ISSN : 2287-0369

# วารสารวิชาการเสพติด

## Thai Journal of Addiction

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
vol. 9 No.1 January - April 2026

ISSN : 2287-0369

# วารสารวิชาการเสพติด

# Thai Journal of Addiction

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
vol. 9 No.1 January - April 2026

# วารสารวิชาการเสพติด

**วัตถุประสงค์** ๑. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาและสารเสพติด
๒. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาและสารเสพติด
๓. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาและสารเสพติด

**เจ้าของ** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**ที่ปรึกษา**

| | | |
|---|---|---|
| นายภาสกร | ชัยวานิชศิริ | ประธานที่ปรึกษา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นายสรายุทธ์ | บุญชัยพานิชวัฒนา | ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นายชาญชัย | ธงพานิช | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น |
| นายอภิศักดิ์ | วิทยานุกูลลักษณ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ |
| ดร.กนก | อุตวิชัย | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา |
| นางนริศรา | งามขจรวิวัฒน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี |
| นายวิสิษฐ์ | วิจิตรโกสุม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี |
| ดร.วรภัคธรณ์ | ก้องเปสลาพันธ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน |

**บรรณาธิการ**

| | | |
|---|---|---|
| นางภัทรินทร์ | ชมภูคำ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

| | | |
|---|---|---|
| นางสาวภัทราภรณ์ | กินร | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางสาววรางคณา | รักษ์งาน | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นายอภิชาติ | เรณูวัฒนานนท์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นายศุภฤกษ์ | นาคดิลก | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |

**กองบรรณาธิการ**

| | | |
|---|---|---|
| นางสาวสุพจนี | ชุติดำรง | ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาสารสนเทศด้านการลดอุปสงค์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด |
| นายนิพนธ์ | ชินานนท์เวช | ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค |
| นายทัปปณ | สัมปทณรักษ์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| นางศศิดา | อยู่สุข | สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |

**กองบรรณาธิการ (ต่อ)**

| | | |
|---|---|---|
| ดร.สุกุมา | แสงเดือนฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางชนิกานต์ | สุมณฑา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| ดร.ปริสุทธิ์ | สำราญทรัพย์ | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางสาวสีอรุณ | แหลมภู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| ดร.นิพิฐพนธ์ | สุปัญบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางธัญญา | สิงห์โต | ผู้ช่วยนักวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |

**ผู้ทรงคุณวุฒิ**

| | | |
|---|---|---|
| นายเทวัญ | ธานีรัตน์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| นางสาวศิริพร | ฉวานนท์ | ผู้อำนวยการกองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| นายภาสกร | ชัยวานิชศิริ | ประธานที่ปรึกษา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| พลโทพิชัย | แสงชาญชัย | ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธานชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย |
| นางสาวบงกช | พันธ์บูรณานนท์ | สำนักยาและวัตถุเสพติดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| ดร.อรรถสิทธิ์ | ศรีสุบัติ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| ศ.รัศมน | กัลยาศิริ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| รศ.ธีรยุทธ | รุ่งนิรันดร | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| รศ.ดร.ตะวันชัย | จิรประมุขพิทักษ์ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| รศ.สุทัศน์ | รุ่งเรืองหิรัญญา | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| รศ.สหภูมิ | ศรีสุมะ | ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| รศ.ดร.เพ็ญพักตร์ | อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| รศ.ดร.รุ้งนภา | ผาณิตรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ |
| รศ.ดร.นันชัตสัณท์ | สกุลพงศ์ | สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| ผศ.ดร.ธนาวุฒิ | วงศ์อนันต์ | ภาควิชานิติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| ผศ.ดร.วิมลนันท์ | พุฒิวณิชพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ |
| รศ.ดร.ณภัควรรต | บัวทอง | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| นายอังกูร | ภัทรากร | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางสาวสรสพร | จูวงษ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |

**ผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)**

| | | |
|---|---|---|
| ดร.นันทา | ชัยพิชิตพันธ์ | ข้าราชการบำนาญ |
| ดร.สำเนา | นิลบรรพ์ | ข้าราชการบำนาญ |
| นางสาวลักขณา | กลางคาร | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางสาวกาญจนา | ภูยาธร | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางสาวศิริรัตน์ | กสิณเวทย์ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| นางสาวสมจิตร์ | พาเจริญ | เภสัชกรชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |

**สำนักงาน** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมรมราชชนนี
๖๐ ถมนพหลโยธิน ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐
โทร. ๐-๒๓๑-๐๐๘๐-๘ ต่อ ๖๐๑,๖๐๒ โทรสาร ๐-๒๕๓๑-๐๐๘๕
www.pmnidat.go.th e-mail: journal@pmnidat.go.th

**พิมพ์ที่** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๖๔-๓๑๐๔ ถึง ๖
โทรสาร ๐-๒๕๖๔-๓๑๑๙
http://www.thammasatpritinghouse.

# บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติด ฉบับนี้ได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัย ที่มีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์และรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่ส่งบทความวิชาการมาเพื่อเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย เรื่องแรก การประเมินผลการใช้โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่องที่สอง ความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดของกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และเรื่องที่สาม ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้การเปลี่ยนพฤติกรรมและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความและให้การสนับสนุน ติดตามมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ท้ายนี้ ขอเชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีคาดหวัง ว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ภัทรินทร์ ชมภูคำ
บรรณาธิการ

# สารบัญ

**หน้า**

**บรรณาธิการแถลง**

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

**การประเมินผลการใช้โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** **1**

*ธัญญา สิงห์โต วท.ม., สุกุมา แสงเดือนฉาย ปร.ด., สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด., สีอรุณ แหลมภู่ พย.ม.*

**ความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดของกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี** **11**

*ศุภฤกษ์ นาคดิลก, พ.บ., สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด., สีอรุณ แหลมภู่ พย.ม., ธัญญา สิงห์โต วท.ม.*

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้การเปลี่ยนพฤติกรรมและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์** **25**

*จินตนา ผู้เจริญลาภ พย.บ., วรรณพัฒน์ดี คำทำ วท.ม., เอกลักษณ์ วิชัยรัมย์ วท.บ.*

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

# การประเมินผลการใช้โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ธัญญา สิงห์โต วท.ม., สุกุมา แสงเดือนฉาย ปร.ด., สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด., สีอรุณ แหลมภู่ พย.ม.
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**Abstract** An Evaluation of the Outpatient Matrix Program for Substance Abuse Treatment in Hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Tanya Singhtho, M.Sc., Sukuma Saengduenchai, Ph.D., Sumnao Nilaban, Ph.D., Seearoon Lampoo, M.N.S.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Background: The Matrix Program is an intensive outpatient treatment approach for substance abuse endorsed by the Ministry of Public Health.

Objective: This research aimed to evaluate the effectiveness of the Matrix Program in treating substance use disorders at hospitals in Thailand.

Methods: This descriptive study involved a population of 234 healthcare staff members and 418 patients attending drug treatment clinics in accredited hospitals. These clinics were registered for hospital accreditation under the Narcotic Act B.E. 2522 and operated under the Ministry of Public Health. Data collection was conducted between October 2020 and September 2023 using multiple methods. Research tools included questionnaires, semi-structured interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis methodology.

Results: The performance and attitudes of rehabilitation providers toward the Matrix Program were at a high level. Patients reported high satisfaction with the program. Furthermore, the overall evaluation of patients' quality of life showed significant improvements in physical health, psychological well-being, and social environment. The 3-month drug remission rates for the fiscal years 2018–2021 were 80.6%, 79.39%, 79.42%, and 77.03%, respectively. Meanwhile, the patient participation and retention rates in the follow-up program were 70.43%, 69.01%, 71.03%, and 70.09%, respectively.

Conclusions: The implementation of the Matrix Program incorporating physical, mental, and social therapy has effectively improved the quality of life for individuals with substance use disorders. Future studies should focus on tailoring outpatient services to the severity of addiction and aligning them with local contexts and cultures to maximize service benefits.

**Keywords:** Evaluation, Matrix program, Substance Abuse, Outpatient, Rehabilitation

## บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โปรแกรมแมทริกซ์ได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของสถานพยาบาลในประเทศไทย

วิธีการ: วิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการด้านยาเสพติดจำนวน 234 คนและผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับบริการ จำนวน 418 คน ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2563-กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนา กลุ่มข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล: สมรรถนะและเจตคติของผู้ให้การบำบัดในระดับมาก ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ผู้ป่วยยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งสุขภาพกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพหลังจำหน่ายในระยะเวลา 3 เดือน ในปี 2561-2564 ร้อยละ 80.6, 79.39, 79.42 และ 77.03 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 70.43, 69.01, 71.03 และ 70.09 ตามลำดับ

สรุป: การใช้โปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการศึกษาผลของการให้บริการรูปแบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะการติดยาเสพติดและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ วัฒนธรรม เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

**คำสำคัญ**: การประเมิน, โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด, ผู้ติดยาเสพติด, ผู้ป่วยนอก, การฟื้นฟูสมรรถภาพ

## บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลสถิติ การจับกุมคดียาเสพติดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2562 สามารถตรวจยึดยาเสพติดได้ ดังนี้ ยาบ้า 517 ล้านเม็ด ยาไอซ์ 16,265.7 กิโลกรัม เฮโรอีน 941.8 กิโลกรัม และคีตามีน 733.1 กิโลกรัม[1] สอดคล้องกับรายงานผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.3) ทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2564–2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าระบบบำบัดรักษาจำนวน 164,665 คน, 115,989 คน และ 167,846 คน ตามลำดับ[2] และสถิติผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ในปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีจำนวน 4,140 คน 6,106 คน และ 7,139 ตามลำดับ ยาบ้ายังคงเป็นตัวยาหลักที่มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในปัจจุบัน[3] รัฐบาลให้ความสำคัญกำหนดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ[4] โดยได้มีการนำแนวคิดโปรแกรมจิตสังคมบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่าง ๆ ตั้งแต่ปี 2543 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียลอสแอนเจลิส (University of California Los Angellis: UCLA.) และในปี พ.ศ.2544 กรมการแพทย์ ได้มีนโยบายให้สถานพยาบาลทั่วประเทศใช้รูปแบบมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เรียกว่า โปรแกรมจิตสังคมบำบัดซึ่ง

เป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เน้นการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผ่านทางกิจกรรมกลุ่มบำบัด ใช้ระยะเวลาประมาณ 16 สัปดาห์ งานวิจัยต่างประเทศพบว่า การบำบัดรูปแบบแมทริกซ์มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยให้ผู้ติดเมทแอมเฟตามีนไม่กลับไปเสพซ้ำ และช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตัวเองในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบทั่วไป เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและครอบคลุมทักษะรอบด้าน[5] แต่เมื่อนำมาใช้ในประเทศไทยพบจุดแข็งและจุดอ่อนต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอมีภาระงานหลายด้าน ขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ด้านการปฏิบัติงานพบว่า บางกิจกรรมไม่เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่อง เอกสารคู่มือในการดำเนินงานมีความยุ่งยากซับซ้อน[6] และการมารับการรักษาของผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา[7,8] ประเมินผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ติดสารแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้แมทริกซ์โปรแกรมพบว่า มีการดำเนินการประชาสัมพันธ์ที่ดีแต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ส่วนในด้านการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรผู้รับบริการ ครอบครัว สถานที่ และสื่อต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน เพียงแต่มีลักษณะของความแตกต่างของปัจเจกบุคคลของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ได้ประเมินผลรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคม บำบัด (Matrix Program) พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมบำบัดมากกว่า ร้อยละ 80 ผลการตรวจปัสสาวะทุกสัปดาห์ ตรวจไม่พบสารเสพติดร้อยละ 95.8 ครอบครัวผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวศึกษาตั้งแต่ 8 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 72.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้นร้อยละ 96.5 ผู้ป่วยรักษาบำบัดจนครบโปรแกรมการบำบัดร้อยละ 56.1[9] และยังพบว่า แมทริกซ์โปรแกรมใช้ในการบำบัดรักษากลุ่มผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดมีความสอดคล้องกับนโยบายการแก้ปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดในพื้นที่ มีบุคลากรปฏิบัติงานเต็มเวลา ไม่ได้ทำงานยาเสพติดด้านเดียว งบประมาณได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระยะเวลาในการบำบัดรักษาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติด ทุกแห่งนัดสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง การไปทำงานต่างถิ่นเป็นสาเหตุสำคัญของการขาดการรักษา ผู้เข้ารับการบำบัดเลิกและหยุดยาเสพติดได้ร้อยละ 91.21[10] การพัฒนาแมทริกซ์โปรแกรมใช้สำหรับกลุ่มผู้เสพโดยเฉพาะเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการให้บุคลากรได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นริศรา งามขจรวิวัฒน์ และคณะ พบว่า การประเมินปัจจัยดำเนินการ ความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ในการเก็บปัสสาวะ ความพร้อมและความเหมาะสมของสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ให้ความรู้โดยเฉพาะสื่อ VDO ที่ทันสมัยยังไม่ผ่านเกณฑ์ รวมทั้งการประเมินกระบวนการดำเนินงานพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครวิจัย และการเสพซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยังไม่ผ่านเกณฑ์ในส่วนการประเมินผลการดำเนินการ พบว่า ผลลัพธ์ความสำเร็จจากการติดตามผู้ป่วยยังไม่ผ่านเกณฑ์ ที่ผ่านมางานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยประเมินเฉพาะบริบทพื้นที่ ยังไม่ครอบคลุม การประเมินผลการดำเนินการของสถานพยาบาลยาเสพติดทั่วประเทศ โดยหากมีการประเมินผลของการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยนำรูปแบบ CIPP model ของสตัฟเฟิลบีม (Stuffiebeam) มาใช้เพื่อประเมิน ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ 1)ด้านบริบท 2)ด้านปัจจัยนำเข้า 3)ด้านกระบวนการ และ 4)ด้านผลผลิตว่ามีประสิทธิผลและมีความเหมาะสมอย่างไรต่อโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้แมทริกซ์โปรแกรม ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของ

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยนำรูปแบบการประเมินหลักสูตร CIPP model หรือ Context Input Process ProductModel ของสตัฟเฟิลบีม(Stuffiebeam)[11] ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายในการวางแผนการพัฒนา การให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในเครือข่ายรวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

## วัตถุและวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการทำ Focus group ในกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานด้านยาเสพติดใน รพ.ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลยาเสพติดตาม พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ามารับบริการในรพ. จำนวน 883 แห่ง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ 12 เขต ทั่วประเทศจะเก็บข้อมูลโดยสอบถามผู้ปฏิบัติฯ แห่งละ 1 คน และผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการที่คลินิกยาเสพติดแห่งละ 2 คน โดยให้โรงพยาบาลที่สมัครใจตอบแบบสอบถามกลับ เก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 16 กันยายน 2565 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นผู้บริหาร หัวหน้างาน บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานในลักษณะ Full time ทุกสหวิชาชีพที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดด้วยรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม 2) กลุ่มผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท ทั้งผู้เสพและผู้ติดที่ประเมินโดยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัด รักษากระทรวงสาธารณสุข(V.2) (ผู้เสพ = 4-26 คะแนน, ผู้ติด = 27 คะแนน ขึ้นไป) มารับบริการในคลินิกยาเสพติดรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมใน รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจนครบโปรแกรมการบำบัด อายุ 18 ปี ขึ้นไป

จากข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในระบบสมัครใจผู้ป่วยนอกของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศในปี พ.ศ.2559 จากฐานข้อมูล บสต. ของสำนักบริหารการสาธารณสุข มีจำนวน 47,322 คน หาค่ากลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและครอบคลุมในทุกภาคของประเทศจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 30% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติดทั้งสิ้น 495 คน โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 883 แห่งเพื่อขอเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในคลินิกยาเสพติดจำนวน 1 คนและผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการจำนวน 2 คนโดยให้ผู้ตอบเลือกว่าจะตอบแบบกระดาษหรือออนไลน์โดยให้หน่วยงานส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งหนังสือยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยกลับทางไปรษณีย์หรือทาง QR Code มีแบบสอบถามของผู้ให้บริการส่งกลับคืนจำนวน 234 ชุด และแบบสอบถามผู้รับบริการส่งกลับคืนจำนวน 418 ชุด สำหรับการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ทีมวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหารและกลุ่มผู้รับบริการ ณ สถานพยาบาลที่เป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค 4 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ในเดือนกันยายน 2565 โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการวิจัยที่ 64002 เอกสารใบรับรองที่ 004/2564 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563 และต่ออายุการรับรองตามเอกสารใบรับรองที่ 011/2565 เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 สำหรับสถานพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดำเนินการขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการ

สถานพยาบาลพร้อมแนบใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หากสถานพยาบาลมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันได้ดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นข้อเสนอโครงการเพื่อพิจารณาของสถาบันนั้นๆ จึงจะดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการรักษาความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 1. กลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหาร ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการประเมินหลักสูตร (CIPP model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stuflebeam et al., 2000) ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท (Context) 2)ด้านปัจจัยนำเข้าของ (Input) 3) ด้านกระบวนการ (Process) และ 4) ด้านผลผลิต (Product) ซึ่งให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาเสพติดประเมินด้วยตนเองจำนวน 6 ส่วน จำนวน 60 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 รูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมที่ใช้ในปัจจุบัน จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของคลินิกยาเสพติด จำนวน 19 ข้อ ส่วนที่ 4 สมรรถนะของผู้ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมของโรงพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 5 เจตคติของผู้ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 6 การประเมินผลลัพธ์การบำบัดรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมที่ใช้ในปัจจุบัน (Matrix Program) จำนวน 4 ข้อ และการทำ Focus group แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างจำนวน 7 ข้อ 2. กลุ่มผู้รับบริการมีจำนวน 4 ส่วน 69 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 ประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม จำนวน 6 ข้อ และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตดังนี้ 26-60 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและการทำ Focus group แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างจำนวน 6 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability Validity) โดยนำไปทดลองกับอาสาสมัครที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และสัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับประเด็นการสัมภาษณ์ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวิจัยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

## ผล (Results)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 418 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.19 อายุเฉลี่ย 32.22 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี อายุสูงที่สุด คือ 66 ปี มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.39 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.87 อาชีพที่เป็นรายได้หลักมากที่สุด ได้แก่ แรงงานรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 41.87 มีรายได้ร้อยละ84.69 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,610.95 บาท (มีการแจกแจงแบบปกติ) และสารเสพติดหลักที่ใช้ คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 76.79 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.09, S.D. = 0.51) ด้านผู้ให้การบำบัดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.23, S.D. = 0.58) ด้านสถานที่/ห้องทำกิจกรรม ด้านเครื่องมือสื่อ/วัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดบริการและด้านผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอยู่ในระดับมาก

**ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตผู้ใช้สารเสพติด (n= 418)**

| องค์ประกอบ | $\overline{X}$ | S.D. | ระดับคุณภาพชีวิต |
|---|---|---|---|
| ด้านสุขภาพกาย | 27.97 | 3.84 | คุณภาพชีวิตที่ดี |
| ด้านจิตใจ | 24.50 | 3.57 | คุณภาพชีวิตที่ดี |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 11.77 | 1.92 | คุณภาพชีวิตปานกลาง |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | 31.51 | 4.78 | คุณภาพชีวิตที่ดี |
| **คุณภาพชีวิตโดยรวม** | **104.09** | **13.41** | **คุณภาพชีวิตที่ดี** |

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ใช้สารเสพติด ในภาพรวมพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\overline{X}$ = 104.09, S.D. = 13.41) ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานให้บริการบำบัดรักษายาเสพติดจำนวน 234 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.19 อายุเฉลี่ย 45.69 ปี อายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี อายุสูงที่สุดคือ 63 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.26 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.37 ตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 81.62 ประสบการณ์การทำงานยาเสพติดเฉลี่ย 10.17 ปี ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องเฉลี่ย 8.98 ปี

โดยหลักสูตรที่ได้รับการอบรมมากที่สุด คือ หลักสูตรการบำบัดผู้ป่วยยาและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ร้อยละ 67.52 รองลงมา คือ หลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix program) ร้อยละ 66.66 ตามลำดับ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) มากที่สุด ร้อยละ 49.15 ปัจจุบันใช้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 92.30 ซึ่งรูปแบบที่ใช้เป็นทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ร้อยละ 79.06 ส่วนใหญ่พบว่า มีนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 91.88 ลักษณะเป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว(Family counseling) ร้อยละ 86.98 โปรแกรมใช้ในกลุ่มผู้เสพเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 91.88 เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล ร้อยละ 90.17 ซึ่งโรงพยาบาลมีการปรับเป็น Modify Matrix Program ร้อยละ 84.62

สมรรถนะของผู้ให้การบำบัดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.96, S.D. = 0.50) โดยข้อที่คะแนนมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรมีความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละคนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 รองลงมา คือ บุคลากรสามารถสื่อสารเพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น แสดงถึงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้โอกาสกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 เจตคติของผู้ให้การบำบัดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.50, S.D. = 0.48 ) โดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้เข้ารับการบำบัดมีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 รองลงมา ได้แก่ ระยะเวลาในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม 16 สัปดาห์ มีความเหมาะสมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 ส่วนคะแนนน้อยที่สุดคือ ความถี่ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 60–90 นาที ผลลัพธ์การบำบัด พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพหลังจำหน่ายในระยะเวลา 3 เดือน (3 month remission rate) จำแนกตามปีงบประมาณตั้งแต่ ปี 2561-2564 เท่ากับ

ร้อยละ 80.6 ร้อยละ 79.39 ร้อยละ 79.42 และร้อยละ 77.03 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เท่ากับร้อยละ 70.43 ร้อยละ 69.01 ร้อยละ 71.03 และร้อยละ 70.09 ตามลำดับ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม (Matrix Program) ด้านสถานที่ “รู้สึกพึงพอใจเพราะว่าคนไข้ไม่เยอะมาก ไม่อึดอัด”ด้านเครื่องมือ/สื่อ/วัสดุอุปกรณ์ มีปากกา สี กระดาษ คู่มือเป็นเล่มของตัวเอง โทรทัศน์ให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับประวัติคนเคยติดยา และเลิกยาด้านผู้ให้การบำบัด“เขาทำให้เราสบายใจที่จะพูดปัญหาออกมา กล้าที่จะพูด กล้าที่จะปรึกษา ด้านอารมณ์ด้านจิตใจ” ด้านกระบวนการ บำบัด/ระยะเวลาการบำบัด“เวลาในการบำบัด 4 เดือน คิดว่าเหมาะสม เป็นสเต็ป มาสัปดาห์ละครั้ง มาเป็น 2 สัปดาห์และมาเป็น 1 เดือน”ด้านผลลัพธ์การบำบัด“หน้าที่การงาน รับผิดชอบต่อหน้าที่ตัวเองดีขึ้น สุขภาพร่างกาย จิตใจดีขึ้น มีเวลาอยู่กับครอบครัว” ภายหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพฯรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม (Matrix Program) พบว่า การดำเนินชีวิตรวมทั้งสุขภาพร่างกายดีขึ้น

## วิจารณ์

**1. ด้านบริบท:** ข้อมูลการดำเนินงานของคลินิกยาเสพติด ปฏิบัติตามนโยบาย/ แนวทางของจังหวัด/สสจ. ร้อยละ 93.16 มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน/ แผนปฏิบัติการในแต่ละปี ในทุกหน่วยงาน ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด และได้มีการถ่ายทอดประเด็นยุทธศาสตร์ชาติลงสู่แผนระดับต่างๆ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาประเทศ[1]

**2. ด้านปัจจัยนำเข้า:** ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม (Matrix Program) พบว่า มีโครงสร้างสายบังคับบัญชา 3 กลุ่มงาน ได้แก่ 1) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 2) กลุ่มงานการพยาบาล และ3) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมขึ้นอยู่กับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมาก จึงมีการบำบัดแมทริกซ์โปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นรูปแบบ Modify Matrix Program เพื่อให้สอดคล้องกับผู้บำบัดและผู้รับบริการอีกทั้งความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีน้อยไม่ได้รับผิดชอบแค่งานให้บริการบำบัดเพียงอย่างเดียว ต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ ด้วย และเนื่องจากการบำบัดแบบแมทริกซ์เต็มรูปแบบจะมีการนัดสัปดาห์ละ 3 วัน ซึ่งผู้ป่วยไม่สะดวกมาบ่อยมีภาระเรื่องงาน และการเดินทางทำให้อัตราการขาดนัดสูงมากจึงมีการปรับเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของก้องเกียรติ อุเต็น[6] พบว่า อุปสรรคในการให้บริการ 3 ด้านคือ 1) ด้านบุคลากร ได้แก่ ต้องทำงานหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน ทำให้ประสิทธิภาพของงานด้อยลง คิดเป็นร้อยละ 75.57 2) ด้านการปฏิบัติงานมีความยุ่งยากในการติดตามผู้รับการบำบัดให้มารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องร้อยละ 85.50 และ3) ด้านการจัดการและงบประมาณ ผู้รับบริการขาดความต่อเนื่องของการมารับบริการร้อยละ 69.47 สมรรถนะของผู้ให้การบำบัดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรมีความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละคน รองลงมาคือ บุคลากรสามารถสื่อสารเพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น แสดงถึงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้โอกาสกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภา กิมสูงเนิน และคณะ[12] ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลด้านยาเสพติด ในทศวรรษหน้า (ค.ศ. 2010-2019) มีความจำเป็นต้องมีสรรถนะด้านการบูรณาการองค์ความรู้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ซึ่งต้องมีการให้บริการแบบองค์รวม (Holistic care)

และใช้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงต้องมีสมรรถนะในการสร้างแรงจูงใจและการเข้าใจผู้อื่น ใส่ใจพร้อมรับฟังปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยพยายาม ลด ละ เลิกยาเสพติด สำหรับเจตคติของผู้ให้การบำบัดในภาพรวมอยู่ในระดับมากโดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้เข้ารับการบำบัดมีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพในการรักษา (Therapeutic relationship) มีผลต่อความสำเร็จในการรักษามากที่สุด เนื่องจากผู้บำบัดมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุน การเอาใจใส่ของผู้บำบัดที่มีต่อผู้รับการบำบัดมีอิทธิพลอย่างมากต่อผู้เข้ารับการบำบัด ผู้บำบัดยังเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งผู้รับการบำบัดสามารถนำไปใช้สำหรับการพัฒนาตนเองได้[13]

**3. ด้านกระบวนการ:** โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปรับเป็น Modify Matrix Program ร้อยละ 84.62 โดยมีการประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่มีบางกิจกรรมที่ยุบรวมกันซึ่งการดำเนินการครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ แต่มีการปรับระยะเวลาเหลือเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และผู้เข้ารับการบำบัด เช่น เวลาการทำงาน การประกอบอาชีพ การเดินทางมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาบำบัด จำนวนและภาระงานของผู้ให้การบำบัดในโรงพยาบาล องค์ประกอบในรูปแบบแมทริกซ์โปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ที่มีการดำเนินการน้อยที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มช่วยเหลือกันเองมีการดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 70.94 สอดคล้องกับการศึกษาของสวัสดิ์ อุ่นใจ[10] พบว่า กิจกรรมที่ไม่ได้ดำเนินการมากที่สุด คือกลุ่มช่วยเหลือกันเองคิดเป็นร้อยละ 45.7 เนื่องจากมองว่าเป็นกิจกรรมที่ทำได้ยากเนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่จะรวมกลุ่มทำกิจกรรมไม่ค่อยได้และไม่สามารถทำกิจกรรมพร้อมกันได้

**4. ด้านผลผลิต:** ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัดในภาพรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 81.8 จากการสอบถามพบว่า *“เขาทำให้เราสบายใจที่จะพูดปัญหาออกมา กล้าที่จะพูด กล้าที่จะปรึกษา”* สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล ลักขณาภิชนชัช[8] พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่ สถานที่ กิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดที่มารับบริการ ในภาพรวมพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการสอบถาม พบว่า *“ร่างกายดีขึ้น สังคมครอบครัวยอมรับ จิตใจดีขึ้น การงานก็ดี มีเงินเก็บ มีวินัยกับตนเองไม่กลับไปใช้ยาอีก”* สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล[14] พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมแมทริกซ์ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมแมทริกซ์ทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ค่าเฉลี่ยร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและสามารถหยุดเสพหลังจำหน่ายในระยะเวลา 3 เดือน (3 month remission rate) จำแนกตามปีงบประมาณตั้งแต่ปี 2561-2564 เท่ากับร้อยละ 80.6, 79.39, 79.42 และ 77.03 ตามลำดับและค่าเฉลี่ยร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เท่ากับร้อยละ 70.43, 69.01, 71.03 และ 70.09 ตามลำดับ สอดคล้องกับ Siamak, Ghasemnejad and Shahrbanoo, Ghahari[15] พบว่า ผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่เข้าบำบัดด้วยแมทริกซ์โปรแกรมไม่กลับไปเสพซ้ำในช่วงติดตาม 3 เดือนเท่ากับร้อยละ 80 มีประสิทธิผลดีกว่า การบำบัดแบบปกติและช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งขึ้นและลดโอกาสการกลับไปใช้ยาซ้ำ[16] และจากการศึกษาของ โสภิต แกล้วกล้า[17] พบปัญหาอุปสรรคในระหว่างการ

บำบัด คือ ผู้เข้ารับการบำบัดไม่มาตามนัด เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ทำงานประจำ ไม่มีเวลา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมถี่เกินไป ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

## สรุป

การให้บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแบบผู้ป่วยนอก กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดมีคุณภาพชีวิต ที่ดี ควรมีการศึกษาการให้บริการรูปแบบผู้ป่วยนอก ที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะการติดยาและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่วัฒนธรรมเพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

## ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรมีการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์การเรียนรู้ เช่น สื่อคำถามที่เป็นเสียง วิดีโอที่มีความทันสมัยให้เข้ากับยุคปัจจุบันและเอื้อประโยชน์ในการนำมาใช้จริง และในการดำเนินกิจกรรมควรมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

## การศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการให้บริการรูปแบบการให้บริการผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะการติดยา นอกจากนี้ควรมีการศึกษา Matrix Program ฉบับปัจจุบันซึ่งมีการปรับปรุงใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ วัฒนธรรม เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา รัชชุกูล ข้าราชการบำนาญ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยยาเสพติด ปี 2564-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.ย. 2567].เข้าถึงได้จาก http://www .pmnidat.go.th.
4. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 23/2555 เรื่อง ปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืน ปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nccd.go.th /index.php.
5. Farhad H, Abolghasemi S, Haghighi TH. Examining the efficacy of Matrix therapy in resilience and relapse among amphetamine dependents (Crystal). J Adolesc Youth Psychol Stud. 2024;5(1):111-6.

6. ก้องเกียรติ อุเต็น. ศึกษาอุปสรรคในการให้บริการแบบแมทริกซ์โปรแกรมของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
7. อรพรรณ ลิ่มพรรณ. *การประเมินกระบวนการในการให้บริการแมทริกโปรแกรมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี* [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
8. วันเพ็ญ ใจปทุม, สิวลี จารุวรรณ์, พวงทอง พันโกฏิ, นฤมล อารยะพิพัฒน์, อรุณี ประชุมชิต. รายงานการวิจัย เรื่อง ประเมินผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ติดสารแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้แมทริกซ์โปรแกรม. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2544 .
9. วิมล ลักขณาภิชนชัช, วันเพ็ญ ใจปทุม. การศึกษาประสิทธิผลการบำบัดรักษารูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (FRESH Model) ของสถาบันธัญญารักษ์. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546 .
10. สวัสดิ์ อุ่นใจ, กิจวัฒน์ นาถวิล, ญาธษา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัตร, มานพ คณะโต. การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(4):662-81 .
11. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 279-317.
12. นิภา กิมสูงเนิน, ธัญญา สิงห์โต, ระเบียบ โตแก้ว, สุวภัทร คงพอม. สมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดในทศวรรษหน้า. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(1):122-31.
13. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือให้การปรึกษารายบุคคลและครอบครัว (Individual counseling and conjoint session): การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555 .
14. จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. 2561. ผลของการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.เวชสารแพทย์ทหารบก. ปีที่71 (ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561, 3-10.
15. Ghasemnejad S, Ghahari S. Efficiency of Matrix Protocol (Mp) on relapse prevention and improvement of quality life in methamphetamine abusers (90 Days Follow Up). TOJET 2016;215-24.
16. Ghasemnezhad S, Ghasemian D, Gheytarani B, Ghorbani F, Ghahari S. The effectiveness of Matrix treatment to relapse prevention and increase self-efficacy in people withdrawing methamphetamine. Int J Med Res Health Sci. 2016;5(8):340-5.
17. โสภิต แกล้วกล้า. ศึกษาการประเมินผลการบำบัดรักษาด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ของคลินิกบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2551.

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

# ความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดของกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ศุภฤกษ์ นาคดิลก, พ.บ., สำเนา นิลบรรพ์ ปร.ด., สีอรุณ แหลมภู่ พย.ม., ธัญญา สิงห์โต วท.ม.
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**Abstract** Prevalence of Prescription Drug Abuse Among Drug and Substance Users: at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment
Suparerk Narkdilok M.D., Sumnao Nilaban, Ph.D., Seearoon Lampoo, M.N.S., Tanya Singhtho, M.Sc.
Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Objectives: This study aimed to: 1) investigate the prevalence of prescription drug misuse (PDM) among substance users; 2) identify types of prescription drug (PD) being misused; and 3) explore reasons and patterns of PDM

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted at the Princess Mother National Institute for Drug Abuse Treatment between July and December 2023. The study included 380 participants—256 outpatients selected through simple random sampling (every third queue number) and 124 inpatients selected according to inclusion criteria from 9 wards. Data were collected using a researcher - developed questionnaire on PDM, comprising 3 parts: (1) general information (6 items), (2) drug/ substance use information (5 items), and (3) PDM information (7 items). Descriptive statistics—frequency, percentage, and mean—were used for data analysis.

Results: Most participants were male (80.6%) with a mean age of 31.3 ± 0.99 years. The main substances of abuse were heroin (34.2%) and methamphetamine/ “ice” (32.9%), with 65.1% reporting concurrent use of multiple substances. Among participants, 52.6% used PD alongside their primary substances, and the prevalence of PDM was 32.1% (95% CI: 27.6–37.0). The most commonly misused drugs were ketamine (26.3%), cough syrup (20.4%), and tramadol (17.5%). For ketamine, 44.9% used it to experience Intoxication or euphoria, 63.3% used it daily or nearly daily, and 49.0% obtained it from friends or acquaintances. Similarly, most users of cough syrup and tramadol consumed them daily or nearly daily (55.3% and 54.5%), primarily for Intoxicated or euphoria (73.7% and 60.6%). The main sources were friends or acquaintances (92.1% and 69.7%).

Conclusion: Approximately 1 in 3 substance users misused PD, particularly ketamine, cough syrup, and tramadol, which were easily accessible through informal channels (pharmacies/ roadside shops). Healthcare facilities should strengthen screening protocols for medication use history and maintain vigilant monitoring of access to high-risk PD susceptible to misuse.

***Keywords*:** prescription drug misuse, drug and substance users, prevalence

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด 2) ศึกษาชนิดของยาทางการแพทย์ที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด และ 3) ศึกษาเหตุผลและพฤติกรรมการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ดำเนินการที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง 380 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยนอก 256 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายจากลำดับการรับบัตรคิวทุกๆ 3 ลำดับคิว และผู้ป่วยใน 124 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติการเข้าร่วมโครงการวิจัยจาก 9 หอผู้ป่วย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์การใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 6 ข้อ 2) ข้อมูลด้านการเสพยา/ สารเสพติด จำนวน 5 ข้อ และ 3) ข้อมูลการนำยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิด จำนวน 7 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.6 อายุเฉลี่ย 31.3 ± 0.99 ปี สารเสพติดหลักคือ เฮโรอีน ร้อยละ 34.2 และยาบ้า/ ไอซ์ ร้อยละ 32.9 ส่วนใหญ่มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆร่วมกัน ร้อยละ 65.1 ในจำนวนนี้พบว่า มีการใช้ยาทางการแพทย์ร่วมกับการใช้สารเสพติดหลัก ร้อยละ 52.6 โดยพบว่าความชุกของการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิดอยู่ที่ร้อยละ 32.1 (95%CI: 27.6 – 37.0) ยาที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดมากที่สุดคือ เคตามีน (ร้อยละ 26.3) ยาแก้ไอ (ร้อยละ 20.4) และทรามาดอล (ร้อยละ 17.5) สำหรับเคตามีน ร้อยละ 44.9 ใช้เพื่อให้เกิดอาการอาการเมา/ เคลิบเคลิ้ม โดยร้อยละ 63.3 ใช้เป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน และร้อยละ 49.0 จัดหามาจากเพื่อนหรือคนรู้จัก ส่วนยาแก้ไอและทรามาดอลส่วนใหญ่ ใช้เป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน (ร้อยละ 55.3 และร้อยละ 54.5) เหตุผลของใช้เพื่อให้เกิดอาการเมา/ เคลิบเคลิ้ม (ร้อยละ 73.7 และร้อยละ 60.6) และพบว่า แหล่งที่มาของยาทางการแพทย์มาจากเพื่อนหรือคนรู้จัก (ร้อยละ 92.1 และร้อยละ 69.7)

สรุป: ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ใช้สารเสพติดมีการนำยาทางการแพทย์ไปใช้ในทางที่ผิดโดยเฉพาะเคตามีน ยาแก้ไอ และทรามาดอล ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่ายผ่านช่องทางที่ไม่เป็นทางการ สถานพยาบาลควรเพิ่มความเข้มงวดในการคัดกรองประวัติการใช้ยาและเฝ้าระวังการเข้าถึงยาที่มีความเสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิดอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ**: การใช้ยาในทางที่ผิด, ผู้ใช้ยาและสารเสพติด, ความชุก

## บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยซึ่งนอกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายแล้ว การใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด (prescription drug misuse) ได้กลายเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีประวัติการใช้ยาและสารเสพติดอยู่แล้ว[2,10,11] ซึ่งการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด หมายถึง การนำยารักษาโรคที่ใช้ทางการแพทย์จากที่แพทย์สั่งหรือที่ผู้ใช้จัดหามาใช้เอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้ที่ผิดไปจากแบบแผนของการสั่งจ่ายตามมาตรฐานโดยไม่ใช่เพื่อการรักษาแต่นำมาใช้เพื่อให้เกิดความมึนเมา ใช้ทดแทน ใช้เสริมฤทธิ์ยาเสพติด[2,10,11]

โดยยาทางการแพทย์ที่มักนำมาใช้ในทางที่ผิด ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด กลุ่มยาแก้แพ้ กลุ่มยาแก้ไอ กลุ่มยานอนหลับ/ ยากล่อมประสาท กลุ่มยาจิตเวช กลุ่มยาโอปิออยด์ กลุ่มกัญชา/น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น

ในปี 2550 สถิติประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 12–65 ปี เคยมีประวัติการใช้ยาวิตกกังวลหรือยานอนหลับโดยแพทย์มิได้สั่ง เป็นจำนวนมากถึง 734,288 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.58 และมีจำนวนราวครึ่งหนึ่งที่ยังคงใช้ยาวิตกกังวลและยานอนหลับโดยแพทย์มิได้สั่ง ในระยะเวลา 12 เดือน และ 30 วัน ก่อนสัมภาษณ์[11] นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ยาที่ใช้รักษาโรคในทางที่ผิดเป็นครั้งแรก ได้แก่ ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ไอ และยากล่อมประสาท[2] ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคในทางที่ผิดนั้น เป็นการใช้ยาร่วมกัน หรือ ใช้สลับกันกับยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้แพ้ ยากล่อมประสาท ฯลฯ โดยนำมาผสมน้ำต้มใบกระท่อม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแม้กระทั่งการใช้ยาเหล่านี้ควบคู่กับการสูบกัญชา การใช้ยากล่อมประสาทร่วมกับยาบ้า เพื่อต้องการให้นอนหลับ เกิดความเพลิดเพลิน คลายเครียด ซึ่งผลกระทบจากการใช้ยารักษาโรคในทางที่ผิดเหล่านี้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติ เกิดปัญหาสุขภาพ เกิดการเสพติด และเกิดปัญหาทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวอีกด้วย[2]

การศึกษาที่ผ่านมาของกนิษฐา ไทยกล้า และคณะ[2] ที่พบว่า การใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 77.2) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 50) อายุระหว่าง 12-24 ปี อายุที่เริ่มใช้เฉลี่ย 17.18 ปี นิยมการใช้ยาด้วยวิธีการกินหรือดื่ม (ร้อยละ 90) คนที่ชักชวนให้ใช้ยาส่วนใหญ่ เป็นเพื่อนที่เรียนในสถานศึกษาเดียวกัน หรือเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน สาเหตุส่วนใหญ่ที่มีการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด คือ เพื่อความมึนเมาและสามารถซื้อได้ง่ายทั้งจากเพื่อน จากร้านขายยา คลินิก และโรงพยาบาล สถานที่ใช้ยาส่วนใหญ่คือ ที่บ้าน หอพัก ในสถานศึกษา ในห้างสรรพสินค้า สนามกีฬา เป็นต้น

แม้ว่ารัฐบาลไทยจะจัดสรรงบประมาณจำนวนมากในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ปัญหายังคงทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ระบบการจำแนกยาและการควบคุมการจำหน่ายยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ในประเทศไทยยังมีช่องว่างที่ทำให้ยาบางชนิดสามารถเข้าถึงได้ง่าย การเฝ้าระวังและติดตามการใช้ยาในทางที่ผิดยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดอยู่แล้ว[2]

การดำเนินงานที่ผ่านมาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2559 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษามีการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด (prescription drug misuse) เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี โดยพบจำนวนผู้ป่วยเสพติดยาทรามาดอลมาเข้ารับบริการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจาก 5 ราย เป็น 9 ราย และ 46 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยเสพติด 4 x 100 (น้ำต้มกระท่อม ผสมยานอนหลับ ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ) จำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 50 ราย เป็น 80 ราย และ 114 ราย ตามลำดับ[9]

ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดร่วมด้วย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความชุกของการใช้ยาในทางที่ผิด ชนิดของยาที่นิยมใช้ รูปแบบการใช้ และเหตุผลในการใช้ในกลุ่มนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยในการวางแผนการป้องกัน การคัดกรอง และการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างความรู้เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาทาง

การแพทย์ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การแทรกแซงที่เหมาะสม และการพัฒนานโยบายด้านการควบคุมยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต วัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด 2) เพื่อศึกษาชนิดของยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดและ 3) เพื่อศึกษาเหตุผลและพฤติกรรมในการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิดของผู้ใช้ยาและสารเสพติด

## วัตถุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional surveys) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาใน สบยช. ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้คือ 1) ไม่จำกัดเพศและอายุ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยเสพติด 3) เข้ารับการบำบัดรักษายาและสารเสพติดที่ สบยช. ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล (ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566) 4) เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถให้ข้อมูลได้ และ 5) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4stuies (Wayne W.D., 1995) มีสัดส่วนผู้ใช้ยารักษาโรคในทางที่ผิดร้อยละ 0.34[2] ความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 345 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 380 คน โดยคิดสัดส่วนได้ผู้ป่วยนอกจำนวน 256 คน และผู้ป่วยใน 124 คน ซึ่งการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 1) ผู้ป่วยนอกใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มจากลำดับการรับบัตรคิวทุกๆ 3 คน เช่น บัตรคิวลำดับที่ 3, 6, 9, 12, 15, 18..... จนได้ครบตามจำนวน 256 คน 2) ผู้ป่วยใน คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) จาก 9 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา 6 หอ และหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 3 หอ โดยกำหนดสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหอเท่าๆ กัน จนได้ผู้ป่วยใน ครบตามจำนวน 124 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์การใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** เป็นข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง มี 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลด้านการเสพยา/สารเสพติด มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ มี 5 ข้อ ประกอบด้วย ชนิดของยา/สารเสพติดที่เสพเป็นประจำ เหตุผลการใช้ยา เหตุผลที่มารับการบำบัด การใช้ยา/สารเสพติด และชนิดของยา/ สารเสพติดที่ใช้ร่วม

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลการนำยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิด มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง มี 7 ข้อ ประกอบด้วย ชนิดของยาทางการแพทย์ เหตุผลการใช้ยารูปแบบ/วิธีการใช้ ปริมาณที่ใช้ ความถี่ในการใช้ การได้รับยามาใช้ และรูปแบบการใช้ยา

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ด้านการวัดผลและระบาดวิทยา และด้านจิตเวช และนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าความ

เที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC (Index of item objective congruence) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .05 ขึ้นไป[18] และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อดูความเข้าใจ และความลื่นไหลในการสัมภาษณ์

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สบยช. เลขที่ใบรับรอง 014/2565 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564 และได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่มีทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์การใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 6 ข้อ 2) ข้อมูลด้านการเสพยา/ สารเสพติด มีจำนวน 5 ข้อ และ 3) ข้อมูลการนำยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิด มีจำนวน 7 ข้อ โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดของการวิจัยซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อสำรวจ พร้อมทั้งบอกประโยชน์และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธและสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงถึงตัวผู้เข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย และคำนวนอัตราความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

**ผลการศึกษา**

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 380 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.8 อายุเฉลี่ย 31.3 $\pm$ .99 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 60.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 52.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ร้อยละ 84.3ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 32.3 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ (n = 380)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 307 | 80.6 |
| หญิง | 73 | 19.4 |
| **อายุ** (เฉลี่ย) | 31.3 $\pm$ .99 | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี | 32 | 8.4 |
| 21-40 ปี | 285 | 74.8 |
| 41-59 ปี | 55 | 14.7 |
| 60 ปีขึ้นไป | 8 | 2.1 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 232 | 60.9 |
| คู่ | 90 | 23.6 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 58 | 15.5 |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ (n = 380) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ไม่ได้เรียน | 1 | 0.3 |
| ประถมศึกษา | 48 | 12.6 |
| มัธยมศึกษา | 200 | 52.6 |
| ปวช./ปวส. | 63 | 16.6 |
| ปริญญาตรีและสูงกว่า | 68 | 17.9 |
| **อาชีพ** | | |
| ว่างงาน/ไม่มี อาชีพ | 47 | 12.4 |
| รับจ้าง | 123 | 32.3 |
| ค้าขาย | 70 | 18.4 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 34 | 8.9 |
| เกษตรกรรม/ประมง | 32 | 8.4 |
| พนักงานบริษัท/โรงงาน | 27 | 7.1 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 16 | 4.2 |
| นักเรียน/นักศึกษา | 12 | 3.1 |
| ฟรีแลนซ์ | 6 | 1.8 |
| อื่นๆ | 13 | 3.4 |
| **รายได้** | | |
| ไม่มีรายได้ | 59 | 15.7 |
| มีรายได้ | 321 | 84.3 |

**ตารางที่ 2** ข้อมูลการเสพยาเสพติด จำแนกตามประเภทยาเสพติดหลัก สาเหตุของการใช้ยาเสพติดหลัก เหตุผลที่มารับการบำบัดในครั้งนี้ การใช้ยาเสพติดร่วม และการใช้ยาทางการแพทย์ร่วม (n =380)

| ข้อมูลการเสพยาเสพติด | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ยาเสพติดที่เสพเป็นประจำในช่วง 1 ปี** | | |
| เฮโรอีน/ฝิ่น | 130 | 34.2 |
| ยาบ้า/ไอซ์ | 125 | 32.9 |
| แอลกอฮอล์ | 44 | 11.6 |
| กัญชา | 30 | 7.9 |
| เคตามีน | 24 | 6.3 |
| น้ำต้ม/ใบกระท่อม | 6 | 1.6 |
| ทรามาดอล | 4 | 1 |
| ยาเสพติดหลายชนิด | 16 | 4.2 |
| อื่นๆ (lean,โปรเมทาซีน) | 1 | 0.3 |

**ตารางที่ 2** ข้อมูลการเสพยาเสพติด จำแนกตามประเภทยาเสพติดหลัก สาเหตุของการใช้ยาเสพติดหลัก เหตุผลที่มารับการบำบัดในครั้งนี้ การใช้ยาเสพติดร่วม และการใช้ยาทางการแพทย์ร่วม (n =380) (ต่อ)

| ข้อมูลการเสพยาเสพติด | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **สาเหตุของการใช้ยาเสพติดหลัก** | | |
| อยากลอง | 239 | 62.7 |
| เพื่อนชวน | 152 | 39.9 |
| ใช้เพื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน | 144 | 37.8 |
| ลดความเครียดจากปัญหาครอบครัว/การทำงาน/ชีวิตส่วนตัว | 141 | 37.3 |
| ใช้เพื่อเพิ่มความสนุกสนาน ครื้นเครง | 99 | 26.0 |
| เพื่อคลายความทุกข์ | 85 | 22.3 |
| หาง่าย | 79 | 20.7 |
| ไม่ผิดกฎหมาย | 13 | 3.4 |
| ใช้ทดแทนยาเสพติดที่ใช้เป็นประจำ | 8 | 2.1 |
| อื่นๆ | 121 | 31.8 |
| **เหตุผลที่มารับการบำบัดในครั้งนี้** | | |
| อยากเลิก | 301 | 79.0 |
| ครอบครัวบังคับ ขอร้องให้มารักษา | 196 | 51.4 |
| มีปัญหาสุขภาพร่างกาย | 143 | 37.5 |
| มีปัญหาด้านจิตเวช | 94 | 24.7 |
| มีวิธีการบำบัดที่ดี ช่วยให้เลิกยาเสพติดได้ | 27 | 7.1 |
| มีปัญหาด้านกฎหมายจากการใช้ยาเสพติด | 24 | 6.3 |
| ไม่มีเงินซื้อยา | 12 | 3.1 |
| อื่นๆ | 97 | 25.7 |
| **การใช้ยาเสพติดอื่นๆร่วมกัน** | | |
| ไม่ใช้ | 132 | 34.9 |
| ใช้ | 248 | 65.1 |
| **การใช้ยาทางการแพทย์ร่วมกับยาเสพติด** | | |
| ไม่ใช้ | 180 | 47.4 |
| ใช้ | 200 | 52.6 |
| **การใช้ยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิดร่วมกับยาเสพติด** | | |
| ไม่ใช้ | 258 | 67.9 |
| ใช้ | 122 | 32.1 |

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีน/ ฝิ่น ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือยาบ้า/ไอซ์ และแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 32.9 และร้อยละ 11.6 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการใช้ยาเสพติดหลักเนื่องจากอยากลอง คิดเป็นร้อยละ 62.7 รองลงมา คือ เพื่อนชวน และ ใช้เพื่อการอยู่ในกลุ่มเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 39.9 และร้อยละ 37.8 ตามลำดับ เหตุผลที่มารับการบำบัดในครั้งนี้เนื่องจากต้องการที่จะเลิกยา ร้อยละ 79.0 รองลงมา คือ ครอบครัวบังคับ ขอร้องให้มารักษา การมีปัญหาสุขภาพร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 51.4 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด รักษาส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ ร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 65.1 ในจำนวนนี้มีการใช้ยาทางการแพทย์ร่วมกับยาเสพติดด้วยคิดเป็นร้อยละ 52.6 นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดในร่วมกับยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 32.1

**ตารางที่ 3** ความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด จำแนกตามชนิดของยาทางการแพทย์ที่ใช้ในทางที่ผิด

| **การใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดร่วมกับยาเสพติดหลัก (n = 380 คน)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **Mean (S.D.)** | **Prevalence (%)** |
|---|---|---|---|
| การใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด | 122 (32.1) | 0.32 (0.46) | 32.1 (95%CI: 27.6 – 37.0) |
| **ชนิดของยาทางการแพทย์ที่ใช้ในทางที่ผิด (n = 186 ราย)** | **จำนวน (ราย)** | | **ร้อยละ** |
| เคตามีน | 49 | | 26.3 |
| ยาแก้ไอ | 38 | | 20.4 |
| ยาทรามาดอล | 33 | | 17.8 |
| กลุ่มยานอนหลับและคลายเครียด | 24 | | 12.9 |
| เมทาโดน | 20 | | 10.8 |
| ยาแก้แพ้ | 17 | | 9.1 |
| กลุ่มยารักษาทางจิตเวช | 5 | | 2.7 |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้ยาและสารเสพติดจำนวน 380 คน มีผู้ใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด (Prescription Drug Abuse) จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 จากการคำนวนอัตราความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด เท่ากับร้อยละ 32.1 (95%CI: 27.6 – 37.0) นั่นคือ สัดส่วนที่แท้จริงของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดทั้งหมดอยู่ระหว่าง 27.6% ถึง 37.0% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยชนิดของยาทางการแพทย์ที่ใช้ในทางที่ผิดที่พบมากที่สุด คือ เคตามีน ร้อยละ 26.3 รองลงมา คือ ยาแก้ไอ และยาทรามาดอล ร้อยละ 20.4 และร้อยละ 17.8 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4** เหตุผลและพฤติกรรมการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด จำแนกตามชนิดของยาทางการแพทย์ที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด (n =186)

| **ชนิดของยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิด** | **รวม** (n=186) | เคตามีน (n=49) | ยาแก้ไอ (n=38) | ทรามาดอล (n=33) | ยานอนหลับ (n=24) | เมทาโดน (n=20) | ยาแก้แพ้ (n=17) | กลุ่มยาทางจิตเวช (n=5) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| **ชนิดของยาเสพติดหลัก** | | | | | | | | |
| ยาบ้า/ ไอซ์ | 18 (9.7) | 5(10.2) | 2 (5.3) | 4 (12.1) | 3 (12.5) | - | 4 (23.5) | - |
| เฮโรอีน | 79(42.5) | 15(30.7) | 9 (23.7) | 15(45.5) | 12(50.0) | **20(100)** | 7 (41.2) | 1(20.0) |
| แอลกอฮอล์ | 6 (3.2) | 1 (2.0) | 2 (5.3) | - | 1 (4.2) | - | 1 (5.9) | 1(20.0) |
| กัญชา | 23(12.3) | 3 (6.1) | 8 (21.1) | 7 (21.2) | 3 (12.5) | - | 2 (11.8) | - |
| กระท่อม | 6 (3.2) | - | 4 (10.5) | - | 1 (4.2) | - | - | 1(20.0) |
| เคตามีน | 30(16.2) | 24(49.0) | 4 (10.5) | - | 2 (8.3) | - | - | - |
| ทรามาดอล | 5 (2.6) | - | - | 4 (12.1) | - | - | 1 (5.9) | - |
| สารเสพติดหลายชนิด | 15 (8.1) | 1 (2.0) | 7 (18.4) | 2 (6.1) | 2 (8.3) | - | 2 (11.8) | 1 (20.0) |
| อื่นๆ (lean,promethazin) | 4 (2.2) | - | 2 (11.8) | 1 (3.0) | - | - | - | 1 (20.0) |
| **ความถี่ในการใช้ยา** | | | | | | | | |
| ทุกวันหรือ 5-6 วันต่อสัปดาห์ | 111(61.0) | 31(63.3) | 21(55.3) | 18(54.5) | 9 (37.5) | 20(100) | 9 (52.9) | 3(60.0) |
| 3-4 วันต่อสัปดาห์ | 17 (9.3) | 1 (2.0) | 7 (18.4) | 4 (12.1) | 2 (8.3) | - | 3 (17.6) | - |
| 1-2 วันต่อสัปดาห์ | 23(12.7) | 5 (10.2) | 4 (10.5) | 4 (12.1) | 7 (29.2) | - | 2 (11.8) | 1(20.0) |
| 2-3 วันต่อเดือน/ เดือนละครั้ง | 11 (6.1) | 2 (4.1) | 3 (7.9) | 3 (9.1) | 1 (4.2) | - | 2 (11.8) | - |
| หลายๆเดือนจะเสพสัก 1 ครั้ง | 15 (8.2) | 6 (12.2) | 1 (2.6) | 4 (12.1) | 3 (12.5) | - | - | 1(20.0) |
| อื่นๆ | 5 (2.7) | 3 (6.1) | - | - | 1 (4.2) | - | 1 (5.9) | - |
| **การกำหนดปริมาณการใช้** | | | | | | | | |
| กำหนดปริมาณเอง | 133(71.5) | 45 (91.8) | 28(73.7) | 21(63.6) | 16(66.7) | 9(45.0) | 11(64.8) | 3 (60.0) |
| เพิ่มปริมาณมากขึ้น | 22(11.8) | - | 3 (7.9) | 3 (9.1) | 5 (20.8) | 7 (35.0) | 3 (17.6) | 1 (20.0) |
| เพิ่มจำนวนมื้อของยา | 7 (3.8) | - | 1 (2.6) | - | 2 (8.3) | 4 (20.0) | - | - |
| ใช้ตามที่มีผู้แนะนำ | 24(12.9) | 4 (8.2) | 6 (15.8) | 9 (27.3) | 1 (4.2) | - | 3 (17.6) | 1 (20.0) |
| **เหตุผลที่ใช้** | | | | | | | | |
| เพื่อให้เกิดความเมา/เคลิบเคลิ้ม | 87(24.8) | 22 (44.9) | 28(73.7) | 20(60.6) | 3 (12.5) | - | 12(70.6) | 2 (40.0) |
| ช่วยให้ นอนหลับ | 65(18.6) | 3 (6.1) | 18(47.4) | 8 (24.2) | 18(75.0) | 3 (15.0) | 13(76.5) | 2 (40.0) |

**ตารางที่ 4** เหตุผลและพฤติกรรมการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด จำแนกตามชนิดของยาทางการแพทย์ที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด (n =186) (ต่อ)

| **ชนิดของยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิด** | **รวม** (n=186) | เคตามีน (n=49) | ยาแก้ไอ (n=38) | ทรามาดอล (n=33) | ยานอนหลับ (n=24) | เมทาโดน (n=20) | ยาแก้แพ้ (n=17) | กลุ่มยาทางจิตเวช (n=5) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| รักษาอาการเจ็บป่วย | 29 (8.3) | - | 7 (18.4) | 5 (15.2) | 2 (8.3) | 14(70.0) | - | 1 (20.0) |
| ช่วยเสริม/ลดฤทธิ์ของยาเสพติดที่ใช้ | 7 (2.0) | 2 (4.1) | 1 (2.6) | 1 (3.0) | 1 (4.2) | - | 2 (11.8) | - |
| ช่วยในการทำงาน | 20 (5.7) | 1 (2.0) | 9 (23.7) | 3 (9.1) | 3 (12.5) | 4 (20.0) | - | - |
| เพิ่มความสุขสนุกสนาน | 44(12.6) | 17(34.7) | 9 (23.7) | 10(30.3) | 2 (8.3) | 2 (10.0) | 3 (17.6) | 1 (20.0) |
| เพื่อลดอารมณ์รุนแรง | 8 (2.3) | 1 (2.0) | 1 (2.6) | 2 (6.1) | 1 (4.2) | 1 (5.0) | 2 (11.8) | - |
| ทดแทนยาเสพติดที่ใช้ประจำ | 22 (6.3) | 4 (8.2) | 1 (2.6) | 3 (9.1) | 2 (8.3) | 12(60.0) | - | - |
| อื่นๆ (ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน/สบายใจ/คลายความทุกข์) | 68(19.4) | 17(34.7) | 13(34.2) | 10(30.3) | 2 (8.3) | 20 (100) | 5 (29.4) | 1 (20.0) |
| **แหล่งที่มาของยาทางการแพทย์ฯ** | | | | | | | | |
| เพื่อนแบ่งให้ฟรี | 31(16.8) | 6 (12.2) | 5 (13.2) | 10(30.3) | 3 (12.5) | - | 6 (35.3) | 1 (20.0) |
| รวมเงินกับเพื่อนซื้อ | 17 (9.2) | 1 (2.0) | 4 (10.5) | 7 (21.2) | 2 (8.3) | - | - | 3 (60.0) |
| แพทย์สั่งจ่ายจากโรงพยาบาล/คลินิก | 25 (13.5) | - | - | 2 (6.1) | 5 (20.8) | 18 (90.0) | - | - |
| ซื้อเอง แหล่งที่ซื้อ | 111(60.0) | 25 (51.0) | 35(92.1) | 23(69.7) | 14(58.3) | 2 (10.0) | 11(64.7) | 1 (20.0) |
| -จากเพื่อน/คนรู้จัก | 48 (43.2) | 24 (49.0) | 12(31.6) | 6 (18.2) | 5 (20.8) | - | - | 1 (20.0) |
| -ร้านขายยา/ร้านค้าริมถนน | 53 (47.7) | 1 (2.0) | 18(47.4) | 16(48.5) | 7 (29.2) | 1 (5.0) | 10(58.8) | - |
| -ร้านสะดวกซื้อ/ร้านค้า | 5 (4.5) | - | 3 (7.9) | 1 (3.0) | - | - | 1 (5.9) | - |
| -ทางออนไลน์ | 4 (3.6) | - | 1 (2.6) | - | 2 (8.3) | 1 (5.0) | - | - |
| อื่นๆ | 1 (0.5) | - | - | - | 1 (4.2) | - | - | - |

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดหลักมีการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดร่วมกันมากที่สุด คือ ผู้ใช้ยาและสารเสพติดหลักประเภทเฮโรอีน/ฝิ่น ร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ กัญชา และยาบ้า/ไอซ์ คิดเป็นร้อยละ 12.3 และร้อยละ 9.7 ตามลำดับ โดยพบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดหลัก กลุ่มผู้ใช้เฮโรอีน/ฝิ่น มีการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดร่วมด้วยมากที่สุด ได้แก่ เมทาโดน ทรามาดอล และเคตามีน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ร้อยละ 19 และ ร้อยละ 19 ตามลำดับ รองลงมา พบว่า กลุ่มผู้ใช้กัญชาเป็นยาเสพติดหลักมีการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดร่วมด้วย ได้แก่ ยาแก้ไอ ทรามาดอล เคตามีนและยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 34.9 ร้อยละ 30.4 และร้อยละ 13

ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มผู้ใช้ยาบ้า/ ไอซ์ เป็นยาเสพติดหลัก มีการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด ร่วมด้วยมากที่สุด ได้แก่ เคตามีน ทรามาดอล ยาแก้แพ้ และยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 27.8 ร้อยละ 22.2 และ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด มีดังนี้คือ 1) ความถี่ของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดส่วนใหญ่ ใช้ทุกวันหรือ 5-6 วันต่อสัปดาห์ พบมากในกลุ่มผู้ใช้เมทาโดน เคตามีน และยาแก้ไอ คิดเป็นร้อยละ 100 ร้อยละ 63.3 และร้อยละ 55.3 ตามลำดับ 2) ส่วนใหญ่กำหนดปริมาณการใช้เอง พบมาก ในกลุ่มผู้ใช้ยาเคตามีน ยาแก้ไอ และทรามาดอล คิดเป็นร้อยละ 91.8 ร้อยละ 73.7 และร้อยละ 55.3 ตามลำดับ และพบว่าเหตุผลของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดส่วนใหญ่ เพื่อให้เกิดความเมา/ เคลิบเคลิ้ม คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมา คือ จากเหตุผลอื่นๆ เช่น ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน/สบายใจ/คลายความทุกข์ ร้อยละ 36.6 และใช้เพื่อเพิ่มความสุข สนุกสนาน ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งที่มาของยาทางการแพทย์ที่นำมาใช้ในทางที่ผิด ส่วนใหญ่ซื้อเอง จากแหล่งที่ซื้อ คิดเป็นร้อยละ 59.7 จากร้านขายยา/ ร้านค้าริมถนนร้อยละ 28.5 และจากเพื่อน/ คนรู้จักร้อยละ 25.8 ตามลำดับ

## วิจารณ์

1. ความชุกและรูปแบบการใช้สารแบบผสมผสาน (High Prevalence and Poly-substance Use) ผลการศึกษา พบความชุกของการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิดสูงถึงร้อยละ 32.1 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วโลกที่พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดมักไม่ได้ใช้สารเพียงชนิดเดียวแต่มีพฤติกรรมการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน (Poly-substance use)[16] โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เฮโรอีนเป็นสารหลัก ซึ่งพบการใช้เมทาโดน ยานอนหลับ และยาแก้แพ้ร่วมด้วยในสัดส่วนที่สูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักใช้ยาทางการแพทย์เพื่อ "จัดการอาการถอนยา (Withdrawal management)" หรือใช้ทดแทนสารหลักเมื่อหาไม่ได้ ซึ่งพบในกลุ่มผู้ใช้เมทาโดน ร้อยละ 60.0 ซึ่งสะท้อนถึงพยายามในการบำบัดตนเอง (Self-medication) แต่ขาดการควบคุมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะได้รับยาเกินขนาด[17,18] (Overdose) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช และคณะ[7] พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดมักนำยาทางการแพทย์ เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้แพ้ ไดเฟนไฮดรามีน มาผสมใช้ร่วมกับสารหลักเพื่อเสริมฤทธิ์ หรือลดอาการข้างเคียง

2. การปรับเปลี่ยนบริบทของเคตามีนสู่สารเสพติดเชิงสันทนาการ การที่เคตามีนครองอันดับหนึ่งของยาทางการแพทย์ที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 49.0 ได้รับมาจากเพื่อนหรือคนรู้จัก แสดงให้เห็นถึงการย้ายบริบทของเคตามีนจากยาสลบที่ใช้ในหัตถการทางการแพทย์ไปสู่การเป็นสารเสพติดเชิงสันทนาการในเครือข่ายสังคมอย่างเต็มตัว โดยผู้ใช้นิยมนำมาใช้เพื่อให้เกิดภาวะเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) และใช้เป็นประจำเกือบทุกวัน ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความเป็นพิษต่อระบบประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง แตกต่างจากงานวิจัยของกนิษฐา และคณะ [2] พบยาแก้ไอและยาแก้ปวด (ทรามาดอล) ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด เป็นอันดับ 1 และ 2 ซึ่งสะท้อนถึงการย้ายบริบทของเคตามีนเข้าสู่ตลาดสันทนาการของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดอย่างชัดเจนในปัจจุบัน

3. ช่องว่างด้านการกำกับดูแล และการรั่วไหลในตลาดนอกระบบ แม้ภาครัฐจะมีมาตรการยกระดับการควบคุมยาทรามาดอลและยาแก้ไอ แต่ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 47.4 สามารถจัดหา ยาแก้ไอ และ ทรามาดอล ได้จาก "ร้านขายยาหรือร้านค้าริมถนน" สะท้อนถึงช่องว่างในการบังคับใช้กฎหมายและการกำกับดูแลการจำหน่ายยาอันตราย สอดคล้องกับงานวิจัยของกนิษฐา ไทยกล้า และคณะ[2] ที่ระบุว่า ความสะดวกในการเข้าถึงยาเป็นปัจจัยหนุนสำคัญที่ทำให้เกิดการนำยาไปผสมเป็นสูตรต่างๆ เช่น ยาลีน หรือ

4x100 เพื่อเสริมฤทธิ์สารเสพติดหลัก แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ Connor JP, et al.[20] พบว่ามีการได้มาซึ่งยาทางการแพทย์ผ่านการตระเวนขอใบสั่งยาจากแพทย์หลายคน (Doctor Shopping) เป็นหลัก

4. ปัญหาโรคร่วมทางจิตเวชที่ไม่ได้รับการตอบสนอง กลุ่มผู้ใช้ยานอนหลับและยาแก้แพ้ในทางที่ผิดระบุวัตถุประสงค์หลักว่าใช้เพื่อ "ช่วยในการนอนหลับ" ร้อยละ 75.0–76.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดส่วนใหญ่มีปัญหาโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) หรือโรคความวิตกกังวล (Anxiety disorders) แต่ขาดการเข้าถึงการรักษาทางจิตเวชที่เหมาะสม จึงต้องแสวงหายามาใช้เอง ซึ่งส่งผลให้อาการทางจิตเวชและพฤติกรรมเสพติดรุนแรงขึ้นซับซ้อนขึ้น สอดคล้องกับ Assanangkornchai S, et al.[21] พบการนำยากลุ่มออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมาใช้โดยไม่ได้มาจากคำสั่งแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการคลายเครียด ช่วยในการนอนหลับ และทำให้เกิดความเพลิดเพลิน

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดในเชิงลึกที่เป็นข้อมูลเฉพาะในกลุ่มประชากร ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับตติยภูมิเท่านั้น อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้อาจไม่สะท้อนถึงภาพรวมของสถานบำบัดรักษาในระดับอื่นๆ นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการตอบแบบสอบถามซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความจำของผู้ตอบ (Recall bias) รวมถึงอาจมีการปกปิดข้อมูลจริงของผู้ให้ข้อมูลได้

## สรุป

การศึกษาพบความชุกของการใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิดในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน ยาที่ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เคตามีน ยาแก้ไอ และทรามาดอล โดยมีพฤติกรรมใช้เป็นประจำทุกวันและกำหนดปริมาณเอง เพื่อให้เกิดอาการเมาหรือเคลิบเคลิ้ม ช่องทางการได้มาของยาส่วนใหญ่เป็นการซื้อเองผ่านร้านขายยา ร้านค้าริมถนน หรือจัดหาผ่านกลุ่มเพื่อนและคนรู้จัก สถานพยาบาลควรยกระดับการคัดกรองประวัติการใช้ยา และเพิ่มความเข้มงวดในการเฝ้าระวังการเข้าถึงยาเสี่ยงในชุมชน

## ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สถาบันบำบัดรักษาควรเพิ่มเครื่องมือคัดกรองพฤติกรรมการใช้ยาทางการแพทย์ (PDM screening) เป็นส่วนหนึ่งของการซักประวัติแรกรับ ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะสารเสพติดผิดกฎหมายเพียงอย่างเดียว
2. ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องอันตรายจากการใช้ยาผสม (Drug-drug interaction) โดยเฉพาะการใช้ เมทาโดนหรือยานอนหลับร่วมกับสารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการหยุดหายใจ
3. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบการกระจายยาในร้านขายยาและร้านค้าในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงและยาควบคุมที่ตรวจพบว่ามีการรั่วไหลเข้าสู่ตลาดมืด

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในเชิงลึกเกี่ยวกับเครือข่ายการซื้อขายยาทางออนไลน์ซึ่งพบว่าเริ่มมีบทบาทมากขึ้นในการจัดหายาในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดรุ่นใหม่
2. ควรขยายงานวิจัยไปยังโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในภูมิภาคต่างๆ หรือโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ และศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อดูผลลัพธ์การบำบัดรักษา อัตราการกลับมาเสพซ้ำ

(Relapse rate) และอันตรายรุนแรงระยะยาวในกลุ่มที่ใช้ยาทางการแพทย์ในทางที่ผิด

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่งเพื่อให้บทความนี้มีความสมบูรณ์ตามหลักวิชาการ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้อนุเคราะห์ให้คณะผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้สนับสนุนเงินทุนสำหรับดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. กนิษฐา ไทยกล้า, มูฮัมหมัดฟาห์มี ตาเละ, ศยามล เจริญรัตน์, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคแบบผิดแผนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2561.
3. จุฑามณี สุทธิสีสังข์. ทรามาดอล (Tramadol) เหยื่อของการนำยาไปใช้ในทางที่ผิด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://pharmacy.Mahidol.ac.th/th/knowledge/article/161-Tramadol.
4. พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, อภินันท์ อร่ามรัตน์, เพ็ญประภา ศิวิโรจน์, สำราญ กันทวี. ความชุกของการใช้สารเสพติดและความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจของนักเรียนอาชีวศึกษา. พยาบาลสาร 2560;44(2):172-81.
5. ภัทราภรณ์ กินร. การนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด (ทรามาดอล โปร ลีน กระท่อม สี่คูณร้อย). ใน: รัศมน กัลยาศิริ, บรรณาธิการ. Facts and Figure: Illegal substance in Thailand 2017-2020 ข้อเท็จจริงและตัวเลข:สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทยปี 2560-2563. สงขลา: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์บริษัทสหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2563.
6. ภัทรมณ ยงพานิช, ธนสักดิ์ เทียกทอง. อุบัติการณ์และความชุกของการใช้ยาและสารเสพติดในการประกอบอาชญากรรม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำรวจกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561; 12(2).
7. ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, วิโรจน์ วีรชัย, สำเนา นิลบรรพ์, รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง, กาญจนา รัตนพันธ์. สารเสพติดที่ใช้ร่วมในผู้ป่วยเสพติดกระท่อม. วารสารกรมการแพทย์. 2564; 46(3): 96-104.
8. สมจิตร์ มณีกานนท์, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพะนิตย์, นิตยา จรัสแสง, ขวัญสุดา บุญทศ. ศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(4): 371-380.
9. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษามีการนำยาทางการแพทย์มาใช้ในทางที่ผิด ปีงบประมาณ 2557 – 2559. ปทุมธานี. 2559.

10. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, ดาริกา ใสงาม, วลัยลักษณ์ จิตต์พิบูลย์, พวงรัตน์ จินพล, อังคณา ชินเดช, ศยามล เจริญรัตน์, และคณะ. ศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ครั้งที่ 4 ปีการศึกษา 2561 [รายงานการวิจัย]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
11. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, สมสมร ชิตตระการ, กนิษฐา ไทยกล้า, นพพร ตันติรังสี. การใช้ยารักษาโรคแบบผิดแผน: ความรู้เบื้องต้นและสถานการณ์ปัญหาในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2555.
12. Assanangkornchai, S., Sam-Angsri, N., Rerngpongpan, S., & Edwards, J. G. Anxiolytic nd hypnotic drug misuse in Thailand: Findings from a national household survey. Drug and Alcohol Review.2010;29(1),101-111.Available from:https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00092.x
13. Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. Current Opinion in Psychiatry. 2014; 27(4), 269-275. Available from: https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000069
14. Darke, S., & Hall, W. Heroin overdose: Research and evidence-based intervention. Journal of Urban Health. 2003; 80(2), 189-200. Available from: https://doi.org/10.1093/jurban/jtg022
15. Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. Understanding polydrug use: Review of heroin and cocaine co-use. Addiction. 2003; 98 (1), 7-22. Available from: https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00236.x
16. Pharmchompoo. บีไฟว์ ยา “มหาภัย” ที่วัยรุ่นกำลังหลง! แต่รู้ไหมมันเสี่ยงตาย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2564].เข้าถึงได้จาก: https://mgronline.com/goodhealth/detail/9590000122116
17. Pobpad. Promethazine (โปรเมทาซีน). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564].เข้าถึงได้จาก:https://www.pobpad.com/promethazine
18. Rovinelli, R. J., Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion referenced test item validity. Dutch Journal for Educational Research. 1977; 2(1), 49–60.
19. World Health Organization. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2011.
20. Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. Curr Opin Psychiatry. 2014;27(4):269-75.
21. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Edwards JG. Anxiolytic and hypnotic drug misuse in Thailand: Findings from a national household survey. Drug Alcohol Rev. 2010;29(1):101-11.

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

# ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้การเปลี่ยนพฤติกรรมและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

จินตนา ผู้เจริญลาภ พย.บ., วรรณพัฒน์ดี คำทำ วท.ม., เอกลักษณ์ วิชัยรัมย์ วท.บ.
โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

**Abstract** Effects of Motivational Enhancement Program on Behavior Change and Rehabilitation Participation Among High-Risk Violent Psychiatric Patients with Substance Use at Drug Treatment Clinic, Ladyao Hospital, Nakhon Sawan Province
Phucharoenlap J., Kamtam W., Wichairam A.
Ladyao Hospital, Nakhon Sawan Province

Psychiatric patients with substance use disorders who are at high risk for violence constitute a growing clinical concern. However, some patients lack sufficient motivation to change their behavior and participate in rehabilitation. This one-group quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a one-month follow-up. The objectives were to: 1) compare patients' motivation for behavioral change; 2) compare their stages of readiness to change; and 3) examine their participation in rehabilitation. The participants were 12 male patients with amphetamine use who received services at the Drug Treatment Clinic, Ladyao Hospital, Nakhon Sawan Province, and met the eligibility criteria. The research instruments included a six-session motivational enhancement program based on motivational interviewing principles. Data were collected using the Contemplation Ladder and the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale-Drug Version (SOCRATES-8D). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Wilcoxon signed-rank test. The results showed that, immediately after the intervention and at the one-month follow-up, the participants' motivation progressed significantly from the contemplation stage to the decision stage compared with baseline (p=.002). Their mean readiness-to-change scores after the intervention and at the one-month follow-up were also significantly higher than the baseline scores (p=.002). Specifically, recognition increased from a very low to a moderate level, ambivalence increased from a very low to a high level, and taking steps increased from a very low to a high level. No statistically significant differences were found between the immediate post-intervention and one-month follow-up scores, indicating that the improvements were maintained during the follow-up period. Five participants (41.67%) subsequently entered rehabilitation. The findings suggest that the motivational enhancement program may promote motivation, readiness for behavioral change, and decisions to participate in rehabilitation. Nevertheless, further studies employing a comparison group, a larger sample, and a longer follow-up period are recommended.

***Keywords*:** motivational enhancement program, behavior change, High-Risk Violent Psychiatric Patients with Substance Use

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) เปรียบเทียบความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 3) ศึกษาการเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายที่ใช้แอมเฟตามีนและรับบริการ ณ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 12 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 6 กิจกรรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจและแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา ฉบับสำหรับผู้ใช้สารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจเพิ่มขึ้นจากระดับลังเลใจ มาเป็นระดับตัดสินใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.002) ส่วนคะแนนเฉลี่ยขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.002) โดยพบว่าในด้านการยอมรับมีคะแนนสูงขึ้นจากระดับต่ำมากเป็นระดับสูงปานกลาง ด้านความลังเลมีคะแนนสูงขึ้นจากระดับต่ำมากเป็นระดับสูง และด้านเริ่มลงมือทำมีคะแนนสูงขึ้นจากระดับต่ำมากสูง เมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ตามลำดับ และผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมอาจช่วยส่งเสริมแรงจูงใจ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และการตัดสินใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาซ้ำโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และติดตามผลในระยะยาว

**คำสำคัญ**: โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด

## บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาใหญ่ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงไปทั่วโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ประจำปี 2566[1] ระบุว่าจำนวนผู้เสพยาเสพติดทั่วโลกปี 2564 มีจำนวนมากกว่า 296 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 จากช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงจากการเสพยาเสพติด จำนวน 39.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ในจำนวนดังกล่าวได้เข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 20 สำหรับประเทศไทยนั้น ข้อมูลปี 2564[2] มีสัดส่วนการจับกุมแอมเฟตามีนสูงถึงร้อยละ 89 ปริมาณของกลางยาเสพติด ที่พบมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา ได้แก่ ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน

ข้อมูลจากกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวนสะสม 13,194 คน โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท และโรคหลงผิด ร้อยละ 43.22 กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 30.36 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร้อยละ17.34[3]

การดำเนินงานของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว ปีงบประมาณ 2565 - 2567 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด มีจำนวน 36 คน, 48 คน และ 52 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว ปี 2565 - 2567 จำนวน 8 คน, 11 คน และ 25 ราย คิดเป็น ร้อยละ 22.2, ร้อยละ 22.9 และร้อยละ 48.1 ตามลำดับ โดยลักษณะการก่อความรุนแรงที่พบ ได้แก่ การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยก่อคดีสะเทือนขวัญ คือ การฆ่าลูกตนเอง ซึ่งเห็นได้ว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่ง รวมถึงส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาอีกด้วย

จากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ป่วยทั้ง 25 รายที่ไม่ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด พบว่า มีผู้ตอบคำถามถึงสาเหตุการไม่ยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด ดังนี้ ผู้ป่วยไม่มีเป้าหมายในการบำบัดจำนวน 10 ราย ไม่คิดว่าตนเองติดสารเสพติดจำนวน 8 ราย คิดว่าตนเองสามารถเลิกยาเสพติดได้โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 7 ราย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่เข้ารับการบำบัดรักษาในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยติดสารเสพติด ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย มีความมั่นใจว่าจะสามารถเลิกยาเสพติดได้โดยไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ[4,5] การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตะหนักถึงปัญหาจนถึงลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (2002)[6] กล่าวไว้ว่าแรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง ด้วยการให้ผู้ป่วยได้สำรวจค้นหาแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ภายใต้ท่าทีที่แสดงถึงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด[7,8]

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) เป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีผู้ให้การบำบัดเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของตนเอง[9] สอดคล้องกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stage of change theory) ของ Prochaska & DiClemente[10] ซึ่งเสนอขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหาจนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ดังนี้ 1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation stage) โดยบุคคลยังไม่เห็นว่าพฤติกรรมปัญหาของตน หรือยังไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง อาจมองว่าผลเสียยังไม่รุนแรง ปฏิเสธปัญหา หรือรู้สึกว่าตนไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนในบริบทการใช้สาร ผู้ป่วยอาจยังไม่เชื่อว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว หรือการดำเนินชีวิต 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation stage) ซึ่งบุคคลเริ่มตระหนักว่าพฤติกรรมของตนอาจเป็นปัญหาและเริ่มคิดถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ยังมีความลังเล ยังไม่ตัดสินใจลงมือ 3) ขั้นตัดสินใจ (Determination/ Preparation stage) บุคคลตัดสินใจว่าต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ

เริ่มเตรียมแผนสำหรับการลงมือปฏิบัติ 4) ขั้นลงมือกระทำ (Action stage) บุคคลเริ่มลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังตามเป้าหมายที่วางไว้ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance stage) โดยบุคคลสามารถรักษาพฤติกรรมใหม่ได้อย่างต่อเนื่องจนมีความมั่นคงมากขึ้น เรียนรู้ที่จะรู้เท่าทันสถานการณ์เสี่ยง จัดการความเครียดหรือสิ่งกระตุ้น ใช้ทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และอาศัยแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และ 6) ขั้นกลับไปมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse stage) บุคคลอาจย้อนกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมหลังจากที่เคยเริ่มเปลี่ยนแปลงแล้ว การกลับซ้ำไม่ควรถูกมองว่าเป็นการเริ่มต้นใหม่ทั้งหมดหรือเป็นความล้มเหลว แต่เป็นส่วนหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการเปลี่ยนแปลง

การใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้บำบัดใช้ทักษะการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ใช้การยืนยันรับรองให้ผู้ป่วยสื่อข้อความแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านบวกเน้นความรับผิดชอบในสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยลดละเลิกสุราได้สำเร็จ[11] และงานวิจัยของรอดีหยีะ เจ๊ะโซ๊ะ และคณะ (2561)[5] พบว่า ผู้ป่วยเฮโรอีนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจมีความต้องการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม จะเห็นได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพในที่สุด

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ถือเป็นหัวใจในการบำบัดรักษายาเสพติด เพราะเป็นขั้นตอนที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ค่านิยมและพฤติกรรมตลอดจนพัฒนาความสามารถในการทำงาน การแก้ปัญหาด้วยตนเอง การยอมรับ การเข้าใจตนเองและผู้อื่น และการเสริมสร้างจิตใจให้มีความเข้มแข็ง จนทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมที่ดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12]

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเปรียบเทียบ ระดับแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติดและศึกษาผลการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และระยะติดตามผล 1 เดือน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯและระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ และระยะติดตามผล 1 เดือน
3. เพื่อศึกษาผลการเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ

## คำถามการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติดหรือไม่ อย่างไร

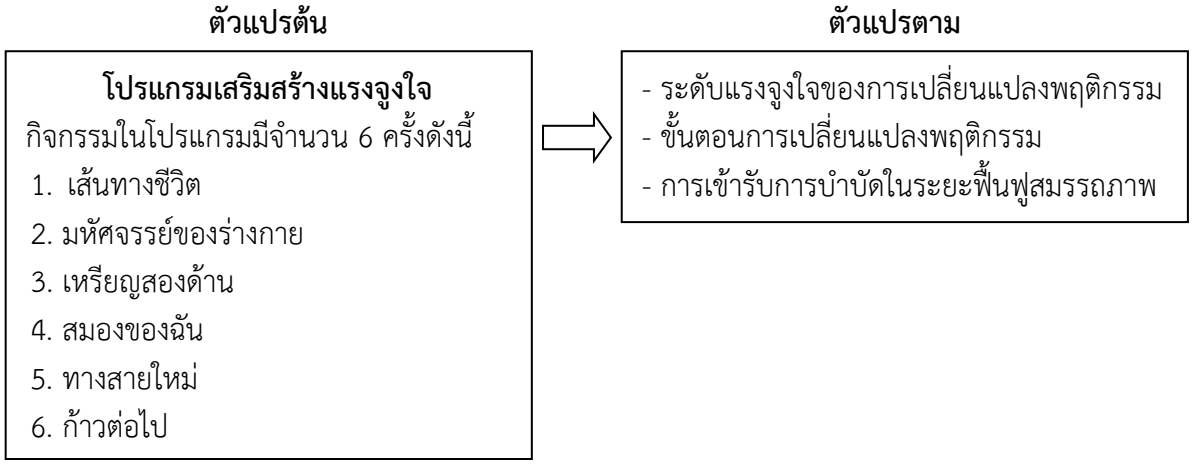
## สมมติฐานการวิจัย

1.ระดับแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติดระยะหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

2.คะแนนเฉลี่ยของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ผู้วิจัยนำแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller & Rollnick (2002)[6] ซึ่งเป็นวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด มุ่งเน้นการสื่อสารเพื่อการบำบัดรักษาอย่างมีเป้าหมายและเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior change) ตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska & DiClemente (1997)[13] ผู้วิจัยสามารถประเมินขั้นตอนพฤติกรรมผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดได้อย่างถูกต้อง สามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้รับบริการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตต่อไป สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)




**รูปแบบการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (One group pre–post and follow up test design)

**ประชากรศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ใช้แอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกบำบัดยาเสพติดโรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวน 25 ราย

โดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ใช้แอมเฟตามีน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพแอมเฟตามีนและมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ หรือติดสารแอมเฟตามีน มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ มีประวัติทำร้ายตัวเองและผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน มีอาการหลงผิด

คิดทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง[3]

กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ตามเงื่อนไขคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า มีคุณสมบัติ ดังนี้ เพศชาย อายุ 18-59 ปี อ่านออกเขียนได้ ได้รับการรักษาอาการทางจิตเวชต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จนอาการทางจิตสงบสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ไม่มีหรือมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว หวาดระแวง อารมณ์ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (BPRS ≤ 36 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นระดับเล็กน้อย (PVSS ≤ 5 คะแนน) คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและต้องรักษา (SOCRATES 8D) ระดับต่ำทั้ง 3 ด้านดังนี้ ด้านการยอมรับ ≤ 30 คะแนน ด้านความลังเล ≤ 13 คะแนน และ ด้านเริ่มลงมือทำ ≤ 30 คะแนน และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการในการศึกษาครั้งนี้

ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีจำนวน 12 คน

เกณฑ์การคัดออก อาการทางจิตกำเริบ จำคุก

เกณฑ์การยุติการร่วมวิจัย ขาดการเข้าร่วมโปรแกรม ตั้งแต่ 1 ครั้ง เป็นต้นไป

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย เลขที่ NSWPHO-036/97 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2567 และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

## สถานที่ศึกษา

คลินิกบำบัดยาเสพติด กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

## เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม มีดังนี้

1.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ใช้คัดกรองระดับความรุนแรงอาการทางจิต ทั้งอาการบวกเช่น หูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง และอาการทั่วไป เช่น ซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) (อ้างอิงใน รัชนี อุทัยพันธ์, 2555)[14] นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 ราย และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87 ซึ่งปัจจุบันนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการทางจิต

1.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ใช้คัดกรองระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาโดย หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (2559)[15] นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 118 ราย ณ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งฉบับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สถานภาพของบิดามารดา การใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ความถี่ของการใช้สารเสพติด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ สารเสพติดอื่นๆ ที่ใช้ร่วม สาเหตุที่ใช้สารเสพติด และจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดรักษา จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของภาษา สอดคล้องวัตถุประสงค์และครอบคลุมของเนื้อหา ซึ่งผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาภาพรวม (Total CVI) ได้เท่ากับ .88

2.2 แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES 8D) ใช้วัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างก่อน หลังการทดลองและระยะติดตาม พัฒนาโดย Miller & Tonigan ในปี 1996 [16] แบบวัดนี้มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งผลการให้คะแนนออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านการยอมรับ (Recognition) มีจำนวน 7 ข้อ ในข้อที่ 1, 3, 7, 10, 12, 15 และ 17 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .74

ด้านที่ 2 ด้านความลังเล (Ambivalence) มีจำนวน 4 ข้อ ในข้อที่ 2, 6, 11 และ 16 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

ด้านที่ 3 ด้านเริ่มลงมือทำ (Taking Steps) มีจำนวน 8 ข้อ ในข้อที่ 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 และ 19 โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะการวัดจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับระหว่าง "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง"กับ"เห็นด้วยอย่างยิ่ง" โดยให้คะแนน1 ถึง 5 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง =1,เห็นด้วยอย่างยิ่ง =5)

โดยแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES 8D) ผู้วิจัยได้นำไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ก่อนนำไปใช้จริงเท่ากับ .89 (n=10) และเมื่อนำไปใช้จริงเท่ากับ .94 (n=12)

2.3 แบบประเมินขั้นบันไดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Contemplation Ladder) ใช้วัดระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง (Self - Report) มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ก ข ค ง จ โดย "ก" หมายถึง ระยะเมินเฉย "ข" หมายถึงระยะลังเลใจ "ค" และ "ง" หมายถึง ระยะตัดสินใจ "จ" หมายถึง ระยะลงมือกระทำ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Biener and Abrams (1991) และในประเทศไทย ดรุณี ภู่ขาว และคณะ ได้แปลและตรวจสอบคุณภาพและมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ (อ้างถึงใน อโนชา หมึกทอง และคณะ, 2560)[17]

3. เครื่องมือที่ใช้ ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช APN 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการบำบัดยาเสพติด 1 ท่าน ผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI )

ได้เท่ากับ .89 และ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับปรุงภาษาในบางกิจกรรมได้แก่ ใบความรู้ในกิจกรรม “สมองของฉัน” และเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรม “มหัศจรรย์ของร่างกาย” การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy: MET) ซึ่งใช้เทคนิคที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์เพื่อการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ของ Miller & Rollnick (2002)[6] ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมทำกิจกรรมครั้งๆละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยที่สมาชิกกลุ่มมีความสมัครใจเข้าร่วมกลุ่มช่วงเวลา 13.00 - 14.00 น. ในวันอังคารและวันศุกร์ มีการติดตามผลหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจอีก 1 เดือนต่อมา โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วยกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2

ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง (strengthening commitment to change) ประกอบด้วยกิจกรรมในครั้งที่ 3, 4 และ 5

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through) ประกอบด้วยกิจกรรมในครั้งที่ 6 โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ ได้นำไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ก่อนนำไปใช้จริงเท่ากับ .89 (n=10) และเมื่อนำไปใช้จริงเท่ากับ .94 (n=12)

**ขั้นตอนการดำเนินการ และวิธีการเก็บข้อมูล**

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของจังหวัดนครสวรรค์ เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดยาวเพื่อขอเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน รวบรวมข้อมูล สำรวจรายชื่อคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีคะแนน BPRS ≤ 36 และคะแนน PVSS ≤ 5 คะแนน โดยพบกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 12 คน ใน คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบหากสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: (SOCRATES 8D) พร้อมทั้งนัดหมายในครั้งต่อไป

2. ระยะทดลอง (ในสัปดาห์ที่ 1 – 3) จัดโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลลาดยาว ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 45 - 60 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งมีกิจกรรมให้ทำในหัวข้อที่กำหนดตามโปรแกรม จำนวน 6 กิจกรรม การจัดกิจกรรมทำที่ห้องเดิม ในวันอังคารและวันศุกร์ เวลา 13.00 - 14.00 น. โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการของกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบและดำเนินกิจกรรมตามรายละเอียดของกิจกรรมนั้นๆ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1“เส้นทางชีวิต” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศของการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจะทำชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมให้สมาชิกได้ทบทวนการดำเนินชีวิตของตนเอง ประเมินระดับแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจในอนาคต

กิจกรรมครั้งที่ 2 “มหัศจรรย์ของร่ายกาย” มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเอง ทราบผลการตรวจสุขภาพ

เบื้องต้น และตระหนักถึงผลกระทบของการใช้สารแอมเฟตามีน

กิจกรรมครั้งที่ 3 “เหรียญสองด้าน”

มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของสมาชิกถึงผลดีและผลเสียของการหยุดใช้สารแอมเฟตามีน และสำรวจถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 4 “สมองของฉัน”

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงโทษพิษภัยและผลจากการเสพสารแอมเฟตามีน สามารถประเมินสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สารแอมเฟตามีนของตนเอง พร้อมกับให้สัญญาใจกับตนเองในการปรับพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 5 “ทางสายใหม่”

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นคงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมในการหยุดใช้สารแอมเฟตามีน

กิจกรรมครั้งที่ 6 “ก้าวต่อไป”

มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าทบทวนแผนการเลิกยาเสพติด ประเมินและจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากทางเลือกที่ปรับพฤติกรรมและร่วมกันสร้างแผนการย่อย ๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ระยะหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3 หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale : (SOCRATES 8D) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง รวมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 1 เดือน

4. ระยะติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา(Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale : (SOCRATES 8D) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไปผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติการศึกษาครั้งนี้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา ขั้นบันไดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบระดับแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติดก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

5.3 ข้อมูลอัตราการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสร้างข้อสรุปจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม การสังเกตพฤติกรรม นำมาจัดกลุ่ม เปรียบเทียบเหตุการณ์ และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

## ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายและนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 34.17 ปี (SD=7.518) สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกทาง (ร้อยละ 58.30) และส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 41.70) มีรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ

58.30) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 66.70) สมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยใช้สารเสพติด 1 ใน 4 โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา (ร้อยละ 8.30) เป็นภรรยา (ร้อยละ 8.30) และพี่เขย (ร้อยละ 8.30) สารเสพติดที่ใช้ทั้งหมด คือ แอมเฟตามีน (ร้อยละ 100) ระยะเวลาในการใช้สารเสพติดเฉลี่ย 7.75 ปี (SD=5.328, สูงสุด 20 ปี ต่ำสุด 1 ปี) จำนวนวันเฉลี่ยที่เสพสารแอมเฟตามีน/สัปดาห์ 5.08 วัน (SD=1.73, สูงสุด 7 วัน ต่ำสุด 3 วัน) ปริมาณสารแอมเฟตามีนที่ใช้ต่อสัปดาห์ เฉลี่ย 21.17 เม็ด (SD= 17.89, สูงสุด 70 เม็ด ต่ำสุด 3 เม็ด) สารเสพติดอื่น ๆ ที่ใช้ นอกจากแอมเฟตามีน คือบุหรี่และสุรา (ร้อยละ 41.70) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ใช้สารเสพติดเนื่องจากเพื่อนชวน (ร้อยละ 60.00) รองลงมา คืออยากลอง (ร้อยละ 25.00) ส่วนใหญ่สถานที่ไปรับการบำบัด คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ (ร้อยละ 66.70)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบระดับแรงจูงใจและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

| ตัวแปร (n=12) | ระดับคะแนน ก่อนทดลอง Mean | SD | แปลผล | หลังทดลอง Mean | SD | แปลผล | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ระดับแรงจูงใจ** | 1.83 | 0.72 | ลังเลใจ | 3.08 | .9 | ตัดสินใจ | -3.04 | .002* |
| **ขั้นตอนการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม** | | | | | | | | |
| ด้านการยอมรับ | 20.58 | 2.43 | ต่ำมาก | 32.25 | 2.76 | ปานกลาง | -3.07 | .002* |
| ด้านความลังเล | 11.25 | 1.96 | ต่ำมาก | 17.00 | 1.59 | สูง | -3.07 | .002* |
| ด้านเริ่มลงมือทำ | 23.67 | 4.33 | ต่ำมาก | 35.92 | 4.29 | สูง | -3.07 | .002* |

** p-value <.05*

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนระดับแรงจูงใจ และขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านการยอมรับ ด้านความลังเล ด้านเริ่มลงมือทำ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( Z = 3.04, Z = -3.07, Z = -3.07 และ Z = -3.07, P = .002)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบ ระดับแรงจูงใจและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

| ตัวแปร (n=12) | ระดับคะแนน ก่อนทดลอง Mean | SD | แปลผล | ติดตาม (1เดือน) Mean | SD | แปลผล | Z | P - value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ระดับแรงจูงใจ** | 1.83 | 0.72 | ลังเลใจ | 3.08 | 0.90 | ตัดสินใจ | -3.04 | .002* |
| **ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม** | | | | | | | | |
| ด้านการยอมรับ | 20.58 | 2.43 | ต่ำมาก | 32.17 | 2.79 | ปานกลาง | -3.07 | .002* |
| ด้านความลังเล | 11.25 | 1.96 | ต่ำมาก | 17.25 | 1.42 | สูง | -3.08 | .002* |
| ด้านเริ่มลงมือทำ | 23.67 | 4.33 | ต่ำมาก | 36.17 | 3.85 | สูง | -3.06 | .002* |

** p-value <.05*

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนระดับแรงจูงใจ และขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการยอมรับ ด้านความลังเล ด้านเริ่มลงมือทำในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = -3.04, Z = - 3.07, Z = -3.08 และ Z = -3.06, P = .002)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบระดับแรงจูงใจและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

| ตัวแปร (n=12) | ระดับคะแนน | | | | | | Z | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | หลังทดลอง | | | ติดตาม (1เดือน) | | | | |
| | Mean | SD | แปลผล | Mean | SD | แปลผล | | |
| **ระดับแรงจูงใจ** | 3.08 | .90 | ตัดสินใจ | 3.08 | 0.90 | ตัดสินใจ | 0.00 | 1.000 |
| **ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม** | | | | | | | | |
| ด้านการยอมรับ | 32.25 | 2.76 | ปานกลาง | 32.17 | 2.79 | ปานกลาง | -0.58 | 0.564 |
| ด้านความลังเล | 17.00 | 1.59 | สูง | 17.25 | 1.42 | สูง | -1.14 | 0.257 |
| ด้านเริ่มลงมือทำ | 35.92 | 4..29 | สูง | 36.17 | 3.85 | สูง | -0.88 | 0.380 |

** p-value <.05*

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนระดับแรงจูงใจ และขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการยอมรับ ด้านความลังเล ด้านเริ่มลงมือทำในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = 0.00, Z = -0.58, Z = -1.14 และ Z = -0.88, P = 0.55)

**ตารางที่ 4** จำนวน และร้อยละ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ และเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | 5 | 41.67 |
| ไม่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | 7 | 58.33 |
| **รวม** | **12** | **100** |

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจฯ และเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 41.67

**อภิปรายผล**

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมติฐานดังนี้

1) ระดับแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติดระยะหลังการได้รับ

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือน ก็พบว่าระดับแรงจูงใจฯ สูงกว่าก่อนการทดลองด้วย จากระดับลังเลใจ มาเป็นระดับตัดสินใจ ผลดังกล่าวอธิบายได้ตามแนวคิดของมิลเลอร์ และโรลนิค (Miller & Rollnick, 1991)[18] ว่าแรงจูงใจเป็นภาวะที่สามารถเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างได้ เมื่อผู้บำบัดแสดงความเข้าใจ ยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจและคลี่คลายความลังเลใจ ตระหนักถึงผลกระทบของการใช้สารเสพติด มองเห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายชีวิต และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการเหล่านี้จึงช่วยกระตุ้นแรงจูงใจภายในและทำให้คะแนนแรงจูงใจภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สีอรุณ แหลมภู่ (2554)[12] ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงจูงใจต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมด้วย นอกจากนี้ การศึกษาของศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ (2565)[19]ซึ่งนำโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก และพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วย มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้อง การรับการรักษาเพิ่มขึ้น

2) คะแนนเฉลี่ยขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการยอมรับ ด้านความลังเล และด้านเริ่มลงมือทำหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านการยอมรับ ด้านความลังเล ด้านเริ่มลงมือทำ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองโดยพบว่าในด้านการยอมรับมีคะแนนสูงขึ้นจากระดับต่ำมากเป็นระดับสูงปานกลาง ด้านความลังเลมีคะแนนสูงขึ้นจากระดับต่ำมากเป็นระดับสูง และด้านเริ่มลงมือทำมีคะแนนสูงขึ้นจากระดับต่ำมากสูงเมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ตามลำดับซึ่งเกิดจากแนวทางการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นหลักหรือ Client - centered counseling ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง ใช้การสนทนาถามเร้าให้กลุ่มตัวอย่างพูดข้อความที่จูงใจตนเอง สะท้อนความให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบในสิ่งที่พูดหรือคิด เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินหรือพูดข้อความที่จูงใจตนเองซ้ำๆ แรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างก็มากขึ้น ตามแนวคิดของ Miller & Rollnic (1991)[18] โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่ได้พัฒนาขึ้นซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในปัญหา ลดความลังเลใจเสริมศักยภาพในตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง ในหลายๆ ด้าน เช่น การให้ความร่วมมือในการวิจัยจนเสร็จสิ้น การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดตรงตามเวลา การกินยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง การมีปฏิสัมพันธ์แสดงความคิดมีข้อความที่สร้างแรงจูงใจให้กับตนเองและเสริมแรงจูงใจระหว่างเพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการลดและหยุดใช้สารเสพติดไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีการแสดงออกที่เหมาะสมแทนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Waiprach D. (2009)[8] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและผลของการติดซ้ำของผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถเพิ่มระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและสามารถลดการติดซ้ำของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และจากการศึกษาของธันยพร บัวเหลือง (2561)[20]ที่พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจกลุ่มทดลองมีความตั้งใจหยุดดื่มสุราสูงกว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุมการติดตามในระยะ 1 เดือน พบว่า มีความตั้งใจหยุดดื่มสุราสูงกว่าและมี

พฤติกรรมดื่มสุราน้อยกว่าในระยะทันทีที่สิ้นสุดการให้โปรแกรม

3) การเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติด

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 ทั้งนี้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของมิลเลอร์และโรลนิค (Miller & Rollnick, 1991)[18] โดยใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ซึ่งเสนอว่าแรงจูงใจเป็นภาวะที่สามารถกระตุ้นและเปลี่ยนแปลงได้ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยโดยผู้บำบัดใช้ท่าทีที่เน้นความร่วมมือ ยอมรับและเคารพสิทธิในการตัดสินใจตลอดจนดึงเหตุผลและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงออกมาจากภายในตัวผู้ป่วยมากกว่าการชี้นำหรือโต้แย้ง หลักการดังกล่าวช่วยลดแรงต้านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจความลังเลใจและเกิดถ้อยคำที่มุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างความตั้งใจ ความมุ่งมั่นและการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ทั้งนี้ เรียกว่า **“SPIRIT of MI”** โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้เน้นความร่วมมือ ความเคารพ และการเสริมพลังแก่ผู้รับคำปรึกษาให้ค้นพบแรงจูงใจจากภายในตนเอง

เมื่อพิจารณากิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทั้ง 6 ครั้ง พบว่า โปรแกรมฯ มีการส่งเสริมการตระหนักรู้ไปสู่การลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1“เส้นทางชีวิต” ช่วยสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์ เป้าหมาย และความต้องการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 2 “มหัศจรรย์ของร่ายกาย” และกิจกรรมครั้งที่ 4 “สมองของฉัน” ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลย้อนกลับที่เชื่อมโยงกับสุขภาพและผลกระทบจากการใช้สารเสพติดของตนจึงช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายชีวิตขณะที่กิจกรรมครั้งที่ 3“เหรียญสองด้าน” เปิดโอกาสให้พิจารณาข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงช่วยคลี่คลายความลังเลใจและดึงเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้น กิจกรรมครั้งที่ 5“ทางสายใหม่”ช่วยเปลี่ยนความตั้งใจให้เป็นเป้าหมายและทางเลือกที่ชัดเจนส่วนกิจกรรมครั้งที่ 6“ก้าวต่อไป”ช่วยทบทวนความก้าวหน้า วิเคราะห์อุปสรรค และจัดทำแผนย่อยที่สามารถปฏิบัติได้จึงทำหน้าที่เชื่อมโยงจากการแสดงความตั้งใจไปสู่คำมั่นสัญญา แผนการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น การยินยอมและเข้าร่วมกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจฯ ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเลใจและมองเห็นความสำคัญของการเข้ารับการรักษามากขึ้นส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างจึงมีแรงจูงใจและตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้[5,19,11]

## ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในงานประจำ และมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนจำกัด จึงไม่สามารถนำโปรแกรมไปทดลองใช้เบื้องต้น (tryout) และไม่สามารถออกแบบการวิจัยชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองได้ (Two group pre–posttest design) ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนและการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่นจึงควรนำผลการศึกษาไปใช้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีการเพิ่มจำนวนทุกปี การนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้บำบัดในชุมชนโดยฝึกอบรม ฝึกทักษะและประสบการณ์ทำกลุ่มในแต่ละกิจกรรมให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต.เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตัดสินใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอันจะเป็นการป้องกันการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนดีขึ้น

1.2 ควรขยายผลการโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ใน รพช. รพท. รพศ. อื่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อ ระดับแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญ ควรมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดอื่น

2.2 โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อ ระดับแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตัดสินใจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญควรมีการศึกษาแบบรายบุคคลต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วง และสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจาก ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา ที่ปรึกษางานวิจัยที่ให้ความรู้แนวทางคำชี้แนะต่างๆ และกำลังใจจนสามารถทำงานสำเร็จลุล่วงในที่สุด

ขอขอบพระคุณ พญ.จีรภา โพธิ์พรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดยาว ที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลากรในสังกัด ศึกษาข้อมูลการทำงานวิจัยภายในหน่วยที่ปฏิบัติงาน

ขอขอบพระคุณ พญ. ธีราพร วิทิตสิริจิตแพทย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อาจารย์วิมลลักขณาภิชนชัช พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ และอาจารย์นีรนุช โชติวรางกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย

ขอบคุณ คุณเสาวลักษณ์ ดอกนาค ช่วยชี้แนะให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยจนสามารถทำงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

ขอบคุณผู้ช่วยวิจัยในการช่วยคัดเลือกตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยสนใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023 [Internet]. Vienna: United Nations; 2023 [cited 2024 Sep 11]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2564 [สืบค้นเมื่อ 2565 เม.ย. 11]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/DocLib/ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ%20ปี%202564.pdf

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ก.ย. 4]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1303
4. บังอร บุญรักษาสัตย์. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่เข้ารับการรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2533http://www.nccd.go.th/index .php.
5. รอดีหย๊ะ เจ๊ะโซ๊ะ, อรพิน คงหนู, ทิพยสุคนธ์ มูลจันที. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเฮโรอีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. ปัตตานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี; 2561.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
7. กฤตยา แสวงทรัพย์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557 [สืบค้นเมื่อ 2567 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2014.409
8. Waiprach D. The effectiveness of group motivational enhancement therapy on increasing readiness to change and decreasing relapse in drug dependent patients [master's thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2009.
9. Rustin TA, Tate JC. Measuring the stages of change in cigarette smokers. J Subst Abuse Treat. 1993;10(2):209-20. doi:10.1016/0740-5472(93)90046-5.
10. พิชัย แสงชาญชัย. คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.
11. สุปราณี พลไชย. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.
12. สีอรุณ แหลมภู่. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์; 2554.
13. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot.1997;12(1):38-48.doi:10. 4278 /0890- 1171-12.1.38.
14. รัชนี อุทัยพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
15. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทนงค์, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบ

ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559; 61(3) :253-66.

16. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychol Addict Behav. 1996;10(2):81-9. doi:10. 1037/ 0893-164X.10.2.81.
17. อโนชา หมึกทอง, นิศานต์ วีระชาติเทวัญ, อานนท์ วิทยานนท์. แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560;35(4):325-34.
18. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
19. ศุภชัย นวลสุทธิ์, จุฬา ศรีรักษา, ทัปปณ สัมปทณรักษ์, สมหมาย คชนาม. ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2) :163-77.
20. ธันยพร บัวเหลือง. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความตั้งใจในการหยุดดื่มและพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มชายแบบเสี่ยง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/7859

**คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์**

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการ และบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

**การส่งต้นฉบับ**

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน (เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ ให้ส่งไฟล์ต้นฉบับสุดท้าย พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วพร้อมจะตีพิมพ์ กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

**ประเภทของบทความ**

**1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)**

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุวิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

**2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)**

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

**3. บทฟื้นวิชา (Refresher Course)**

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 ควรมีบทวิจารณ์ของผู้เขียนประกอบด้วย

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

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ชี้ความคิดเห็นที่แตกต่าง หรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

**การเตรียมต้นฉบับ**

**ชื่อเรื่อง** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

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

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

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

**คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words)** ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ไม่เกินควร 4 คำ

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่าย เข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับ เนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

***บทนำ*** อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

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

***ผล*** แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

***วิจารณ์*** วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่านำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

***สรุป*** สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

**การเขียนเอกสารอ้างอิง**

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิค (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับ

และตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้น ตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก website http://nlm.nih.gov หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

**การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร วิชาการเสพติดมีหลักเกณฑ์ดังนี้**

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

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

1. สุกุมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณ์ชัววัลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19: 29-41.
2. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood mal - treatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. Can J Psychiatry. 2012; 57: 677-86.

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

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

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

2.2 หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้นิพนธ์

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

2.3 หนังสือมีบรรณาธิการ

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

2.4 บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. ธวัชชัย ลีฬหนาจ. ระบาดวิทยาของโรคติดสารเสพติด. ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2549. หน้า 3-23.

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

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings)

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

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

4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

1. จรรยา ลาภศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

2. Silpakit C. A Study of common mental disorders in primary care in Thailand (Ph.D. thesis). London: University of London; 1998.

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

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

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1): [24 screens]. Available from: 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 16สิงหาคม 2539.)

**วารสารวิชาการเสพติด**
**(Thai Journal of Addiction)**
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถ.พหลโยธิน ต. ประชาธิปัตย์ อ. ธัญบุรี จ. ปทุมธานี 12130
เบอร์โทร : 0863519626
อีเมล: journaladdict2025@gmail.com