกูล. ยาเสพติดมหันตภัยเจ็บที่ป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- [39] พงศธร เนตราคม. เกษัชวิทยาของสารเสพติด. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. 68. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก, 2549.
- [40] พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด, สำนัก. เรียนรู้เรื่องยาเสพติดชีวิตปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2547.
- [41] สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน สุชาติ เลขาภิพัตร, (บรรณาธิการ) คู่มือแนวทางการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาการระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข, หน้า 15. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2541.
- [42] ทวีพร วิสุทธีมรรค. เกษัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีรชัย, อังกร ภัทรากร, ถ้ำชำ ลักษณ์าภิชนัช, นวิวรรณ ปัญญาบุศย์ และ นิภา ฉีสกุล, (บรรณาธิการ) ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ฉบับ CD-ROM, หน้า 84. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญาธิรักษ์, 2545.
- [43] Sadock Benjamin J. **Kapland and Sandock's synopsis of Psychiatry.** USA: Quebecor World-Taunton, 2007.
- [44] สมภพ เรื่องตระกูล. เวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2546.
- [45] กรมคุมประพฤติ. **ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://203.154.185.6/web/index.php?q=node/68> [2553, เมษายน 29]
- [46] คณะกรรมการกฤษฎีกา, สำนักงาน. **ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดว่าด้วยการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดการควบคุมตัว และการปฏิบัติต่อผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๖.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://app-thca.krisdika.go.th/Naturesig/CheckSig?whichLaw=law2&folderName=%bf01&lawPath=%bf01-2g-2546-a0001> [2553, พฤษภาคม 3]
- [47] สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. **การดำเนินงานด้านบำบัดรักษา.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www1.oncb.go.th/document/p1-solution31f.htm. [2552, เมษายน 4]

- [48] ชัช ชลวร. การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบังคับรักษา ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534. กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม, 2541.
- [49] สุวัฒน์ บุญถนอม. วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยระบบสมัครใจโดยใช้ศาสนาบำบัดกรณีศึกษาศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จังหวัดยะลา. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.sri.cmu.ac.th/~nsac/php/newResearch/showResearch.php?id=422> [2552, เมษายน 4]
- [50] รติศ เนตรนวลไย. การบำบัดของโรงพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมกับการเลิกใช้ยาบ้า: ศึกษากรณี โรงพยาบาลภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การ พัฒนา สถาบันราชภัฏภูเก็ต, 2547.
- [51] สถาบันชัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันชัญญารักษ์ (แผ่นพับ). 2553.
- [52] Michael Gossop, Shane Darke, Paul Griffiths, Julie Hando, Beverly Powis, Wayne Hall and John Strang. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. **Addiction** (1995) 90: 607-614. [Online]. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=108&sid=5c5a4894-2bf5-43b2-b01d-9ee290baf850%40sessionmgr104> [2009, April 4]
- [53] Michael Gossop, David Best, John Marsden & John Strang. Letters to the Editor. **Addiction** (1997) 92(3): 353-354. [Online]. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119158170/PDFSTART>. [2009, April 4]
- [54] Libby Topp and Richard P. Mattick. Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. **Addiction** (1997) 92(7): 839-845. [Online]. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=120&sid=5c5a4894-2bf5-43b2-b01d-9ee290baf850%40sessionmgr104> [2009, April 4]
- [55] พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบุลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. **วารสารสวนปรุง** (มกราคม-เมษายน 2546): 18-19.
- [56] V. Sheehan, M.D., M.B.A.; Yves Lecrubier, M.D.; K. Harnett Sheehan, Ph.D.; Patricia Amorim M.D., Ph.D; Juris Janavs, M.D.; Emmanuelle Weiller, M.s.; Thierry

- Hergueta, M.S.;Roxy Baker; and Geoffrey C.Dunbar, M.D. Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry** 1998;59 (suppl 20). [Online]. Available from: http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/Sheehan_1998.pdf [2009, April 4].
- [57] รัศมน กัลยาศิริ และนพ.กิตติพงษ์ สานิชวรณกุล (แปลส่วนปรับปรุง). **Mini International Neuropsychiatric Interview Lifetime Version** (Adapted from ver.5.0., July 2006) Thai version, September 2006.[Pdf file].
- [58] Tempei Otsubo, Tempei Otsubo, Katsutoshi Tanaka, Rumiko Koda, Junko Shinoda, Nana Sano, Satoshi Tanaka, Hiroshi Aoyama, Masaru Mimura, Kunitoshi Kamijima. **Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview**. [Online]. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118665771/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [2009, April 4].
- [59] พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, สำนัก. **แนวคิดการป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977), 2552.
- [60] ไพฑูรย์ แสงพุ่ม และธนระวี นามผลดี. **ปกิณกะสาระ เส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร : รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977), 2550.
- [61] สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. **การศึกษาภาวะการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยซึ่งมารักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- [62] วิชัย โปษยะจินดา, อุษณีย์ พึ่งปาน และวิภา คำนธรงกุล. **สถานภาพการบริโภคสารเสพติดในประเทศไทย**. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [63] จรูญ จิตติวุฒิการ. **กลไกทางสมองของการติดยาและสารเสพติด**. ใน **วารสารวิจัย, อังกูร ภัทรารากร, ลำซำ ลักษณะนิชนัชช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และ นิภา ณีสกุล, (บรรณาธิการ) ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ฉบับ CD-ROM, 84**. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2545.
- [64] ทวีพร วิสุทธีมรรค. **เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด**. ใน **วารสารวิจัย, อังกูร ภัทรารากร, ลำซำ ลักษณะนิชนัชช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และ นิภา ณีสกุล, (บรรณาธิการ) ตำราการ**

- บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ฉบับ CD-ROM, 84. ปทุมธานี: โรงพยาบาลชัยภูมิ, 2545.
- [65] รัดนา สายพานิชย์ และ ชัชวาล ศิลปะกิจ. ปัญหาจากการใช้สารเสพติด ใน จิตเวชศาสตร์ งามาธิบตี. กรุงเทพมหานคร: บิขอนแก่น เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2550.
- [66] อรรถพ วิสุทธีมรรค. พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2541.
- [67] ชัยวัช สารทภาพร. การพัฒนาแบบวัดมโนภาพแห่งตนของผู้ป่วยติดยาและสารเสพติดที่ เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการ วิชาและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2541.
- [68] วิโรจน์ สุ่มใหญ่. ยาบ้า. กรุงเทพมหานคร: ชีระการพิมพ์, 2543.
- [69] สมภพ เรืองตระกูล. เวชศาสตร์การติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2546.
- [70] จรุงรักษ์ ยี่งู. การศึกษากระบวนการเสพติดซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการรักษาในรูปแบบ พื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายไหม สถาบันชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการ วิชา (สุขศึกษา). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ โรฒ, 2549.
- [71] บุญรัตน์ สดใส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหวนกลับมาติดยาเสพติดของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการ วิชา (จิตวิทยา). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
- [72] พ.ต.ต.หญิงชชกานต์ ปัทมะศิริ. ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับ การบำบัดยาเสพติดที่โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการ วิชา (จิตวิทยา). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2542.
- [73] บังอร สุปรีดา, อรัญญา แพ้จ้อย, พิทักษ์ สุริยะใจ, เกษฎาวัลย์ ดันริยงค์ และ กัญฉิกา สิทธิพงษ์. การสำรวจอัตราการเสพยาซ้ำและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ ผ่านการบำบัดรักษาในภาคเหนือ. วิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549.
- [74] บำบัดรักษาติดยาเสพติด เชียงใหม่, ศูนย์. การสำรวจอัตราการเสพยาซ้ำและพฤติกรรมการใช้สาร เสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในภาคเหนือ. วิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- [75] สมภพ เชาว้เพชรไพโรจน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่ ได้รับการบำบัดฟื้นฟูแล้ว ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาที่

สถาบันชัยยารักษ์. สารนิพนธ์มหัศจรรย์ สาขาการบริหารงานยุติธรรม คณะสังคม
สงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้กำลังรับการบำบัด ณ
สถาบันธัญญารักษ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ ทั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้เคยเสพยาบ้าหรือสารเมทแอมเฟตามีนที่กำลังรับการบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์ และเคยสามารถหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีนได้สำเร็จ อย่างน้อย 1 เดือน เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสามารถตอบคำถามได้ เข้าใจภาษาไทย ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนซ้ำ จากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจำนวนทั้งหมด 250 ท่าน ผลการศึกษาที่ได้นี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในการติดสารเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะด้านรูปแบบการบำบัดรักษา เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไข อีกทั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบข้อคำถาม แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยแบบสอบถาม (questionnaires) เพื่อทราบข้อมูลด้านข้อมูลทั่วไปและประวัติการบำบัดรักษา 26 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที, แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด 5 ข้อ ใช้เวลา 5 นาที แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 70 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที โดยตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์ จะไม่มีการบันทึกเสียง อย่างไรก็ตามหากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ท่านสามารถเว้นการตอบได้ หรือถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านใดๆ ทั้งสิ้น รวมถึงไม่มีผลต่อการรักษาที่จะได้รับ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ

ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำ
ได้เฉพาะกรณีที่น่าเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงที่ นางสาวรัญญา จิตร
ผ่อง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากท่านมีข้อสงสัยหรือคำถามใดๆ เกี่ยวกับสิทธิของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย
หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่าน
สามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตึกอนันตมหิตล ชั้น 3
หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวรัญญา จิตรผ่อง

ผู้วิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรุนแรงของการเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันรัฐนุญารักษ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.2552

การที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผลการศึกษาที่ได้นี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในการติดสารเสพติดซ้ำ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไข อีกทั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยไม่มีการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ละคนไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นข้อมูลให้ข้าพเจ้าไม่พอใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)

ลงนาม ผู้วิจัย
(.....นางสาวรัฐนุญา จิตรผ่อง.....)



ใบคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่งานวิจัย

ความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์

- 1. เป็นผู้ป่วยเสพยาเมทแอมเฟตามีนที่อยู่ในระหว่างรับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยใน
- 2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 3. เคยสามารถหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีนได้นานอย่างน้อย 1 เดือน
- 4. มีสติสัมปชัญญะสามารถตอบคำถามได้
- 5. สามารถเข้าใจภาษาไทย
- 6. ยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ตอบ ใช่ ครบทั้ง 6 ข้อ หรือไม่ ใช่ (ครบเกณฑ์การรับเข้างานวิจัย) ไม่ใช่ (ไม่ครบเกณฑ์การรับเข้างานวิจัย)

คำชี้แจง ผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อแล้ว

- 1. แบบคัดกรองผู้ป่วย
- 2. ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
- 3. เซ็นใบยินยอมให้ทำวิจัยในมนุษย์
- 4. แบบสอบถามทั่วไป
- 5. แบบสอบถามประวัติการบำบัดรักษาการเสพยาบ้าในผู้เสพซ้ำ
- 6. แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS)
- 7. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I) (คอมพิวเตอร์)

แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่านในด้านต่างๆ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

ข้อมูลทั่วไป

1. จังหวัด
2. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
3. อายุ ปี
4. ท่านนับถือศาสนาอะไร

<input type="checkbox"/> 1. คริสต์นิกายโปแตสแตนท์	<input type="checkbox"/> 2. คริสต์นิกายคาทอลิก
<input type="checkbox"/> 3. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4. พุทธ
<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....	
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. แต่งงาน หรือ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน	<input type="checkbox"/> 2. หม้าย
<input type="checkbox"/> 3. แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> 4. หย่า
<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยแต่งงาน	
6. ท่านจบการศึกษาชั้นใด ระบุชั้น

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 5. ปวช.	<input type="checkbox"/> 6. ปวส.
<input type="checkbox"/> 7. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ
7. บ้านที่อยู่นี้เป็นของคุณหรือของครอบครัวของคุณเอง

<input type="checkbox"/> 0. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 1. ใช่
------------------------------------	---------------------------------

พี่น้อง	สุรา	ฝิ่น	แอมเฟตามีน	กัญชา	สารระเหย	สารเสพติดอื่น	จิตเวช	ไม่ทราบ
H11. พี่ชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/>
น้องชาย								
H12. พี่สาว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/>
น้องสาว								

15. โดยส่วนใหญ่ท่านใช้เวลาว่างอยู่กับใคร

1. ครอบครัว 2. เพื่อนๆ 3. อยู่คนเดียว

16. ท่านมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

0 = ไม่มีความสัมพันธ์เลย 1 = มีความสัมพันธ์ระดับน้อยมาก 2 = มีความสัมพันธ์ระดับน้อย
3 = มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 4 = มีความสัมพันธ์ระดับมาก 5 = มีความสัมพันธ์ระดับมากที่สุด

- | | | | |
|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| - มารดา | <input type="checkbox"/> | - บิดา | <input type="checkbox"/> |
| - พี่น้อง | <input type="checkbox"/> | - คู่รัก/คู่สมรส | <input type="checkbox"/> |
| - บุตร | <input type="checkbox"/> | - เพื่อนๆ | <input type="checkbox"/> |

17. ในช่วง 30 วันก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ การมีปัญหากับครอบครัว รบกวนท่านหรือทำให้ท่านลำบาก มากน้อยเพียงใด

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. ไม่เลย | <input type="checkbox"/> 1. เล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> 2. ปานกลาง | <input type="checkbox"/> 3. มาก |
| <input type="checkbox"/> 4. มากที่สุด | |

ด้านจิตเวช (PSYCHIATRIC STATUS)

18. ในช่วง 30 วันก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจ รบกวนท่านหรือทำให้ท่านลำบาก มากน้อยเพียงใด

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. ไม่เลย | <input type="checkbox"/> 1. เล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> 2. ปานกลาง | <input type="checkbox"/> 3. มาก |
| <input type="checkbox"/> 4. มากที่สุด | |

-----จบแบบสอบถาม-----

เลขที่สัมภาษณ์.....

แบบสอบถาม โดย วรรณญา จิตรฟ่อง และพ.ญ. รัศมน กัลยาศิริ; 3 พ.ค.2552

วันที่สัมภาษณ์.....

แบบสอบถาม ประวัติการบำบัดรักษาการเสพยาบ้าในผู้เสพยา

1. สาเหตุในการเริ่มใช้ยาบ้าครั้งแรกของท่าน มีข้อใดบ้าง ดังต่อไปนี้ (อ่านทุกข้อ - ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ต้องการทดลอง 2. ต้องการทำงานได้มากขึ้น 3. ต้องการคลายเครียด
 4. เพื่อนชักชวน 5. เห็นคนในครอบครัวใช้ 6. เห็นเพื่อนใช้
 7. อื่นๆ (ระบุ.....)

การบำบัดรักษาการเสพยาบ้าครั้งปัจจุบัน

2. ท่านเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งปัจจุบันเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เนื่องจากถูกบังคับบำบัดโดยกฎหมาย ใช่หรือไม่

1. ใช่ ถูกบังคับบำบัดโดยกฎหมาย ต้องโทษ หรือ คุมประพฤติ 2. ไม่ใช่

หากไม่ใช่ ท่านเข้ารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจ ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ เหตุผลอื่น (โปรดระบุ.....)

การบำบัดรักษาการเสพยาบ้าในชีวิต

3. ในชีวิตของท่านที่ผ่านมา หลังจากใช้ยาบ้าเป็นประจำ ท่านเคยใช้วิธีใดบ้าง ต่อไปนี้ ในการลดหรือเลิกการเสพยาบ้า (อ่านทุกข้อ - ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. บำบัดรักษาในสถานพยาบาล (ไม่นับการรักษาครั้งปัจจุบัน)
 [ระบุ 1. เลิกได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน 2. เลิกไม่ได้]
 2. อยู่ในสถานที่ห้ามเสพ เช่น ในคุก กายทหาร
 [ระบุ 1. เลิกได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน 2. เลิกไม่ได้]
 3. หักดิบด้วยตนเอง
 [ระบุ 1. เลิกได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน 2. เลิกไม่ได้]
 4. หาสารอื่นมาใช้ทดแทน (โปรดระบุ ชนิดสาร.....)
 [ระบุ 1. เลิกได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน 2. เลิกไม่ได้]

5. วิธีอื่นๆ (โปรดระบุ.....)

[ระบุ 1. เลิกได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน 2. เลิกไม่ได้]

6. ไม่เคยลองลดหรือเลิกการเสพยาบ้า

4. ในชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการบำบัดรักษาการเสพยาบ้า เนื่องจากถูกบังคับบำบัดโดยกฎหมาย ใช่หรือไม่

1. ใช่ จำนวน.....ครั้ง

2. ไม่ใช่

การบำบัดรักษาการเสพยาบ้าครั้งสุดท้ายหลังสุด

5. การบำบัดรักษาครั้งสุดท้ายของท่าน (ก่อนการรักษาครั้งปัจจุบัน) เกิดขึ้นเนื่องจากถูกบังคับบำบัดโดยกฎหมาย ใช่หรือไม่

1. ใช่ ถูกบังคับบำบัดโดยกฎหมาย ต้องโทษ หรือ คุมประพฤติ

2. ไม่ใช่

หากไม่ใช่ การบำบัดรักษาครั้งสุดท้ายของท่าน (ก่อนการรักษาครั้งปัจจุบัน) เกิดขึ้นโดยสมัครใจ ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ เหตุผลอื่น (โปรดระบุ.....)

การครบกำหนดการรักษา 1. ครบสมบูรณ์ 2. ไม่ครบ เนื่องจาก (โปรดระบุ.....)

ระยะเวลาที่หยุดการเสพยาบ้า.....เดือน.....วัน

6. สาเหตุในการกลับไปใช้ยาบ้าหลังจากเข้ารับการบำบัดครั้งสุดท้าย มีข้อใดบ้างดังต่อไปนี้ (อ่านทุกข้อ - ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ต้องการทดลอง 2. ต้องการงานได้มากขึ้น 3. ต้องการคลายเครียด

4. เพื่อนชักชวน 5. เห็นคนในครอบครัวใช้ 6. เห็นเพื่อนใช้

7. อื่นๆ (ระบุ.....)

ประวัติการเลิกเสพยาบ้าได้สำเร็จ

7. หลังจากเริ่มใช้ยาบ้าเป็นประจำ ท่านเคยหยุดใช้ยาบ้าได้นานอย่างน้อย 1 เดือน ใช่หรือไม่ (นับรวมครั้งปัจจุบันด้วย)

1. ใช่ (ระยะเวลาที่หยุดได้นานที่สุดคือ.....เดือน.....วัน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

2. ไม่ใช่

ท่านใช้วิธีใดในการเลิกการเสพยาบ้าในครั้งที่หยุดการเสพได้นานที่สุดในครั้งนั้น

1. บำบัดรักษาในสถานพยาบาลด้วยปัญหาการเสพยาบ้าโดยเฉพาะ

- โป๊รครระบุ: บั้กัรบนำบั้คั้ไ้หรือไ้ไม่ 1.ไ้ 2.ไ้ไม่ไ้
2. อยู่ใ้สถานทีไ้ห้ามเสพ เช่น ในคูก ค่ายทหาร
3. หักคิบบั้ด้วยตนเอง
4. หาสารอื่่นมาไ้ทดแทน (โป๊รครระบุ ชนิดสาร.....)
5. อื่่นๆ (โป๊รครระบุ.....)

ประวัติการเลิกเสพยาบ้าไ้สำเร็จ (ครั้้งหลั้สุดทีไ้เลิกไ้สำเร็จ)

8. ท่านไ้วิธีไ้ใด ในการเลิกการเสพยาบ้าครั้้งหลั้สุดไ้สำเร็จ (ก่อนเข้ารับการรักษาครั้้งบั้จจุบัน)
1. นำบั้คั้รักษาในสถานพยาบาลด้วยปัญหการเสพยาบ้าโดยเฉพา (ใ้จับแบบสอบถาม)
2. อยู่ใ้สถานทีไ้ห้ามเสพ เช่น ในคูก ค่ายทหาร
3. หักคิบบั้ด้วยตนเอง
4. หาสารเสพคิบบั้อื่่นมาไ้ทดแทน (โป๊รครระบุ ชนิดสาร.....)
5. อื่่นๆ (โป๊รครระบุ.....)
6. ไ้ไม่เคยลองลคหรือเลิกการเสพยาบ้า
- ครั้้งหลั้สุดทีไ้ท่านเลิกการเสพยาบ้าไ้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน เกิดขึ้นเมือวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ครั้้งนั้้นท่านหยุดยาบ้าไ้ได้นานเป็นระยะเวลา.....เดือน.....วัน

-----จบบแบบสอบถาม-----

ศูนย์วิทยพัยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด
Severity of Dependence Scale (SDS)

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของท่าน ก่อนเริ่มต้นการรักษาในครั้งนี้ ปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยในแต่ละข้อ กรุณาลงคำตอบที่เหมาะสมที่สุดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของท่านในช่วงหนึ่งเดือนก่อนหน้าเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

หมายเหตุ: กรุณาแสดงรายการคำตอบให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ เมื่อเริ่มอ่านข้อคำถามด้านล่าง ให้แทนที่คำว่า “(สารเสพติด)” เป็น ชื่อสารเสพติดสำหรับการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน เช่น เฮโรอีน ฟีน ยาบ้า เป็นต้น

1. ท่านคิดว่าการใช้ (สารเสพติด) ของท่านนั้น ไม่สามารถควบคุมได้ใช่หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย / แทบจะไม่เคย	0
<input type="checkbox"/> บางเวลา	1
<input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง	2
<input type="checkbox"/> เสมอ / เกือบเสมอ	3

2. แคล้วว่าจะไม่เสพ (สารเสพติด) ก็ทำให้ท่านรู้สึกกังวล ใช่หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย / แทบจะไม่เคย	0
<input type="checkbox"/> บางเวลา	1
<input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง	2
<input type="checkbox"/> เสมอ / เกือบเสมอ	3

3. ท่านกังวลเกี่ยวกับการใช้ (สารเสพติด) ของท่าน ใช่หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย / แทบจะไม่เคย	0
<input type="checkbox"/> บางเวลา	1
<input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง	2
<input type="checkbox"/> เสมอ / เกือบเสมอ	3

4. ท่านมีความปรารถนาที่จะสามารถหยุดการใช้ (สารเสพติด) ได้ ใช่มั้ยหรือไม่

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย / แทบจะไม่เคย | 0 |
| <input type="checkbox"/> บางเวลา | 1 |
| <input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง | 2 |
| <input type="checkbox"/> เสมอ / เกือบเสมอ | 3 |

5. ท่านคิดว่าเป็นการยากแค่ไหนที่จะหยุด หรือ ไม่ใช้ (สารเสพติด)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ยาก | 0 |
| <input type="checkbox"/> ค่อนข้างยาก | 1 |
| <input type="checkbox"/> ยากมาก | 2 |
| <input type="checkbox"/> เป็นไปไม่ได้เลย | 3 |

SDS Total:

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรัญญา จิตรส่อง

เกิดวันที่ 3 กันยายน 2522

พ.ศ.2544 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสังคมศาสตร์ สาขาสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ. 2551 ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย