

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557

Vol. 2 No. 2 July - December 2014

วารสารวิชาการเสฟติด

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสฟติด
 2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสฟติด
 3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสฟติด

เจ้าของ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ปรึกษา

สุพรรณ	ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์
บุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ภาสกร	ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
อัญชลี	ศิริทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสฟติด สำนักงาน ป.ป.ส.
ชาญชัย	เอื้อชัยกุล	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสฟติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สมาน	พุตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
ปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
ประเมิน	จิตพิทักษ์	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
สุรัชณี	เศวตศิลา	รักษาการผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสฟติด
มณีรัตน์	บุญฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสฟติด
สินเงิน	สุขสมปอง	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
วิโรจน์	วีรชัย	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดแห่งชาติบรมราชชนนี
วรพงษ์	สำราญทิวารัลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
สรายุทธ	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ธวัช	ลาพินี	รักษาการในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
ธิตี	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
อดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
วีรวัด	อุครานันท์	รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บรรณาธิการ

ล่าช้า ลักษณะอภิชนซัซ

กองบรรณาธิการ

กฤติกา	เฉิดโฉม	สิริกกุล	วงษ์สิริโสภาคย์
ชนิษฐา	ตันติศิริรินทร์	สุกมา	แสงเดือนฉาย
ชลนที	รอดสว่าง	สุพจน์	ชุติดำรง
นันทา	ชัยพิชิตพันธ์	อภิชาติ	เรณูพัฒนานนท์
นิวัตติ	เอี่ยมเที่ยง	อรพิน	ทนันชติ
สำเนา	นิลบรรพ์		

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.มรรยา	รุจิวิษณุ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
พันเอกนายแพทย์พิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายแพทย์อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.แพทย์หญิงรัศมี	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.นายแพทย์ตะวันชัย	จิระประมุขพิทักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ผศ.นายแพทย์สุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.สุชาดา	รัชชกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
ผศ.ดร.ประภาพรรณ	จูเจริญ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อุษณีย์	พึงปาน	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ดรุณี	ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อนุสรณ์	พยัคฆาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.ดร.นัยนา	พัชรไพศาล	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ดร.ศรัญญา	เบญจกุล	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
แพทย์หญิงบุญศิริ	จันศิริมงคล	กรมสุขภาพจิต
นางสมาลี	มาดำ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ภญ.วัลย์ลักษณ์	เมธาภัทร	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุตุล	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์

สำนักงาน

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

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0-2215-3612, 0-2218-3556, 0-2218-3557 โทรสาร. 0-2215-3612
www.cuprint.chula.ac.th E-mail: cuprint@hotmail.com

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุราในสถาบันธัญญารักษ์ 1

ชลิต เปสลาพันธ์ พ.บ.

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด 11

ของคณะกรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

จินตนา ศรีธรรมมา ศศ.ม., โสภิตา ดาวสดใส พย.ม, กิตติมา ก้านจักร ส.ม.

บทฟื้นฟูวิชา

FAST Model: The evolution of rehabilitation for substance abuse 25

treatment in Thailand

Anggoon Patarakorn M.D. (Psychiatrist)

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติดฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 2 กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณทุกท่านที่ส่งผลงานมาเพื่อตีพิมพ์อย่างต่อเนื่อง เนื้อหาฉบับนี้มีบทความวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานด้านยาเสพติด โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุราในสถาบันธัญญารักษ์ เรื่องที่สอง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น และบทพินิจเรื่อง FAST Model: The evolution of rehabilitation for substance abuse treatment in Thailand

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในเนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้ ซึ่งหลายท่านได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาวารสาร ทั้งในฐานะผู้เสนองานวิจัย บทความ และอื่นๆ และที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนาคุณภาพของวารสาร โดยผู้ทรงคุณวุฒิในคณะบรรณาธิการภายในและภายนอกจากสถาบันต่างๆ ที่ช่วยในการอ่านและเสนอการแก้ไขปรับปรุงต้นฉบับทุกเรื่อง เพื่อกลั่นกรองบทความให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด จึงขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณ ผู้สนใจทุกท่านที่ให้การสนับสนุนติดตามมาโดยตลอด พร้อมนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมต่อไป

ลำชา ลักขณาภิชนัชช

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

สุขภาพจิตของผู้ป่วยสุราในสถาบันธัญญารักษ์ Co-Existing Mental Health and Alcohol Use Disorders in Thanyarak Institute

ชลิต เปสลาพันธ์ พ.บ.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract The Study of Co-Existing Mental Health and Alcohol Use Disorders in Thanyarak Institute

Pesalaphun C.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The purposes of this research were to study mental health level in alcohol patients, to study the relationships between some factors was sex, age, educational level, marital status, income, space of time drinking, economical status accept in drinking, quantity in drinking, number of admission in hospital, social support, family relationship and mental health in alcohol patients and to study the beta weight of factors contributed to mental health in alcohol patients. The sample comprised 270 in alcohol patients department in Thanyarak Institute between September and November, 2013. The three instruments used in the research were question about in demographic questionnaire, 25 questions social support questionnaire, 20 questions family relationship questionnaire and 195 questions mental health questionnaire (The Cornell Medical Index - Health Questionnaire (C.M.I.)). The instruments have three expert to check content validity and reliability by Cronbach's Alpha Coefficient. .91, 0.78 and 0.90. The data were analysed by using multiple correlation and multiple regression.

The results of the research were as follows :

1. The most alcohol patients had mental health problem
2. The multiple correlation coefficient between social support and family relationship

had related with mental health which statistically significant. Social support and family relationship explained variance of mental health.

3. Social support and family relationship were positive contributed to mental health. Sex, age, educational level, income, marital status, space of time drinking, economical status accept in drinking, quantity in drinking and number of admission in hospital were contributed to mental health not statistically significant.

Key words : Mental health, Alcohol patient

บทคัดย่อ

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา และหาค่าน้ำหนักความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแบบสอบถามสุขภาพจิต ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91, 0.78 และ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลคือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยสุรามีระดับสุขภาพจิตไม่เต็มมากที่สุดร้อยละ 82.20 สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรปัจจัยทั้งสองร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 14.8 น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ส่งผลต่อสุขภาพจิต ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ขนาดการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิตมากที่สุด

คำสำคัญ : สุขภาพจิต ผู้ป่วยสุรา

บทนำ

ปัจจุบันการติดสุราเป็นปัญหาสุขภาพจิตและสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง¹ นับว่าเป็นภัยคุกคามชีวิตและสุขภาพของผู้ดื่มสุรา ดังจะเห็นได้จากการเกิดอันตรายต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย และมีพิษโดยตรงต่อสมองและหัวใจ ทำลายเซลล์ประสาทในสมองและนำไปสู่โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ซึ่งนับวันก็ยิ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุนำของความพิการ ภาวะชก พลาดตกหล่น อุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายและความพิการ² อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งประเทศชาติด้วย นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตซึ่งหากดื่มสุรามากๆ และเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตที่เรียกว่า โรคจิตจากการดื่มสุรา ซึ่งสร้างความสูญเสียให้กับสังคมเป็นอย่างยิ่ง³ จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ตี ร้อยละ 65⁴ สอดคล้องกับสถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราของสถาบันธัญญารักษ์ ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า ผู้ป่วยสุราที่มีโรคแทรกซ้อนทางจิต ร้อยละ 11.45, 14.88 และ 5.90 ตามลำดับ⁵

สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันวิชาการด้านการบำบัดรักษาทางด้านยาเสพติด เปิดบริการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ตามนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐบาล ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก ครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา ขั้นถอนพิษยา ขั้น

ฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นติดตามผล จากสถิติผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดร่วมด้วย ทำให้เป็นปัญหากับบุคคลในครอบครัวและสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตและปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุราโดยใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย (The Cornell Medical Index - Health Questionnaire (C.M.I.)) พัฒนา โดยเคบรอดแมน (K. Broadman) และคนอื่นๆ ในระหว่าง ปี ค.ศ. 1949-1952 และเป็นที่ยอมรับใช้ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2520 บรรยาย สุทธิรัตน์ และคนอื่นๆ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดลองใช้กับนักศึกษาจำนวน 108 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .90 เพื่อนำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการหาวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสุราได้ตระหนักถึงปัญหานี้ หาแนวทางช่วยเหลือป้องกัน และหาแนวทางแก้ไขการเกิดโรคจิต ที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุราที่มารับการรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในของสถาบันธัญญารักษ์

3. น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถาบันธัญญารักษ์

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยสุราที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 812 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ แผนกผู้ป่วยใน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane)⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มี 3 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ชุดที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และชุดที่ 3 เป็น แบบสอบถามสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย (The Cornell Medical Index - Health Questionnaire (C.M.I.)) ตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's

Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .91 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 และแบบสอบถามสุขภาพจิต (The Cornell Medical Index - Health Questionnaire (C.M.I.)) มีค่าความเชื่อมั่น 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันธัญญารักษ์

2. ขออนุญาตและขอความร่วมมือรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสุราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างชี้แจงโครงการวิจัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยสุราเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ผู้ป่วยเข้าใจ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 รวมเป็นเวลา 3 เดือน

5. นำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผล

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยสุราเข้ารับการรักษานในสถาบัน
 ัญญารักษ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 90.7 มีอายุ
 ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 41.5 จบการศึกษา
 ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 49.3 รายได้น้อยกว่า

10,000 บาท ร้อยละ 47.4 สถานภาพโสด ร้อยละ
 43 ระยะเวลาการดื่มสุรา 10 - 20 ปี ร้อยละ 50.4
 ลักษณะการดื่มสุราไม่เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 78.4
 และจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่
 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 57.41 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสุรา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสุรา	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสุรา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			รายได้		
ชาย	245	90.7	น้อยกว่า 10,000 บาท	128	47.4
หญิง	25	9.3	10,000 - 15,000 บาท	53	19.6
อายุ			15,001 - 20,000 บาท	50	18.5
ต่ำกว่า 20 ปี	5	1.9	20,000 บาท ขึ้นไป	39	14.4
21 -30 ปี	19	36.3	สถานภาพสมรส		
31 - 40 ปี	112	41.5	โสด	116	43
41 - 50 ปี	98	36.3	สมรส	76	28.1
51 - 60 ปี	36	13.3	หม้าย	26	9.6
การศึกษา			หย่า	52	19.3
ไม่ได้เรียน	6	2.2	ระยะเวลาในการดื่มสุรา		
ประถมศึกษา	69	25.6	น้อยกว่า 10 ปี	59	21.9
มัธยมศึกษา	133	49.3	10 - 20 ปี	136	50.4
อนุปริญญา	39	14.4	21 - 30 ปี	39	14.4
ปริญญาตรี	17	6.3	30 ปี ขึ้นไป	36	13.3
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.2			

2. ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา สุขภาพจิตเล็กน้อย ร้อยละ 12.20 และมีสุขภาพ
ผู้ป่วยสุรามีระดับภาวะสุขภาพจิตไม่ดี จิตดี พบน้อยที่สุด ร้อยละ 5.60 (ตารางที่ 2)
มากที่สุด ร้อยละ 82.20 รองลงมาคือมีปัญหา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสุรา จำแนกตามระดับภาวะสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดี	15	5.60
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	33	12.20
สุขภาพจิตไม่ดี	222	82.20
รวม	270	100

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
เพศ	.025	>0.05
อายุ	.050	>0.05
ระดับการศึกษา	-.193	>0.05
สถานภาพการสมรส	.007	>0.05
รายได้	.017	>0.05
ระยะเวลาในการดื่มสุรา	.137	>0.05
ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน	-.020	>0.05
ลักษณะการดื่มสุรา	-0.029	>0.05
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.117	>0.05
แรงสนับสนุนทางสังคม	.319**	<0.01
สัมพันธ์ภาพครอบครัว	.308**	<0.01

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมากที่สุด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .319 รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .308 ส่วน เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน ระยะเวลาการดื่มสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์

กับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรปัจจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .385 โดยตัวแปรปัจจัยทั้งสองตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 14.80 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรปัจจัยกับสุขภาพจิต ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
Regression	10	.711	.071	4.509**
Residual	259	4.086	.016	
Total	269	7.797		

R = .385 R² = .148 R²_{adj} = 0.115

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรปัจจัย แรงสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเท่ากับ .385 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรปัจจัยกับสุขภาพจิต มีค่าเท่ากับ .148 ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรปัจจัยทั้ง 2 ตัวแปร ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ

14.8 ส่วนตัวแปรปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน ลักษณะการดื่มสุรา และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ค่าน้ำหนักความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา

ตารางที่ 5 ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัยแต่ละด้านที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา

ตัวแปร	b	β	SE _b	t
เพศ	.020	.069	.027	.275
อายุ	.000	-.012	.001	.015
ระดับการศึกษา	-.133	-.148	.054	-.456
สถานภาพการสมรส	.012	.044	.017	.696
รายได้	-2.303	-.015	.000	-.266
ระยะเวลาในการดื่มสุรา	.001	.101	.001	1.504
ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน	-.001	-.013	.001	-1.166
ลักษณะการดื่มสุรา	.006	.019	.019	.307
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.006	.097	.044	-.181
แรงสนับสนุนทางสังคม	.071	.292	.015	4.823**
สัมพันธภาพในครอบครัว	.064	.139	.010	4.684**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าน้ำหนักความสำคัญของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลต่อสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส ระยะเวลาในการดื่มสุรา ขนาดการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณา ค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐาน (β)

พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพจิตมากที่สุด โดยมีค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.292 และสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลต่อสุขภาพจิต ซึ่งมีค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.139 จากการใช้วิธีการถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter) ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ ที่ได้จากการวิจัยเป็นดังนี้

$$Y = .020 + .292 (X_{10}) + .139 (X_{11})$$

วิจารณ์

ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสุราที่มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 82.20 ซึ่งผู้ป่วยสุราเมื่อดื่มสุราไปเป็นเวลานานจะเกิดภาวะสุขภาพจิตได้ เนื่องจากสุรามีผลต่อสารสื่อประสาท เมื่อดื่มเข้าไปเป็นจำนวนมากและเป็นระยะเวลาานาน จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุรามีปัญหาสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 65⁴ และสถิติการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราของสถาบันธัญญารักษ์ ในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า ผู้ป่วยสุราที่มีโรคแทรกซ้อนทางจิต ร้อยละ 11.45, 14.88 และ 5.90 ตามลำดับ⁵

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา จากผลการศึกษา พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ต้นธรรมจาริก⁷ และกุลวรรณ วิทยาวงศรุจิ⁸ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสุราเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์ ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งในด้านแรงงาน การเงิน สิ่งของ ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง ซึ่งจะมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลและช่วยเหลือ ประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ดังนั้นการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุราที่มีสุขภาพจิตดี อยู่ในสภาพสังคมปัจจุบัน ได้อย่างมีความสุข

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สอดคล้องกับการศึกษาของศราวดี ต้นธรรมจาริก⁷ และกุลวรรณ วิทยาวงศรุจิ⁸ เมื่อผู้ป่วยสุราที่มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม มีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน ความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ เกิดกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรค ดังนั้นการให้การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสุราที่มีสุขภาพจิตดี

สรุป

ผู้ป่วยสุราเมื่อดื่มสุราเป็นเวลานาน จะพบปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรานั้น พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยสุรา ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยสุรา นับว่าเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย จึงควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ป่วยสุราให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ คำปรึกษา เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสุราทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ป่วยทุกคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อันเป็นประโยชน์ในการวิจัย จนสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2540.
2. เทพินทร์ พืชานุรักษ์. พฤติกรรมการบริโภคสุรา. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่องวัฒนธรรมสุขภาพคนไทยสายใยชีวิตสู่ลูกหลาน. นนทบุรี; 2541.
3. วิชัย โปษยะจินดา. สุราในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
4. จินตนา ศรีหล้า. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. ปรินิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2537.
5. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. จำนวนและ ร้อยละของผู้ป่วยสุราปีงบประมาณ 2553 - 2555. [สืบค้น 6 พฤษภาคม 2556]. แหล่งข้อมูล; http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id1834&Itemid=51.
6. Yamane, Taro. Statistics and Introductory Analysis. 2nd ed. Tokyo: Harper and Row; 1967.
7. ศราวดี ต้นธรรมจาริก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วย เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ. ปรินิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.
8. กุลวรรณ วิทยาวงศรจิ. ความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัว. ปรินิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2526.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะ กรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัด รักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

จินตนา ศรีธรรมมา ศศ.ม.*, โสภิตา ดาวสดใส พย.ม.***, กิตติมา ก้านจักร ส.ม.*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, **โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

Abstract Factors affecting the ability to perform therapeutic drugs of operation following a therapeutic drug steering committee in KhonKaen province Srithamma C*, Daosodsai S**, Kanjak K*

*Khon Kaen Provincial Health Office, ** Khon Kaen Thanyarak Hospital

This study was based on a cross-sectional descriptive study. Need to be removed. The objective purpose of this study was to study factors that affect the ability to perform the following therapeutic drugs of operation the following a therapeutic drug steering committee in Khon Kaen province in 2014. The questionnaire was used to collect quantitative data with 674 participants or (patients). Focused-group discussion were also used with 12 subjects need to elaborate. Which was verified by three experts. Its validity was tested and gained coefficient cronbach's alpha 0.97. The data collection was carried out from 1-15 April, 2013. The collected data were analyzed by a computer package program and disseminated by Should be in method section statistic value, percentage, means, standard deviation, Minimum, Maximum, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression analysis.

The results showed that the level of factors that affect the ability to perform the following therapeutic drugs of operation following a therapeutic drug steering committee in Khon Kaen province in 2014 were at 'moderate level'. Factors affecting the ability to perform the following therapeutic drugs of operation the following a therapeutic drug

steering committee in KhonKaen province in 2014 were recognized as motivational factors, money support and, management support at the percentage of 69.2. The result we found was the financial support (34.33%) and lack of personnel (23.46%)

Key words : factors affecting the ability, the following therapeutic drugs

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีดและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีด จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง เป็นคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีด จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 674 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีด จังหวัดขอนแก่นโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.41, S.D. =0.53) และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีด จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือการสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ และด้านการบริหารร้อยละ 69.2 ปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ ร้อยละ 34.33 และด้านบุคลากรร้อยละ 23.46

คำสำคัญ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถ การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสฟตีด

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่รัฐบาลต้องถือเป็นนโยบายที่จะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหายาอย่างจริงจัง เพราะปัญหาเสพติดส่งผลต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในปี 2546 รัฐบาลได้ประกาศสงครามขั้นเด็ดขาดกับยาเสพติด (กุมภาพันธ์-ธันวาคม 2546) ได้ดำเนินยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด แยกสลายทำลายโครงสร้างปัญหาเสพติดทำให้สถานการณ์ปัญหาเสพติดลดความรุนแรงลง แต่ปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดหวนกลับมาเป็นปัญหาสำคัญ และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวมีความรุนแรงมากขึ้น¹ ในปี 2556 พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา มากที่สุดคือยาบ้า ร้อยละ 83.8 กัญชา และสารระเหยตามลำดับ ยาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คือ ยาไอซ์ กลุ่มอายุหลักที่เข้าไปเกี่ยวข้องอยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี ด้านระบบการบำบัดพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาในระบบบังคับบำบัดมากที่สุดร้อยละ 49 และระบบสมัครใจร้อยละ 43 โดยพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดทั้งหมดร้อยละ 83 ได้รับการรักษาแบบไม่ควบคุมตัว และมากกว่าร้อยละ 70 ได้รับการรักษาโดยโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ในด้านการจำแนกความรุนแรงของการเสพติดพบว่าร้อยละ 70-75 เป็นกลุ่มติด และร้อยละ 2-3 เป็นกลุ่มติดรุนแรง²

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นเส้นทางผ่านของหลายจังหวัด มีโอกาสที่จะแพร่ระบาดของยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น ยาเสพติดส่วนใหญ่ผ่านมาจากประเทศเพื่อนบ้าน บางส่วน

มาจากกรุงเทพฯ ปริมาณล่อ อำเภอนี้มีการค้าและแพร่ระบาดในพื้นที่ ได้แก่ อำเภอน้ำพอง พล และชนบท กระนวน บ้านไผ่ ชุมแพ น้ำพอง พล และชนบท กลุ่มตัวยาที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย และยาไอซ์ บุคคลที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ได้แก่ คนว่างงาน ผู้มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกร เยาวชนนอกและในสถานศึกษา อายุระหว่าง 18-24 ปี⁷ สถานการณ์ในกลุ่มผู้เสพติดยาเสพติด ทุกระบบของจังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นกล่าวคือในปี 2552 - 2556 พบว่าผู้เสพติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา จำนวน 1,930 คน 2,150 คน 3,477 คน 6,498 คน 6,801 คน ตามลำดับ ดังนั้น จังหวัดขอนแก่น จึงเพิ่มความเข้มข้นนโยบายพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดไปสู่การปฏิบัติ ทุกระดับ

การแก้ไขปัญหายาเสพติด รัฐบาลได้กำหนดให้ทุกภาคส่วนเข้าไปมีส่วนร่วมดำเนินการ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกัน การปราบปราม การบำบัดรักษาฟื้นฟู และการบริหารจัดการ และได้จัดตั้งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด (ศพส.) ในทุกระดับ ได้แก่ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและองค์กรส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการตามนโยบายยุทธศาสตร์ทั้งในส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ สำหรับการติดตามดูแลช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจ บังคับบำบัด ต้องโทษซึ่งเดิมได้รับการติดตามโดยบุคลากรสาธารณสุข ปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ จึงยังไม่เพียงพอ ซึ่งในทางปฏิบัติ บริการส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลติดตามในชุมชน บุคลากรส่วนหนึ่งยังขาดความพร้อม ความมั่นใจ ความรู้ และทักษะในการให้การติดตามดูแลต่อเนื่อง

ดังนั้นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล จึงมอบหมายให้เจ้าหน้าที่การปกครองท้องถิ่นเป็นหลัก ร่วมกับผู้นำชุมชน ครอบครัว เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม เจ้าหน้าที่พัฒนาฝีมือแรงงานและฝึกอาชีพ เป็นต้น จัดระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม บุคลากรผู้ดูแลต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้มีปัญหาเสพติดไม่กลับไปเสพติดซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้การสนับสนุนเพิ่มศักยภาพด้านการติดตามดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลักร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิทยากรระดับจังหวัด ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนวิธีการติดตามดูแลต่อเนื่องกับทีมงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม³

ดังนั้น ความสามารถในการติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การดำเนินงานจะประสบความสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของบุคลากรในแต่ละระดับที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ติดตามช่วยเหลือซึ่งจากแนวคิดของ เดวิดแมค คลีแลนด์⁴ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard) พบว่า สมรรถนะหรือความสามารถเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่ง เซอร์เมอร์ฮอร์⁵ ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้น ประกอบด้วย 3 ประการ คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes)

ได้แก่ ลักษณะประชากร ความสามารถ จิตวิทยา 2) ความเพียรพยายามในการทำงานของบุคคล (Work Effort) ซึ่งเป็นแรงจูงใจของแต่ละบุคคล จะช่วยกำหนดแรงขับภายในตัวบุคคล ทำให้เกิดคุณลักษณะเฉพาะต่อระดับและแนวทางของความพยายามในการทำงานและ 3) การสนับสนุนองค์กร (Organization Support) ซึ่งบุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความต้องการงานและได้รับการจูงใจในระดับสูงอาจจะไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ดีหากได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอจากหน่วยงาน เช่น ขาดงบประมาณ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ขาดอำนาจหน้าที่ ขาดการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องและขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ยืดหยุ่น และ เซอร์ชเบอร์ก⁶ ได้สรุปถึงทฤษฎีของปัจจัยซึ่งกล่าวถึง ความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจและความไม่พอใจในงานที่ทำมาจากปัจจัย 2 อย่าง คือปัจจัยจูงใจ (Motivative Factors) ประกอบด้วยความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งกับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) ประกอบด้วยเงินเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหารสภาพการปฏิบัติงาน สถานภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด ระบบสมัครใจบังคับบำบัด ต้องโทษของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดจึงควรที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่เพียงพอและมีคุณภาพ จึงจะทำให้การดำเนินงานได้ผลดีที่สุด ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยถึง

ปัจจัยที่มีต่อความสามารถในการติดตามของ คณะกรรมการดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัด รักษา ยาเสพติด ประกอบด้วยปัจจัยคุณลักษณะ ส่วนบุคคล ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร และ ปัจจัยแรงจูงใจ

จากหลายแนวคิด ทฤษฎี สภาพปัญหาและ ความเป็นมาดังกล่าว พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผล ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานในลักษณะที่ แตกต่างกันไป และอาจจะมีผลต่อความสามารถ ของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น ในการติดตามผู้ผ่าน การบำบัดรักษา ยาเสพติด ให้ได้ประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาถึงปัจจัย ที่มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการ บำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น โดยคาดว่าผลการวิจัยจะสะท้อนให้เห็นสภาพที่ เป็นจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด และการบริหารจัดการในการดำเนินงานด้านการ ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด ให้มี ประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็ผลดีต่อการบริหารงาน และการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและ ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด ในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ระดับ แรงจูงใจ และระดับความสามารถในการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการ ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัด ขอนแก่น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะ ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร และแรง จูงใจต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการ บำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการ สํารวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการ ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัด ขอนแก่น จำนวน 1,260 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นคณะกรรมการติดตามผู้ผ่าน การบำบัดรักษา ยาเสพติดของจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้ ปฏิบัติงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น ครู ก (ระดับจังหวัด) จำนวน 10 คน ครู ข (ระดับอำเภอ) จำนวน 260 คน ครู ค (ระดับตำบล) จำนวน 990 คน รวมทั้งหมด จำนวน 1,260 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร การคำนวณขนาดตัวอย่างในการสำรวจ เพื่อประมาณ ค่าเฉลี่ย สำหรับกรณีทราบขนาดประชากร (อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ, 2553)¹² ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 674 คน และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม ตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) วิธีการจับฉลากรายชื่อ แบบไม่ใส่คืน จนได้ครบ จำนวน 674 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และนำไปทดลองใช้ ได้ค่าความ

เชื่อมั่น 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2557 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2557

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสามารถในการปฏิบัติงานด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ จากผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการศึกษาครั้งนี้ให้เข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาได้ซักถามเพื่อให้มีความสบายใจในการตัดสินใจเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้ และให้ระยะเวลาในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาค้างง่อน้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.1) มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคืออายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 27.6) มีอายุเฉลี่ย 43.48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.75 อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 57 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ

46.0) รองลงมาสำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 31.2) ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานปกครอง (ร้อยละ 34.4) รองลงมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 19.3) และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 16.9) ตามลำดับ ส่วนตำแหน่งในคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดมากที่สุด ได้แก่ คณะกรรมการระดับอำเภอ (ร้อยละ 58.8) รองลงมา ได้แก่ คณะกรรมการผู้ปฏิบัติงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด (ร้อยละ 24.2) คณะกรรมการระดับตำบล (ร้อยละ 11.4) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ พบว่า มีประสบการณ์การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 74.3) โดยมีระยะเวลาต่ำสุด 21 ปีมากที่สุด 57 ปี และเคยผ่านการฝึกอบรมด้านการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด (ร้อยละ 59.6) โดยผ่านการฝึกอบรมในระยะเวลาภายใน 1 ปี (ร้อยละ 60.1)

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.33, S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านงบประมาณ อยู่ในระดับมาก (Mean=3.54, S.D.=0.93) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.44, S.D.=0.52) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.38, S.D.=0.67) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร ในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านบุคลากร	3.38	0.67	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	3.54	0.93	มาก
ด้านวัสดุอุปกรณ์	2.97	0.74	ปานกลาง
ด้านการบริหาร	3.44	0.52	ปานกลาง
โดยรวม	3.33	0.58	ปานกลาง

3. ระดับแรงจูงใจในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ระดับปัจจัยแรงจูงใจในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด โดยรวมพบว่าปัจจัยแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.46, S.D.=0.39) โดยแบ่งเป็นปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน

ปัจจัยจูงใจโดยรวมของการได้รับปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก (Mean=3.61, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านลักษณะของงาน ด้านการยอมรับนับถือ อยู่ในระดับมาก (Mean=3.92, S.D.=

0.48, Mean=3.89, S.D.=0.58, Mean=3.72, S.D.=0.49 ตามลำดับ) ด้านความรับผิดชอบ แม้ว่าอยู่ในระดับปานกลางแต่ก็มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ (Mean=3.45, S.D.=0.52) และปัจจัยค้ำจุนภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.34, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านนโยบายการบริหารงานด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง (Mean=3.53, S.D. = 0.71, Mean=3.52, S.D.=0.49 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีระดับน้อยกว่าข้ออื่น คือ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวอยู่ในระดับน้อย (Mean=2.34, S.D.=0.54) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยแรงจูงใจรายด้านในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแรงจูงใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
ปัจจัยจูงใจ			
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	3.92	0.48	มาก
ด้านการยอมรับนับถือ	3.72	0.49	มาก
ด้านลักษณะของงาน	3.89	0.58	มาก
ด้านความรับผิดชอบ	3.45	0.52	ปานกลาง
โดยรวม	3.61	0.42	มาก
ปัจจัยค้ำจุน			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.52	0.49	มาก
ด้านนโยบายการบริหารงาน	3.53	0.71	มาก
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	2.34	0.54	น้อย
โดยรวม	3.36	0.42	ปานกลาง
โดยรวมปัจจัยแรงจูงใจ	3.46	0.39	ปานกลาง

4. ระดับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ระดับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น โดยรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.41, S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการแจ้งข่าวการระบอบาดและด้านการใช้คอมพิวเตอร์

ในการรายงาน อยู่ในระดับมาก (Mean=3.51, S.D.=0.68, Mean=3.50, S.D.=0.74) ด้านการรายงานข้อมูล ด้านการตรวจสอบข้อมูล ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.39 S.D. =0.70, Mean=3.36, S.D.=0.67, Mean=3.30, S.D.=0.71 ตามลำดับ) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการรายงาน	3.39	0.69	ปานกลาง
ด้านการตรวจสอบข้อมูล	3.36	0.67	ปานกลาง
ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย	3.30	0.71	ปานกลาง
ด้านการแจ้งข่าวการแพร่ระบาด	3.51	0.68	สูง
ด้านการใช้คอมพิวเตอร์ในการรายงาน	3.50	0.74	สูง
โดยรวม	3.41	0.53	ปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร และ แรงจูงใจ กับ ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น มีดังนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ด้านการติดตาม มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.108$, $p\text{-value} = 0.005$)

ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรโดยรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.619$, $p\text{-value} < 0.001$) พิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยด้านบุคลากร

มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.487$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.509$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.463$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.536$, $p\text{-value} = 0.010$)

ปัจจัยแรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.687$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยแบ่งเป็น ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.684$, $p\text{-value} < 0.001$, $r=0.607$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด

ประกอบด้วย ความรับผิดชอบ ความสำเร็จในการทำงาน ลักษณะของงาน และการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ปัจจัยค้ำจุนทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) ระหว่างตัวแปรอิสระกับความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปรอิสระ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
คุณลักษณะส่วนบุคคล		
เพศ	0.110	0.784
อายุ	0.070	0.071
ระดับการศึกษา	-0.017	0.666
ตำแหน่งในคณะกรรมการ	-0.205**	<0.001
ประสบการณ์ด้านการติดตาม	0.108**	0.005
การฝึกอบรมด้านการติดตาม	0.095*	0.014
ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร		
ด้านบุคลากร	0.487**	<0.001
ด้านงบประมาณ	0.509**	<0.001
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.463**	<0.001
ด้านการบริหาร	0.536**	<0.001
โดยรวมปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรปัจจัยแรงจูงใจ	0.619**	<0.001
ปัจจัยจูงใจ		
ความสำเร็จในการทำงาน	0.444**	<0.001
การยอมรับนับถือ	0.617**	<0.001
ลักษณะของงาน	0.475**	<0.001
ความรับผิดชอบ	0.539**	<0.001
โดยรวมปัจจัยจูงใจ	0.684**	<0.001
ปัจจัยค้ำจุน		
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.523**	<0.001
นโยบายและการบริหารงาน	0.366**	<0.001
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.261**	<0.001
โดยรวมปัจจัยค้ำจุน	0.607**	<0.001
โดยรวมปัจจัยแรงจูงใจ	0.687**	<0.001

*ค่าระดับนัยสำคัญ < 0.01

**ค่าระดับนัยสำคัญ < 0.05

6. ปัจจัยพยากรณ์ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่นคือ ปัจจัยจุดมุ่งเน้นด้านการยอมรับนับถือสนับสนุนจากองค์กร ด้านงบประมาณ สนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหาร ปัจจัยจุดมุ่งเน้นความสำเร็จในการทำงาน ปัจจัยจุดมุ่งเน้นลักษณะงาน ตำแหน่งในคณะกรรมการติดตามฯ เพศ ปัจจัยค่าจ้างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยค่าจ้างด้านนโยบาย และการบริหาร อายุ การฝึกอบรมด้านการติดตามปัจจัยค่าจ้างด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ประสิทธิภาพด้านการติดตาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่นร้อยละ 69.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

กรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่นและถูกเลือกเข้าสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกมานั้น เป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงตามลำดับดังนี้ ปัจจัยจุดมุ่งเน้นการยอมรับนับถือสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ สนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารปัจจัยจุดมุ่งเน้นความสำเร็จในการทำงานปัจจัยจุดมุ่งเน้นลักษณะงานตำแหน่งในคณะกรรมการติดตามฯ เพศ ปัจจัยค่าจ้างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยค่าจ้างด้านนโยบายและการบริหารอายุ การฝึกอบรมด้านการติดตามปัจจัยค่าจ้างด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวประสิทธิภาพด้านการติดตาม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 13 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดขอนแก่นร้อยละ 69.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดระบบสมัครใจ บังคับบำบัด ต้องโทษ ของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	b	Beta	t	sig
ปัจจัยจิตใจด้านการยอมรับนับถือ	0.181	0.166	4.932	<0.001
สนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ	0.074	0.128	3.691	<0.001
สนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหาร	0.119	0.117	3.708	<0.001
ปัจจัยจิตใจด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.136	0.123	4.211	<0.001
ปัจจัยจิตใจด้านลักษณะงาน	0.174	0.189	5.631	<0.001
ตำแหน่งในคณะกรรมการติดตามฯ	0.088	0.167	6.341	<0.001
เพศ	-0.163	-0.163	-4.613	<0.001
ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.203	0.203	5.972	<0.001
ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร	-0.081	-0.081	-3.401	<0.001
อายุ	0.018	0.018	4.552	<0.001
การฝึกอบรมด้านการติดตาม	0.075	0.075	2.574	<0.001
ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	-0.131	-0.131	-4.177	<0.001
ประสบการณ์ด้านการติดตาม	0.059	0.059	2.382	<0.001

ค่าคงที่ = -.854; F = 66.347; P-value <0.001; R = .832; R² = .692

วิจารณ์

คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร และแรงจูงใจ ที่มีผลต่อความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่นคือปัจจัยจิตใจด้านการยอมรับนับถือสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ สนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด ของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 69.2

สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติมา⁹ พบว่า ปัจจัย จูงใจ ด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุน ด้านนโยบายและการบริหาร (p-value = 0.003) สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารงานโครงการ “TO BE NUMBER ONE” ของคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.3 และงานวิจัยของอมรรัตน์¹⁰ พบว่า ปัจจัยด้านการจัดการสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานีได้ร้อยละ 48.3 และงานวิจัยของวุฒิพงษ์¹¹ พบว่า ปัจจัยด้านการบริหาร

จัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 35.6

ดังนั้นในการพัฒนาความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดของคณะกรรมการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดจังหวัดขอนแก่นควรพิจารณาพัฒนาตัวแปรดังกล่าวให้เหมาะสมจะช่วยให้การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้รวดเร็วขึ้นและเพียงพอ สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติงานวางไว้ และมีแนวทางการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้เป็นค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมและเพียงพอ และเพิ่มโอกาสให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน

2. ควรให้มีการจัดอบรมด้านการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้สำหรับผู้ที่ยังรับงานใหม่และฟื้นฟูความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

มานานและควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบงานให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม รวมไปถึงการสร้างขวัญและกำลังใจของผู้รับผิดชอบงานด้วย

3. ควรมีการวางแผนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอเหมาะสมกับระยะเวลาดำเนินงาน โดยเฉพาะคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีความจำเป็นต่อการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานได้ดี

4. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีระบบสารสนเทศ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ง่ายรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติงาน จากระดับอำเภอและระดับจังหวัด อย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดระบบสมัครใจ บังคับบำบัดต้องโทษเพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาหลักสูตรการจัดอบรมด้านการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดระบบสมัครใจ บังคับบำบัด ต้องโทษให้กับบุคลากรที่ทำหน้าที่ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักยุทธศาสตร์สำนักงานป.ป.ส.กระทรวงยุติธรรม. สถานการณ์ปัญหาเสพติดและแนวโน้มของปัญหา. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ; 2553.
2. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติด เขตบริการสุขภาพที่ 7 (ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น; 2557.
3. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข (ศพส.สธ). คู่มือวิทยากรหลักสูตรอบรมเพิ่มศักยภาพการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดสำหรับบุคลากรผู้ดูแลในชุมชน. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข (ศพส. สธ); 2557.
4. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การปรับใช้สมรรถนะในการบริหารทรัพยากรมนุษย์. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง สมรรถนะของข้าราชการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2548.
5. Schermerhorn, JR. Introduction to Management. New York: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
6. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B.B. The Motivation to Work. U.S.A. & U.K.: Transection Publishers; 2010.
7. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น (ศพส.จ.ขก.). สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด ประจำปี 2557. ขอนแก่น: ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดขอนแก่น (ศพส.จ.ขก.); 2557.
8. อรุณ จีระวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2553.
9. กิตติมา ก้านจักร. การมีส่วนร่วมในการบริหารงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ของคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
10. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
11. วุฒิพงษ์ ภักดีกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
12. อรุณ จีระวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2553.

FAST Model: The evolution of rehabilitation for substance abuse treatment in Thailand

Angoon Patarakorn M.D. (Psychiatrist)

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT)

Abstract

Thanyarak Institute, under Thailand's Department of Medical Services (DMS), Ministry of Public Health (MOPH), adopted the drug addiction treatment modality referred to as; Therapeutic Community Model (TC) from Sweden, with full support of the United Swedish Foundation of Sweden (UNISWED). TC utilization was originally initiated primarily for heroin and alcohol dependence, which Thanyarak Institute successfully applied for the first several years following adoption. However, over time the drug use problem in Thailand has changed in regards to substances of abuse, with more than half of all in-patient clients at Thanyarak Institute admitted were using powerful methamphetamines, which carry the street name of "Yaba". Concurrently, the drug abuser profile changed to include younger drug abusers, many in their teenage years. Therefore, Thanyarak Institute had to develop the TC model into the FAST model, to include younger methamphetamine drug abusers. Meanwhile, the MATRIX program defined below, which is similar to FAST, was also adopted in Thailand. Included within MATRIX is the concept of brain addiction which must be considered. Importantly, the FAST model core program includes family participation, alternative treatment activities, client support within self-help groups and a shortened time of treatment to 16 weeks. After more than ten years of using the FAST Model at Thanyarak Institute, and notably in other treatment centers in Thailand, the result of rehabilitation was more effective when comparing with the original Thailand TC. When clients completed the full course of the FAST Model, during follow-up after one year, the drug abstinence rate observed was more than 95%. FAST Model, however, is less suitable for the clients having chronic addiction disease and resulting brain addiction

destruction. The present challenge is to continue development of appropriate rehabilitation treatment programs which include after-care programs, for drug abusers, to help prevent their remission and to allow for long-term abstinence from drug abuse.

Key words : FAST Model, substance abuse treatment and rehabilitation

FAST Model the evolution of rehabilitation for substance addicts in Thailand.

As we initially experienced, the Therapeutic Community Model, or TC, was a treatment program applied inside rehabilitation center settings, and designed for drug addicts who were primarily heroin and alcohol dependent. Hundreds of countries worldwide historically provided TC, although the program names vary, and allow details to suit their cultures. In the year 1990, Thanyarak Institute adopted TC from Sweden, as mentioned above, with full support from the United Swedish Foundation of Sweden (UNISWED). Our adapted model became widely known as the “Thanyarak Therapeutic Community” running under the Department of Medical Services (DMS), Ministry of Public Health (MOPH). Our TC was the first and only successful program for addiction treatment in the world which is operated by Government Organization, at that time.¹

For past two decades in Thailand major changes occurred regarding the drug situation, as follows;

1. The main drug of abuse was methamphetamine, or “Yaba” (more than 70% of all over the country).

2. Most of the methamphetamine abusers were young (more than 50% were in 15-29 years of age), were unemployed (more than 50%) and had low-education levels (more than 50% were secondary level and more than 25% were primary level).

3. The number of abusers increased rapidly. (The volume of abuser is high up to 1.2 million cases in the year 2011 or 19:1000 of the total population).

4. Most of the patients are diagnosed as drug abusers, noting that addiction diagnosis formerly was applied to heroine and alcohol addicts. Nevertheless, drug abusers developed chemical dependence, although immediate physical withdrawal of methamphetamine is usually not as serious as heroin detoxification. However, brain effects from methamphetamine use have been observed as long lasting after withdrawal of the chemical intake. The major problems, which can be considered

a looming crisis, is concern and worry from the general population, medical professionals and Government authorities regarding methamphetamine abuse and brain addiction issues. Going forward, it is strongly recommended that Thailand's National agenda address the mental health aspects and disorders, such as psychosis, depressions and anxiety disorders, occurring in drug abusers, regardless whether there is a diagnosis of drug addict or drug abuser, as their brains are detrimentally effected both in function and structure.

5. The concept of 'brain addiction' and the 'MATRIX' out-patient treatment program, was developed, by the University of California, Los Angeles (UCLA), located in the USA. Worldwide utilization was implemented for treatment of stimulant abusers. Thanyarak MATRIX program required adaptation for treatment of methamphetamine abusers to include an intensive four (4) month out-patient program in Thailand in the year 2000.

Thanyarak Institute, in treatment of drug abusers and drug addicts, first applied our TC model which evolved into our FAST model. Additionally useful approaches of MATRIX² are included to address the described National drug situation as follows;

1. Family interventions: Interventions

are very important, because most of the clients are young and their families are worry so much about their children, while at the same time the problems in the families play important roles for the drug abusers. Family education of drug abuse, family therapy and family counseling are needed and conducted to help as holistic treatment and care³.

2. Alternative activities treatment: Because the clients are young and most often uneducated many of them cannot do even simple daily duties or perform tasks. It is necessary to provide vocational therapy, which we divide into two (2) categories: the first category allows practice of the beneficial things that they want to do, which may be playing sports, or doing simple works to raise their potential and self-esteem. For the others we train them in many kinds of jobs for which they can use to earn a living and take care of themselves with a career after they complete the treatment program³.

3. Self-help groups: Includes a peer group whereby clients participate and express themselves by sharing their thoughts, ideas and feelings. Somewhat like looking in the mirror seeing a reflection of them. In self-help groups when one says something out-loud, it is listened to emphatically by the group. The client learns from the

responses of the group, and the peer group who listens also learns from others who have similar issues.

4. Therapeutic community: Still being the core modality of drug abuse and addiction rehabilitation, we use the structure of TC as morning program, including group activities during the day, and all tools of rehab centers. We have shortened treatment time from years to four (4) months in most cases. More time is necessary in some cases due to mental

health, or brain chemical injury, supportive of the theory of brain addiction. Consideration in treatment must include cognitive functioning of the brain until strong enough to control behavior, which usually takes about four (4) months of time. Accordingly, we renamed the Thanyarak TC as our FAST Model (F refers to Family, A refers to Alternative activities treatment, S refers to Self-help and T refers to Therapeutic community).³

Table 1 Demographic information of addiction clients, comparing between fiscal year 1993-1997 and 2007-2011

Demographic information	Percentage of clients in TC Program					Percentage of clients in FAST Model				
	during year 1993-1997					during year 2007-2011				
	Fiscal year					Fiscal year				
	1993	1994	1995	1996	1997	2007	2008	2009	2010	2011
Gender										
Male	10,632 (96.7)	9,738 (94.6)	9,999 (93.8)	7,810 (92.9)	5,805 (92.1)	3,167 (78.5)	3,175 (77.7)	2,963 (76.2)	3,201 (78.1)	3,306 (81.1)
Female	473 (3.7)	551 (5.4)	662 (6.2)	599 (7.1)	502 (7.9)	869 (21.5)	913 (22.3)	917 (23.8)	896 (21.9)	775 (18.9)
Age										
0 – 14 years	39 (0.4)	60 (0.6)	86 (0.8)	87 (1.0)	147 (2.3)	37 (0.9)	45 (1.1)	66 (1.7)	62 (1.5)	81 (1.9)
15 – 19 years	1,108 (10.0)	1,688 (16.4)	2,416 (22.7)	2,020 (24.0)	1,679 (26.6)	570 (14.1)	691 (16.9)	608 (15.8)	694 (16.9)	680 (16.7)
20 – 24 years	2,329 (20.9)	2,490 (24.2)	2,807 (26.3)	2,247 (26.7)	1,706 (27.1)	900 (22.3)	832 (20.4)	708 (18.4)	712 (17.4)	724 (17.7)

Table 1 Demographic information of addiction clients, comparing between fiscal year 1993-1997 and 2007-2011 (Continued)

Demographic information	Percentage of clients in TC Program					Percentage of clients in FAST Model				
	during year 1993-1997		Fiscal year			during year 2007-2011			Fiscal year	
	1993	1994	1995	1996	1997	2007	2008	2009	2010	2011
Age										
25 – 29 years	2,226 (20.1)	1,963 (19.1)	1,850 (17.4)	1,435 (17.0)	953 (15.1)	884 (21.9)	878 (20.5)	788 (20.5)	769 (18.8)	730 (17.9)
30 – 34 years	1,701 (15.3)	1,672 (16.3)	1,403 (13.3)	1,022 (12.2)	602 (9.5)	517 (12.8)	611 (14.9)	612 (15.9)	722 (17.6)	709 (17.4)
35 – 39 years	689 (6.2)	1,322 (12.9)	1,076 (10.1)	807 (9.6)	551 (8.7)	346 (8.6)	346 (8.5)	356 (9.3)	399 (9.7)	408 (10.0)
40 – 44 years	250 (2.3)	647 (6.3)	560 (5.3)	407 (4.5)	294 (4.7)	286 (7.1)	242 (5.9)	286 (7.4)	241 (5.9)	258 (6.3)
45 – 49 years	111 (1.0)	191 (1.9)	213 (2.0)	181 (2.2)	203 (3.2)	205 (5.1)	200 (4.9)	189 (4.9)	196 (4.8)	183 (4.5)
50 – 54 years	85 (0.8)	113 (1.1)	131 (1.2)	109 (1.3)	71 (1.1)	139 (3.4)	124 (3.0)	132 (3.4)	164 (4.0)	152 (3.7)
55 – 59 years	53 (0.5)	75 (0.7)	57 (0.5)	53 (0.6)	46 (0.7)	90 (2.2)	66 (1.6)	57 (1.5)	85 (2.1)	82 (2.0)
60 years and older	43 (0.4)	68 (0.7)	62 (0.6)	41 (0.5)	55 (0.9)	62 (1.5)	53 (1.3)	50 (1.3)	53 (1.3)	74 (1.8)
Education level										
Primary	6,542 (58.9)	4,473 (43.5)	4,113 (38.6)	2,984 (35.5)	2,036 (38.3)	1,672 (41.4)	1,528 (37.4)	1,343 (34.9)	1,268 (30.1)	1,135 (27.8)
Secondary	3,420 (30.1)	4,118 (40.0)	4,685 (44.0)	3,903 (46.4)	3,035 (48.1)	1,815 (44.9)	2,092 (51.2)	1,990 (51.7)	2,253 (54.9)	2,250 (55.1)

Table 1 Demographic information of addiction clients, comparing between fiscal year 1993-1997 and 2007-2011 (Continued)

Demographic information	Percentage of clients in TC Program					Percentage of clients in FAST Model				
	during year 1993-1997			Fiscal year		during year 2007-2011			Fiscal year	
	1993	1994	1995	1996	1997	2007	2008	2009	2010	2011
Education level										
Vocational	512 (4.6)	1,487 (14.5)	1,618 (15.2)	1,297 (15.4)	1,066 (16.9)	406 (10.1)	322 (7.8)	336 (8.7)	342 (8.4)	398 (9.8)
Bachelor	354 (3.2)	49 (0.5)	112 (1.1)	94 (1.1)	86 (1.4)	139 (3.4)	141 (3.5)	183 (4.8)	233 (5.7)	295 (7.2)
Others	277 (2.5)	162 (1.6)	133 (1.3)	131 (1.6)	84 (1.3)	4 (0.1)	5 (0.1)	1 (0.01)	1 (0.02)	3 (0.1)
Occupation										
Unemployment	1,902 (17.1)	2,502 (24.3)	3,575 (33.5)	3,335 (39.7)	2,702 (42.8)	1,606 (39.8)	2,225 (54.4)	1,878 (48.7)	2,269 (55.4)	2,234 (54.7)
Labor	6,436 (57.9)	5,393 (52.4)	4,605 (43.2)	3,376 (40.2)	2,073 (32.9)	1,122 (27.8)	460 (11.2)	829 (21.5)	776 (18.9)	697 (17.1)
Merchants	1,536 (13.8)	1,280 (12.4)	1,197 (11.2)	852 (10.1)	667 (10.6)	442 (10.9)	438 (10.7)	386 (10.0)	296 (7.2)	282 (6.9)
Pupil-Student	289 (2.6)	395 (3.8)	592 (5.6)	336 (4.0)	507 (8.0)	48 (1.2)	44 (1.1)	99 (2.6)	163 (4.0)	206 (5.1)
Government employee	91 (0.8)	124 (1.2)	175 (1.6)	183 (2.2)	135 (2.1)	147 (3.6)	112 (2.7)	138 (3.6)	129 (3.2)	133 (3.3)
Agriculture	237 (0.5)	502 (4.8)	543 (4.3)	281 (3.3)	210 (3.3)	101 (2.5)	51 (1.3)	110 (2.9)	99 (2.4)	124 (3.0)
Others	555 (5.0)	43 (0.4)	29 (0.3)	22 (0.3)	8 (0.1)	570 (14.1)	758 (18.5)	413 (10.7)	363 (8.9)	405 (9.9)

Table 1 Demographic information of addiction clients, comparing between fiscal year 1993-1997 and 2007-2011 (Continued)

Demographic information	Percentage of clients in TC Program					Percentage of clients in FAST Model				
	during year 1993-1997		Fiscal year			during year 2007-2011			Fiscal year	
	1993	1994	1995	1996	1997	2007	2008	2009	2010	2011
Type of drug abuse										
Heroin	10,267 (92.5)	9,458 (91.9)	9,656 (90.6)	6,779 (80.6)	3,330 (52.8)	52 (1.3)	56 (1.4)	46 (1.2)	48 (1.2)	37 (0.9)
Opium	87 (0.8)	64 (0.6)	71 (0.7)	78 (0.9)	82 (1.3)	7 (0.2)	5 (0.1)	3 (0.1)	6 (0.2)	5 (0.1)
Cannabis	58 (0.5)	52 (0.5)	67 (0.6)	43 (0.5)	72 (1.1)	127 (3.2)	68 (2.1)	80 (2.0)	137 (3.3)	154 (3.8)
Methamphetamine "YABA"	44 (0.4)	88 (0.9)	208 (2.0)	865 (10.3)	1,992 (31.6)	2,579 (63.6)	2,815 (68.9)	2,410 (62.6)	2,456 (60.0)	2,256 (55.3)
Alcohol	338 (3.0)	368 (3.6)	393 (3.7)	434 (5.2)	537 (8.5)	1,046 (25.9)	924 (22.6)	1,047 (27.2)	1,037 (25.3)	1,044 (25.6)
Inhalant	300 (2.7)	239 (2.3)	235 (2.2)	195 (2.3)	262 (4.2)	93 (2.3)	87 (2.1)	155 (4.0)	163 (4.0)	106 (2.6)
Methamphetamine "Ice"	-	-	-	-	-	-	54 (1.3)	53 (1.4)	183 (4.5)	412 (10.1)
Others	11 (0.1)	20 (0.2)	31 (0.3)	15 (0.2)	49 (0.5)	123 (3.0)	59 (1.4)	59 (1.5)	57 (1.6)	65 (1.6)

Table 1 Demographic information of addiction clients, comparing between fiscal year 1993-1997 and 2007-2011 (Continued)

Demographic information	Percentage of clients in TC Program					Percentage of clients in FAST Model				
	during year 1993-1997			Fiscal year		during year 2007-2011			Fiscal year	
	1993	1994	1995	1996	1997	2007	2008	2009	2010	2011
Route of administration										
Injection	8,339 (75.1)	7,337 (71.3)	7,842 (73.6)	5,654 (67.2)	3,094 (49.1)	72 (1.8)	60 (1.5)	52 (1.4)	65 (1.6)	49 (1.2)
Oral	399 (3.6)	427 (4.2)	468 (4.4)	504 (4.4)	624 (9.9)	1,097 (27.2)	967 (23.7)	1,092 (28.3)	1,094 (26.7)	1,091 (26.7)
Smoke	2,065 (18.6)	2,285 (22.2)	2,125 (19.9)	2,051 (24.4)	2,330 (36.9)	2,763 (68.5)	2,968 (72.6)	2,551 (66.2)	2,773 (67.8)	2,834 (69.4)
Inhale	302 (2.7)	240 (2.3)	226 (2.1)	200 (2.4)	259 (4.1)	100 (2.5)	89 (2.2)	154 (4.0)	165 (4.0)	105 (2.6)
Others	-	-	-	-	-	4 (0.1)	4 (0.1)	4 (0.1)	-	2 (0.1)

**statistic collecting data from IT section of Thanyarak Institute*

To compare the result after we have applied the FAST Model (about the year of the 2000) we found that in the past for TC, after clients stayed in full program they were discharged and followed up for

one (1) year, it is noted only 7-10 % could quit the drug completely. That was quite different from FAST Model which has the high abstinent rate up to 95%

Table 2 Result of treatment

Result of treatment	Percentage of clients in TC Program			Percentage of clients in FAST Model		
	during year 1998-2000		Fiscal year	during year 2009-2011		Fiscal year
	1998	1999	2000	2009	2010	2011
-Full course of treatment	4,042	3,451	3,187	1,377	1,693	4,171
- Full course of 1 year follow up	572 (14.2)	553 (16.1)	891 (27.9)	299 (21.7)	516 (30.5)	1,348 (47.3)
- Abstinent in 1 year follow up	49 (8.6)	59 (10.7)	64 (7.2)	282 (94.3)	490 (94.9)	1,291 (95.8)

**statistic collecting data from IT section of Thanarak Institute*

After we developed FAST model, in the year of 2001, the law of compulsory treatment was in force for the drug abusers who were arrested by the police. The numbers of clients increase rapidly; even though we have six (6) branches of drug addict treatment centers (Thanarak Institute and these 6 branches have a combined capacity for clients about 1,700 beds). FAST Model was transferred to be the model of rehabilitation for the Ministry of Public Health and non-ministry of public health service centers over the country, such as in military settings and Temple settings, and was well recognized as the best model for rehabilitation for clients. There are about 15,000-20,000 clients rehabilitated by FAST Model each year.

But the threatened conditions presently, and foreseeable in the future, are co-morbidities of mental disorders, such as psychosis, depression, and cognitive impairments caused by the brain destruction of chronic drug abusers. These conditions have increased each year, and more clients need rehabilitation following detoxification. However, there no present treatment model that appropriates for them. Today we have set-up one rehabilitation center where co-morbidly cases are separated from the others. We appropriately call it 'Cognitive Impairment Rehabilitation building'. The programs of FAST Model are the same as the others, TC is still the core, but not in full scale, while on the other hand we try to enhance their brain,

promote their potential by using many tools, and hope that if we can find success in a way to help them. We may devise another name of a rehabilitation model, in the future, but however TC is still considered the core concept of rehabilitation eventually^{4,5}.

Reference

1. Viroj Verachai, Anggoon Patarakorn, Lumsum Lukanapichonchut, Chaweevan Panchabuse, Nipa Neeskul, editors. Textbook of Addiction Medicine. Bangkok : The War Veterans Organization of Thailand Print; 2005.
2. Michael and Lean. And L. godbo is. Outcome Management Report 2001. The matrix Institute; 2001.
3. Thanyarak Institute. FAST Model. 3rd ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Print; 2003.
4. Fernando B. Perfas. Overview of the Therapeutic Community. Handout for Trainee at DAYTOPS International, New York USA; 2013.
5. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic Communities for substance related disorder (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library; 2008.
6. Thanyarak Institute. statistic collecting data from IT section of Thanyarak Institute; 2014.

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

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

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ

วัตถุประสงค์และวิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ๆ ของผู้ย่อประกอบด้วย

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

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

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

บทคัดย่อ วารสารวิชาการเสพติดใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ unstructural abstract มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยมีสาระสังเขปประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลและสรุปผล ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรงพบหลัก และผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญเน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีอ้างอิงเอกสาร

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ทำยบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

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

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

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

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการเสพติคดีมีลักษณะดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

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

1. สุกมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณะ ชวัลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19: 29-41.

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

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

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งหมด

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

หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์

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

หนังสือมีบรรณาธิการ

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

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conferance Proceedings)

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

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

4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

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

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

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

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

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

7. อื่นๆ

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

