ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

Vol. 8 No. 1 January - June 2024

ISSN : 2287-0369

วารสารวิชาการเสพติด

Thai Journal of Addiction

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

Vol. 8 No. 1 January - June 2024

วารสารวิชาการเสพติด

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

เจ้าของ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ปรึกษา

นายสมศักดิ์	อรรฆศิลป์	ผู้อำนวยการอาวุโสโรงพยาบาลวิมุต
นายมานัส	โพธาภรณ์	ข้าราชการบำนาญ
นางสาวอารีภักดิ์	เงินบำรุง	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส
นางขนิษฐา	ตันติศิรินทร์	ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นายนิพนธ์	ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นายชยนันท์	สิทธิบุศย์	ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
นางกัลยา	ธรรมคุณ	ประธานมูลนิธิธัญญารักษ์
นางสาวสุรัชฌี	เศวตศิลา	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวเสาวลักษณ์	ปลั่งเกียรติยศ	กองพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ
นางสาวจันทกานต์	อยู่เย็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
นายสรายุทธ์	บุญชัยพานิชวัฒนา	ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายดลสุข	พงษ์นิกร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
นายชาญชัย	ธงพานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นายธวัช	ลาพินี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
นายธิติ	อึ้งอารี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
นางนริศรา	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
นายวรภัคธรณ์	ก้องเปสลาพันธ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

บรรณาธิการ

นายล่ำซำ	ลักขณาภิชนชัช	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิรดา	จันทร์ลอย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กองบรรณาธิการ

นางสาวสุพจนี	ชุติดำรง	สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
นายนิวัติ	เอี่ยมเที่ยง	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปัตตานี กรมคุมประพฤติ
นายทัปปณ	สัมปทณรักษ์	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นางอรพิณ	ทนันขัติ	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสาวสิริกุล	วงษ์สิริโสภาคย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางสาววรางคณา	รักษ์งาน	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายอภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางนันทา	ชัยพิชิตพันธ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสำเนา	นิลบรรพ์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาวสุกุมา	แสงเดือนฉาย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายบุญเรือง	ไตรเรืองวรวัฒน์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
นางสาวนิตยา	ตากวิริยะนันท์	ข้าราชการบำนาญ
นายพิชัย	แสงชาญชัย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายอรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวรัศมน	กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายตะวันชัย	จิรประมุขพิทักษ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสุทัศน์	รุ่งเรืองหิรัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวจิตรลดา	อารีย์สันติชัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายอรรถสิทธิ์	ศรีสุบัติ	ที่ปรึกษากรมการแพทย์
นายศักดินา	บุญเปี่ยม	คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นายประทีป	ฉัตรสุภางค์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวดรุณี	ภู่ขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายอนุสรณ์	พยัคฆมาคม	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางเพ็ญพักตร์	อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาวศิริพร	ฉวานนท์	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นางสาวศรัณญา	เบญจกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางณปภา	สิริศุภกฤตกุล	สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นางสุประภา	จักษุดุลย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค
นางสมพร	สุวรรณมาโจ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สำนักงาน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130
โทร. 0-2531-0080-8 ต่อ 404, 341, 492 โทรสาร 0-2531-0085
www.pmnidat.go.th e-mail : journal@pmnidat.go.th

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โทรศัพท์ 0-2564-3104 ถึง 6
โทรสาร 0-2564-3119
http://www.thammasatpritinghouse.com

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการเสพติด ฉบับนี้ได้มีบทความวิชาการและบทความวิจัย ที่มีเนื้อหาความรู้ที่เป็นประโยชน์และรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ส่งบทความวิชาการส่งมาเพื่อเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย เรื่องแรก การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาช่องทางการสื่อสาร และแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคาน์ต์ "น้องรู้ใจ" สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ เรื่องที่สอง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาวในจังหวัดมหาสารคาม เรื่องที่สาม การศึกษาความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาสำหรับสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดน โดย Modified syrup ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เรื่องที่สี่ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความและให้การสนับสนุน ติดตามมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ท้ายนี้ ขอเชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเสพติดเพื่อเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการและสังคม โดยมีความคาดหวัง ว่าผลงานเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาต่อยอดไปเป็นองค์ความรู้ของประเทศอันจะนำไปสู่การพัฒนาวิชาการด้านยาเสพติดในระดับชาติต่อไป

ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาช่องทางการสื่อสาร และแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ 1
ธาราทิพย์ เพียรปัญญาฤทธิ์ ส.ม.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาว ในจังหวัดมหาสารคาม 14
วัชรินทร์ ทองสีเหลือง ส.บ., ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ พย.บ.

การศึกษาความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาสำหรับสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดน โดย Modified syrup ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน 26
กณิษฐา นิ่มสกุล ภ.ม., สุพัตรา ชมงานดี ส.บ.

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด 34
สิดาพร พงษ์ประพันธ์ พย.บ., สุภาพ พลสำโรง พย.บ.,วุฒิพงษ์ เจริญวงษ์ พย.บ.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ

ธาราทิพย์ เพียรปัญญาฤทธิ์ ส.ม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

Abstract The development of a model for providing knowledge, giving advice communication channels and reporting incidents. Through the LINE Official Account Application “Roojai” For the care of psychiatric and drug patients at Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V in Bueng Kan Province

Tharathip Pieanpanyarit

Master of Public Health (M.P.H.)

Bueng Kan Provincial Public Health Office

In this study, the researcher used the Action Research model to develop a system for educating about mental health and drug abuse, counseling, voluntary drug treatment, and as a channel to communicate and report incidents when encountering self-harm or harm to others through online public relations channels, and mental health assessment through online channels. SSO. ST Hospital 85 people, 8 officers from the drug center. 9 police officers, 14 police officers Rescue Rescuer. There were 16 students, 3 staff members, and 82 students, for a total of 217 people. Collect data from learning exchange workshops, group processes, interviews, and follow-up assessments. Analyze data with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. For qualitative data, content-oriented analysis is used. The results of the study showed that the development of a model for providing knowledge, counseling, and communication channels and reporting incidents through the LINE Official Account application. The app can be used as a tool to increase counseling.

Keywords: LINE Official Account Application, Online public relations channels

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการให้ความรู้เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและยาเสพติดให้คำปรึกษา สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดและเป็นช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุเมื่อพบการทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่นผ่านช่องทางประชาสัมพันธ์ออนไลน์ และประเมินสุขภาพจิตผ่านช่องทางออนไลน์ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565-กันยายน 2566 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ. สสอ. รพ.สต. จำนวน 85 คน กำนัน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่จากศูนย์ยาเสพติด จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่ กู้ชีพกู้ภัย จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่ กอ.รมนม. จำนวน 3 คน นักเรียน 82 คน รวมทั้งสิ้น 217 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการกลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ ให้สามารถใช้แอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือในการเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการทางสุขภาพจิตและเพิ่มช่องทางเพื่อขอรับการบำบัดรักษายาเสพติดและสามารถแจ้งเหตุผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการใช้งานบนโลกแห่งเทคโนโลยีไร้การสัมผัสได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ ช่องทางประชาสัมพันธ์ออนไลน์

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยในปี 2564 มีจำนวน 622,172 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 15.6 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 21 ประเภท ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี เพื่อติดตามอาการและป้องกันผู้ป่วยกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ แต่เมื่อพิจารณาการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลจนครบระยะเวลาที่กำหนดอยู่ที่ร้อยละ 57.94 ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการบำบัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ที่มีจำนวน 53,484 ราย กลับได้รับการดูแลในระดับที่ต่ำกว่า เพียงร้อยละ 52.82 (ณ เดือนกันยายน 2565) ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเกือบครึ่ง ยังไม่ได้รับการบัดรักษาครบถ้วนตามกำหนดเวลา จึงต้องให้ความสำคัญกับการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้น เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียทั้งต่อผู้ป่วยเองและต่อสังคมดังจะเห็นได้จากเหตุการณ์ในช่วงที่ผ่านมาในหลายกรณีพบว่า ผู้ก่อเหตุได้มีการใช้

สารเสพติดร่วมด้วย[3] ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบัน จังหวัดบึงกาฬมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปี 2566 จำนวน 1,345 คน แบ่งเป็น 3 ระดับ สีแดง 147 คน สีเหลือง 418 คน สีเขียว 780 คน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ 87.43 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ 132.40 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จตั้งแต่ปี 2563-2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 9.82 9.99 8.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปี 2566 (ต.ค.-มิ.ย.) 3.31 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง การวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบ ประมาณ 2566 พบว่าเป็นเพศชาย 12 คน เพศหญิง 2 คน ช่วงอายุที่สุดมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 31-40 ปี อายุน้อยที่สุดมีการฆ่าตัวตาย คือ 16 ปี อายุมากที่สุด ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคือ 74 ปี สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือฆ่าตัวตาย คือ สุรา ยาเสพติด มึนเมาขณะทำร้ายตนเอง 78.57% ความสัมพันธ์ น้อยใจ ถูกดุด่า ความรัก 92.85% เศรษฐกิจ หนี้สินนอกระบบ 57.14 % มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 21.42 มีประวัติเคยทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย 7.14 มีการส่งสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเองร้อยละ 28.57 วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดคือ ผูกคอตาย จำนวน 12 คน ใช้ปืน 1 คน รมควัน 1 คน

สำหรับการใช้โทรศัพท์มือถือของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งมีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 94.8 เมื่อจำแนกตามเขตการปกครอง พบว่า ในเขตเทศบาล มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 95.8 นอกเขตเทศบาล มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือร้อยละ 94.0 เมื่อพิจารณารูปแบบการใช้โทรศัพท์มือถือ พบว่า ประชาชนใช้โทรศัพท์มือถือแบบ Smart Phone มากที่สุด คือ ร้อยละ 86.4 ส่วนใหญ่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตใช้โทรศัพท์มือถือแบบ Smart Phone ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 99.2 ส่วนกิจกรรมที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ก เช่น Facebook, Twitter, LINE, Whatsapp เป็นต้น ร้อยละ 92.0 รองลงมาคือใช้โทรศัพท์ผ่าน Internet (VoIP) เช่น โทรผ่าน Line, Facebook, Facetime, Whatsapp เป็นต้น ร้อยละ 90.9 และใช้ในการดาวน์โหลดหรือสตรีมมิ่งรูปภาพ/หนัง/วิดีโอ/เพลง/เกมส์ เล่นเกมส์ดูหนัง ร้อยละ 74.3 ในขณะที่ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่ามีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตใช้ทุกวันร้อยละ 89.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2563) จากสถิติข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ให้คำปรึกษาช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้แอปพลิเคชันจึงเป็นเครื่องมือในการเพิ่มช่องทางความรู้เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้คำปรึกษาสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด และเป็นช่องทางการสื่อสาร และแจ้งเหตุเมื่อพบการทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่นผ่านช่องทางประชาสัมพันธ์ออนไลน์ และประเมินสุขภาพจิตผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงได้ง่าย และลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้น การใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” ซึ่งสามารถติดต่อ สื่อสาร ค้นหาข้อมูล ความรู้ รับส่งภาพ เสียง ภาพเคลื่อนไหว ให้ถึงตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเวลาอันรวดเร็ว โดยการพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์

ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตและการเสริมประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ จะทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัดในสถานพยาบาลได้มากและสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ สามารถแจ้งเหตุได้ทันท่วงที

วัตถุและวิธีการ

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ

รูปแบบการศึกษา (Study design)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง (Study subjects)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ. สสอ. รพ.สต. จำนวน 85 คน กำนัน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่จากศูนย์ยาเสพติด จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่ กอ.รมนม. จำนวน 3 คน นักเรียน 82 คน รวมทั้งสิ้น 217 คน

สถานที่ศึกษา (Setting)/ระยะเวลา พื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 8 อำเภอ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565-กันยายน 2566 รวม 12 เดือน

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการค้นคว้า การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล อาทิ วิทยานิพนธ์ พระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ประกาศ บทความ วารสาร หนังสือ สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากรที่ศึกษา เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการรับทราบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและโรคที่เกี่ยวกับยาเสพติดและโรคจิตเวชจากยาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ ใช้ทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด และการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นโดยใช้ MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจเช็คสุขภาพใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลการใช้งานการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสาร

และแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end question) และมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert–Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative)

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการประชุม เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และ

2) ขั้นตอนการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สรุปถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน เพื่อบันทึกความคิดเห็นปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางต่าง ๆ จากมติที่ได้ในการประชุม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลจาก ตำรา รายการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้วนำมากำหนดกรอบการวิจัย นำเนื้อหา แนวคิดและทฤษฎีมาสร้างข้อคำถามเป็นแบบสอบถาม แล้วตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับแก้ไขจนถูกต้องและสมบูรณ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ซึ่งมีขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) อย่างรอบคอบเป็นระบบนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน และมีการสะท้อนกลับไปสู่กระบวนการวางแผนหรือกระบวนการปฏิบัติ การสังเกตเป็นวงรอบต่อ ๆ ไปโดยไม่มีที่สิ้นสุดและทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปจนเกิดการพัฒนาทั้งหมด 4 ระยะ 10 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) ศึกษาบริบทพื้นที่ เก็บรวมรวบข้อมูล

2) แต่งตั้งคณะอนุกรรม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด จังหวัดบึงกาฬ จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน

3) วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชจากยาเสพติด

4) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

5) ได้รูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทาง การสื่อสารและ แจ้งเหตุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action) มี 2 ขั้นตอน คือปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ จำนวน 2 กิจกรรม

1. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและยาเสพติด

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำเครือข่ายน้องรู้ใจ เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) มี 2 ขั้นตอน คือ

1) นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน

2) ประเมินผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) มี 1 ขั้นตอน คือ

1) สรุปผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนในกิจกรรมการดำเนินการวิจัยแล้วนำข้อมูลที่ทำการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เสนอผลการวิจัยและการอภิปราย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานบริบททั่วไป

การดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดจังหวัดบึงกาฬได้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานทั้งหมด 3 ฉบับ ดังนี้ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดจังหวัดบึงกาฬและคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT) จังหวัดบึงกาฬ และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระดับจังหวัด ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพบูรณาการการทำงานและเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลประชาชน ทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและบำบัดรักษา รวมถึงบังคับใช้กฎหมาย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของการพัฒนางานสุขภาพจิตและยาเสพติดจังหวัดบึงกาฬ ได้ดำเนินงานและจัดกิจกรรมเพื่อเชื่อมโยงภายในและภายนอกหน่วยงานดังนี้

1. แผนงานและโครงการต่าง ๆ มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน โครงการกิจกรรม เกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งพบปัญหามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.53 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในกลุ่มสีแดง จำนวน 147 คนต่อร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล ปี 66 (Retention Rate) ร้อยละ 81.75

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากท่านผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬและหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในการดำเนินงาน

3. การดำเนินงานและการประเมินผลการดำเนินงาน มีการประชุมเพื่อถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติให้กับผู้ปฏิบัติงานและประชาชนผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและสรุปเพื่อถอดบทเรียน มีการนิเทศติดตามผลงานดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปีละ 2 ครั้ง ร่วมกับประชุมคณะอนุกรรมการ

ประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง

4. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการหลาย ๆ ด้าน ที่สำคัญ ได้แก่

4.1 ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือน 5 red flags ยังไม่เป็นที่รับทราบอย่างทั่วถึง ทั้งในและภายนอกหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข

4.2 ยังไม่มีช่องทางการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์

4.3 ขาดระบบทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 กระบวนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Flame work) ในการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด มี 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) โดยมีผลกระบวนการการพัฒนา 10 ขั้นตอนดังนี้

การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ในการดำเนินงาน การเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ. สสอ. รพ.สต. จำนวน 85 คน กำนัน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่จากศูนย์ยาเสพติด จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย จำนวน 16 คน เจ้าหน้าที่กอ.รมนม. จำนวน 3 คน นักเรียน 82 คน รวมทั้งสิ้น 217 คน ซึ่งพบว่าการทดสอบข้อมูลด้านคุณลักษณะ กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ด้านนโยบายก่อนดำเนินการ ในระดับปานกลางหลังดำเนินการมีความรู้ด้านนโยบาย ระดับมาก ด้านบริหารจัดการก่อนดำเนินการในระดับปานกลาง หลังดำเนินการมีความรู้ด้านนโยบาย ระดับมาก ด้านการจัดบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ก่อนดำเนินการในระดับมาก หลังดำเนินการ มีความรู้ด้านนโยบาย ระดับมาก ทดสอบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด พบว่าก่อนดำเนินการในระดับปานกลาง หลังดำเนินการแบบมีส่วนร่วมทุกด้านในระดับมาก วัดความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟีเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” พบว่าก่อนดำเนินการในระดับปานกลาง หลังดำเนินการมีความพึงพอใจทุกด้านในระดับมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งคณะกรรมการ ทั้ง 3 คณะ ซึ่งได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดทำแผนเพื่อหาแนวทางในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินการแบบบูรณาการในการดำเนินงานและให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ตลอดจนให้คำร่วมมือในการประสานงานและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดกลยุทธ์และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานร่วมกัน โดยขอความคิดเห็นข้อเสนอแนะด้านวิชาการจากหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 3-5 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผน ขับเคลื่อนโดย คณะอนุกรรมการ พรบ.

สุขภาพจิต ระดับจังหวัด 22 ก.ค. 2565 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬเป็นประธานในการกล่าวเปิดงาน และมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 40 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่ได้จากการรวบรวมเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนงานปฏิบัติการ ผลการจัดการประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม มีความสนใจ กระตือรือร้นในการเข้าร่วมประชุมและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ บรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ได้แผนปฏิบัติการจำนวน 2 โครงการ คือ

1. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและยาเสพติด

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำเครือข่ายน้องรู้ใจ เพื่อเพิ่มศักยภาพการใช้โปรแกรมออนไลน์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

การปฏิบัติงาน (Action)

ระยะลงมือปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 6 โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ซึ่งโครงการดังกล่าวได้ดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่งก่อนการจัดทำแผนเชิงปฏิบัติการในช่วงต้นปีงบประมาณ 2566 มีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชจากยาเสพติด การใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น และสัญญาณเตือนในการก่อความรุนแรง และแจ้งเหตุผ่านช่องทางออนไลน์และสามารถนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดให้แก่ภาคีเครือข่ายได้

ขั้นตอนที่ 7 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำเครือข่าย น้องรู้ใจ กลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ. สสอ. รพ.สต. จำนวน 85 คน กำนัน จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่จากศูนย์ยาเสพติด จำนวน 9 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย จำนวน 16คน เจ้าหน้าที่กอ.รมนม. จำนวน 3 คน นักเรียน 82 คน รวมทั้งสิ้น 217 คน ผลการดำเนินงานมีผู้เข้าร่วมการประชุม คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมมีความกระตือรือร้น ตรงต่อเวลา ตั้งใจรับฟังคำบรรยายให้ความสนใจและร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยจากวิทยากรในหลายประเด็น มีแผนผังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดบึงกาฬ และได้ตรวจเช็คสุขผ่านใจ MENTAL HEALTH CHECK IN เพื่อประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 98 ไม่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 2 ผลประเมินความเครียด ST-5 เครียดเล็กน้อย

ประเด็นสำคัญนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ มีดังนี้

1. สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม

2. ใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” เพื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพิ่ม

ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดสำหรับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข

การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ขั้นตอนที่ 8 นิเทศติดตามผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ผลการนิเทศ ติดตามพบว่าการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ มีการดำเนินงานตามมาตรการที่วางไว้ดังนี้

มาตรการป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตาย

- หน่วยงานมีการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่รับผิดชอบ

- หน่วยบริการมีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและส่งต่อดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างครบวงจร (Psychosocial Clinic) และระบบการคัดกรองเชิงรุกทางสุขภาพจิต

- หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตามสภาพปัญหา ดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีอาการทางจิตเวชเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการติดตามหลังบำบัดรักษายาเสพติด และการปฐมพยาบาลทางใจดูแล ผู้ใช้ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงการบำบัดรักษา และการลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด รวมทั้งเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ที่ใช้สารเสพติด

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในจังหวัดบึงกาฬ

- หน่วยบริการมีบุคลากรผู้รับผิดชอบและมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย รง.506s ทั้งในรูปแบบผ่านทาง www.suicide.dmh.go.th และมีเอกสารรายงาน

- สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ในรูปแบบป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่ ทุกอำเภอ และจัดอบรมให้ความรู้กับผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนทั่วไป

มาตรการพัฒนาระบบบริการแบบ Psychosocial Clinic ทุกระดับ หน่วยบริการทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ

- พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

- เพิ่มพูนทักษะการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก

- จัดระบบทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัยภาวะวิกฤต MCATT ในช่วงการระบาด Covid-19 และวิกฤตสุขภาพจิตทุกสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องมาตรการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

- พัฒนาระบบเครือข่ายการดำเนินงานชุมชนสร้างสุข และสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ (วัคซีนใจ)

- ติดตามสนับสนุนระบบงานสุขภาพจิตในชุมชน

- การสร้างวัคซีนใจในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ครอบคลุม โดยใช้แนว

ทางการพัฒนาศักยภาพครู ก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคือเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ตัวแทนผู้นำชุมชน อสม. ครอบคลุมทั้ง 8 อำเภอ

- การสร้างตำบลวัคซีนใจ อย่างน้อย อำเภอละ 1 ตำบล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานวัคซีนใจ

- มีอำเภอเข้มข้นในการสร้างวัคซีนใจ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายปี 2565 อำเภอบึงโขงหลง

- การดำเนินงานร่วมกับโครงการนาคาพิทักษ์รักประชา มีการจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุ สามารถระงับเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย และประชาสัมพันธ์ให้แกนนำเยาวชน TO NUMBER ONE ทราบช่องทางการแจ้งเหตุ ทำให้ปัจจุบันมีคนไข้จิตเวชที่ร่วมดูแล 1389 คน กลุ่มสีแดง 118 คน (คนไข้กลุ่มสีแดงได้รับการติดตามดูแลกินยาจนพฤติกรรมดีขึ้นเปลี่ยนมาเป็นกลุ่มสีเหลือง จำนวน 4 คน) กลุ่มสีเหลือง 408 คน กลุ่มสีเขียว 845 คน

ขั้นตอนที่ 9 สรุปผลการประเมิน มีการสรุปคะแนนและผลการประเมินพร้อมให้ข้อชี้แนะเพิ่มเติม ได้แก่ ควรมีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง และเพิ่มกิจกรรมการรณรงค์เพื่อสร้างกระแสสังคมอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 ปี เพิ่มการอบรมให้ความรู้กับประชาชน ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในทุกตำบลรวม 53 ตำบล ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection)

ขั้นตอนที่ 10 ถอดบทเรียนและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ผู้วิจัยร่วมกับคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จังหวัดบึงกาฬ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการ โดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนาและนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนแก้ไขการพัฒนาการดำเนินงานในวงรอบต่อไป โดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และแบบสอบถามปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสนอแผนผังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดบึงกาฬ หลังจากนั้นได้ร่วมแลกเปลี่ยนปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน นำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ตีความสรุปผลจากข้อมูล และวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผน ในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป ได้สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ตีความ สรุปผลจากข้อมูล และวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินการให้ความรู้ให้คำปรึกษา

ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ ออฟฟิตเชียลเอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ

ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ เจ้าหน้าที่จากศูนย์ยาเสพติดระดับจังหวัดและอำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจและ กอ.รมน. จังหวัดบึงกาฬ เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย สนับสนุนทุกกิจกรรม ดังนี้

1. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดบึงกาฬ มีแผนปฏิบัติงาน/โครงการที่เป็นลายลักษณ์และมีการติดตามผลการดำเนินงานสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานทุกกิจกรรม

2. เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน ครอบครัว/ชุมชน ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชจากยาเสพติด การคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยใช้ MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจเช็คสุขภาพใจ ทราบสัญญาณเตือน 5 red flags เกิดความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายและยินดีให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรม

3. เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย การมีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด และใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” เพื่อสนับสนุนวิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้

4. สถานบริการสาธารณสุข มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดและมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานอย่างเป็นทางการในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง และมีการจัดบริการเชิงรุกและขยายเครือข่ายไปยัง รพ.สต ทุกแห่ง รวม 61 แห่ง เพื่อจัดบริการตามมาตรฐานสามารถรองรับผู้มารับบริการได้ทั่วถึงในทุกพื้นที่

5. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ รับผิดชอบในการประสานงานและรับให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาสังคม ผู้ป่วยจิตเวชเร่ร่อน รถในการรับ-ส่งผู้ป่วยจิตเวชในเบื้องต้น และประสานส่งต่อความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐเอกชน และภาคีเครือข่าย เป็นศูนย์เฝ้าระวังปัญหาสังคมผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งออนไลน์ และออฟไลน์ รวมถึงประสานการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมในทุกมิติ

6. ตำรวจภูธรจังหวัดบึงกาฬและสถานีตำรวจในจังหวัดบึงกาฬ 13 สภ. และหน่วยงาน กอ.รนม. จังหวัดบึงกาฬ ดำเนินโครงการนาคาพิทักษ์รักประชา มีการจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุ สามารถระงับเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัย รวมถึงจัดทีมผู้พิทักษ์ 1 ผู้ป่วยจิตเวช ออกพบปะเยี่ยมเยียน และที่สำคัญคือทุกพื้นที่จะต้องจัดทำบันทึกความเข้าใจระหว่างครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับคณะสร้างระบบการเฝ้าตรวจ ติดตามสถานภาพผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ป้องกันเพื่อไม่ให้ไปก่อเหตุการณ์ความรุนแรง อันจะทำให้ประชาชนทั่วไปไม่ได้รับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การจัดโครงการนาคาพิทักษ์รักษ์ประชา จะทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการดำเนินการ

การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ

1. การจัดการแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) ส่งผลให้มีการดำเนินงานร่วมกันทุกภาคส่วนครอบคลุมปัญหาในพื้นที่ โดยร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมปฏิบัติตามแผนดำเนินงาน ร่วมเฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชน และร่วมติดตามประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ ลดการขาดยาและขาดนัดของผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดได้

2. การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ การติดตาม นิเทศงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบวัดความรู้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมกระบวนการ พัฒนาตามขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ได้ผลการวิจัยตามลำดับ จึงนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้การดำเนินงานพัฒนาการดำเนินการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จังหวัดบึงกาฬ ดังนี้

1. สร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชจากยาเสพติด conducting knowledge and understanding against reproductive health

2. สร้างใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” เพื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ creating media for information campaign

3. สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ Supporting resource and budget

ผลการศึกษา

พบว่าการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและช่องทางการสื่อสารและแจ้งเหตุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการทางสุขภาพจิตและเพิ่มช่องทางเพื่อขอรับการบำบัดรักษายาเสพติดและสามารถแจ้งเหตุออนไลน์ สามารถนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาร้อยละ 16.12 ประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ ร้อยละ 91.24 กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลร้อยละ 100

ผลลัพธ์ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4 ด้าน 1. สร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด 2. สร้างช่องทางการสื่อสารและให้ความรู้ 3. ประชาชนทั่วไปสามารถคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 4. สนับสนุน ทรัพยากรและงบประมาณให้การสนับสนุนบุคลากรและงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด สร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน และเป็นพื้นฐานในกระบวนการจัดการ และมีหน่วยงานรัฐระดับพื้นที่สนับสนุนงบประมาณ วิชาการ

สรุปและวิจารณ์

การใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ” อาจมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ใช้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาวงรอบต่อไปควรวัดผลความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ “น้องรู้ใจ”

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 6. : คลังนานาวิทยา. ขอนแก่น
2. นิพนธ์ น้อยวิเศษ. (2554). ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น : ตำบลโนนทอง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ.การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. วชิราภรณ์ สอระสัน. (2566).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566
4. มานิตา เจือบุญ. (2564).การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชั่นประเมินภาวะโภชนาการและเสนอแนวทางการบริโภคอาหาร วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาวในจังหวัดมหาสารคาม

วัชรินทร์ ทองสีเหลือง ส.บ., ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ พย.บ.
ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract Developing an operational model for preventing and solving drug problems White University in Maha Sarakham Province.

Thongseeluang W., Phoaphan C.

Maha Sarakham Rajabhat University Medical Center Maha Sarakham Hospital Network

This research is a mixed methods research (Mixed Methods Research). The study is divided into 2 phases: Phase 1 studies factors affecting drug prevention behavior of students. The sample group was 829 students from the National Sports University, Maha Sarakham. The research instrument was a self-developed questionnaire with 5 parts, with a confidence value of 0.90. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations. Pearson's correlation coefficient and multiple regression (Stepwise Multiple Regression Analysis). Phase 2 develops an operational model to prevent and solve drug problems. A white, drug-free university uses an action research method. The sample group is specifically selected, namely the committee to carry out the work on prevention and correction. Drug problems, 15 people, and at-risk students with ASSIST scores of 4-26, 70 people, analyzed the data with statistics. Kolmogrov-Smirnov Test set a significance level of 0.05 and Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test to test.

***Keywords*:** Operations to prevent and solve drug problems, youth, drug prevention behavior.

บทคัดย่อ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม จำนวน 829 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองทั้งหมด 5 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติด ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด จำนวน 15 คน และนักศึกษากลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนน ASSIST เท่ากับ 4-26 จำนวน 70 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และ Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test ในการทดสอบ

คำสำคัญ: การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เยาวชน พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ของผู้เสพเอง อีกทั้งส่งผลกระทบก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่งคง จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของประชากรโลก โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้มีแนวโน้มในการใช้ยาเสพติดสูงสุดร้อยละ 2.3 และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ค.ศ. 2020 โดยชนิดของยาเสพติดที่มีการเสพมาก คือ ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่ม ATS โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และยาไอซ์[1] สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า กลุ่มผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้เสพทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56 ซึ่งยาเสพติด ที่มีการใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 34.4) รองลงมาคือไอซ์ (ร้อยละ 5.7) ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษา ยาเสพติด (บสต.) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดมากถึง 113,929 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.99 เมื่อพิจารณา กลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดรักษาทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี ร้อยละ 26.14 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 20.35 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนมากเป็นผู้เสพ ร้อยละ 60.07 โดยยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาด มากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 79.21 รองลงมาคือ ไอซ์ ร้อยละ 5.57[2] เมื่อจำแนกในกลุ่มอาชีพ

พบว่า กลุ่มนักศึกษาอายุ 18-24 ปี มีจำนวน 1,193 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.35 โดยนักศึกษาที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนมาก เป็นผู้เสพ ร้อยละ 64.92 โดยยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาด มากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 67.72) จังหวัดมหาสารคาม มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 2,511 ราย โดยกลุ่มอาชีพนักเรียน/นักศึกษาที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 211 ราย ซึ่งเป็น กลุ่มนักศึกษาที่มีอายุ 18-24 ปี จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 17.54) ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ คิดเป็นร้อยละ 62.56 รองลงมา คือผู้ใช้ จำนวน 75 ราย คิดเป็น 35.55 และกลุ่มผู้ติด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.90[2] ทั้งนี้กลุ่มวัยรุ่น ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้ ยาเสพติด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงของการปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลง ของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุดทำให้มีความอยากรู้ อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง หากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสมองจะถูกทำลายเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตประสาทอย่างถาวรในอนาคต ส่งผลถึงการเรียน อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้ชีวิตอยู่กับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่เพื่อนจึงมีอิทธิพลมาก และเพื่อนอาจชักชวน ให้มายุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งต่อตนเอง พบว่า นักศึกษาที่ใช้สารเสพติดสมองจะถูกทำลายทำให้ความตั้งใจและสมาธิในการเรียนจะลดลง ผลการเรียนลดลง ฝ่าฝืนกฎระเบียบโดดเรียน ในด้านร่างกาย พบว่า สุขภาพร่างกายทรุดโทรม เหนื่อย อ่อนเพลีย เกียจคร้าน มีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางด้านจิตใจพบว่า จะมีอารมณ์แปรปรวนบ่อย หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ผลกระทบของยาเสพติดต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัว เกิดการทะเลาะวิวาท ครอบครัวแตกแยก ผลกระทบ ต่อสังคมก่อให้เกิดอาชญากรรม ลักขโมย ชู่กรรโชกทรัพย์ ทำร้ายร่างกายคนอื่น[3] นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ขาดการป้องกันเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสุขภาพและทางสังคมตามมา สำหรับสาเหตุของการเสพยาเสพติดในกลุ่มนักศึกษา พบว่ามาจากหลายสาเหตุซึ่งมีทั้งสาเหตุจากภายในจิตใจของตัวบุคคล เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ทักษะการใช้ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้าของสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในสังคมที่มีอิทธิพล เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน สถานศึกษา เป็นต้น ทำให้เกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรม การจูงใจในการเริ่มต้นนำยาเสพติดมาใช้ เพราะอยากรู้อยากลอง[4] ประเทศไทยได้กำหนดให้การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ โดยกรอบทิศทางและเป้าหมายนโยบาย และแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปี พ.ศ. 2566 ได้เปลี่ยนกรอบแนวคิดจากสงครามยาเสพติด เป็นการใช้สาธารณสุขนำในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด เป้าหมาย 20 ปี พ.ศ. 2579 คนไทยทุกคนปลอดภัยจากยาเสพติด[5] และมอบให้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมรับผิดชอบยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกัน กลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและดำเนินการสร้างภูมิคุ้มกันและ

ป้องกันยาเสพติดในมหาวิทยาลัย กำหนดมาตรการป้องกันเยาวชนก่อนวัยเสี่ยง และในวัยเสี่ยงไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เรียนรู้ถึงพิษภัยของยาเสพติด รู้จักวิธีปฏิเสธหลีกเลี่ยงยาเสพติด และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นมั่วสุ่มกับยาเสพติดและอบายมุข การเสริมสร้างทักษะการดำรงชีวิตของผู้เรียน ตลอดจน ดูแลช่วยเหลือ นักศึกษาที่ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด[4]

จังหวัดมหาสารคามได้ชื่อว่าเป็นเมืองแห่งการศึกษาตักศิลานคร เนื่องจากมีสถาบันการศึกษาจำนวนมาก ทั้งในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา โดยสถาบันระดับอุดมศึกษามีทั้งหมด 16 แห่ง โดยสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม จำนวน 5 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง สังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา จำนวน 1 แห่ง และสังกัดสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ จำนวน 9 แห่ง การมีสถานศึกษาจำนวนมาก ทำให้มีนักศึกษาเข้ามาจำนวนมากจากหลายภูมิภาคของประเทศ จะเป็นเป้าหมายให้กับกลุ่มผู้ขายยาเสพติดที่จะมีการลับลอบนำยาเสพติดเข้ามาในพื้นที่ส่งผลให้เป็นพื้นที่เสี่ยงในการแพร่ระบาดของยาเสพติด เนื่องจากนักศึกษาเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง และให้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า เหตุผลการใช้สารเสพติดครั้งแรกของนักศึกษา คือ อยากลอง เพื่อนชักชวนเป็นแฟชั่น สำหรับมาตรการ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ในปัจจุบันใช้แนวคิด มหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติดภายใต้ยุทธศาสตร์ การดำเนินงาน 5 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการป้องกัน 2) มาตรการค้นหา 3) มาตรการรักษา 4) มาตรการเฝ้าระวัง และ 5) มาตรการบริหารจัดการ[6] จากข้อมูล การประเมินมหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดมหาสารคาม ในปี 2565 พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินโครงการ สถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข จำนวน 5 มาตรการ คือ

มาตรการที่ 1 ด้านการป้องกัน ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 สถานศึกษาดำเนินการกิจกรรมห้องเรียนสีขาว ด้านที่ 2 สถานศึกษาจัดทำคณะสีขาวดีเด่น

มาตรการที่ 2 ด้านการค้นหา ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 สถานศึกษามีข้อมูลนักศึกษารายบุคคล ด้านที่ 2 สถานศึกษามีการคัดกรอง จำแนกกลุ่มปลอดกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ กลุ่มติด กลุ่มค้า

มาตรการที่ 3 ด้านการรักษา ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ด้าน คือ สถานศึกษามี “คลินิกเสมารักษ์” (จิตสังคมบำบัดในสถานศึกษา)

มาตรการที่ 4 ด้านการเฝ้าระวังไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ด้าน คือ สถานศึกษามีตู้เสมารักษ์ หรือช่องทางแพลตฟอร์มออนไลน์ต่าง ๆ ในการรับเรื่องร้องเรียนหรือข้อมูล ข่าวสารปัญหายาเสพติด

มาตรการที่ 5 ด้านการบริหารจัดการไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน คือ ด้านที่ 2 สถานศึกษามีคณะกรรมการดำเนินงาน และมีห้องปฏิบัติงาน ด้านที่ 3 สถานศึกษามีการจัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) กับภาคีเครือข่าย ด้านที่ 4

สถานศึกษามีการดำเนินกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ทำ MOU และด้านที่ 5 สถานศึกษามีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ไม่ผ่านดำเนินการประเมินผลรวมคะแนนทั้ง 5 มาตรการ คือ 35 คะแนน (อยู่ในระดับปรับปรุง) ซึ่งจากการดำเนินงาน ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยยังไม่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง ในทุกด้านจึงส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดอยู่ในระดับต่ำและเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งทุกมาตรการในโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดสารเสพติดและอบายมุขเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้นักศึกษาสร้างความตระหนักและปลูกจิตสำนึกไม่ให้นักศึกษาไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นแนวทางในการดำเนินงานการจัดการเรียนรู้ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้กับนักศึกษา ทำให้สถานศึกษามีระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดที่เข้มแข็งเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาได้ดำเนินโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติด และอบายมุข ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 มาตรการ (คะแนนมากกว่า 80 คะแนน อยู่ในระดับดีมาก) เป็นการแก้ปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาที่เริ่มจากการมีนโยบายยุทธศาสตร์ การจัดกิจกรรมที่เป็นการปลูกฝังคุณลักษณะสำคัญให้กับนักศึกษามีภูมิคุ้มกันยาเสพติด มีความตระหนักในคุณค่าของตนเองและรู้จักการยับยั้งชั่งใจในการไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลให้สถานศึกษาสามารถ ควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานศึกษาได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาว

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของมหาวิทยาลัย ในจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการศึกษา (Study design)

ในการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาจังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 829 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่า สัดส่วนประชากร (Krejci and Morgan, 1970) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ชุด ดังนี้ แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ยาเสพติดของนักศึกษา จำนวน 5 ส่วน ชุดที่ 2 แบบสอบถามรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามโครงการ

สถานศึกษาสีขาว จำนวน 20 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ชุดที่ 4 แบบประเมินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามโครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดยาเสพติดและอบายมุขภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 มาตรการ จำนวน 25 ข้อ และชุดที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา จำนวน 10 ข้อ โดยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา เท่ากับ 0.89 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) และคำถามปลายเปิด ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติด การศึกษาวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ภายใต้แนวคิด PAOR ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) มาเป็นกรอบดำเนินการกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการ ดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 5 คน บุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 5 คน องค์การนักศึกษา จำนวน 5 คน และนักศึกษากลุ่มเสี่ยง ที่มีคะแนน ASSIST เท่ากับ 4-26 คะแนน จำนวน 70 คน

ผล

ระยะที่ 1

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 และเพศหญิง ร้อยละ 45.00 มีอายุเฉลี่ย 20.26 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 35.8 มี GPA เฉลี่ย 3.29 GPA ต่ำสุด 2.03 สูงสุด 3.89 พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.44; SD = 1.12)

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา ประกอบด้วย การควบคุมตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรทั้ง 4 ด้าน สามารถทำนายพฤติกรรม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาได้ ร้อยละ 45.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา (n=829)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย	.383	.046	.456	13.827	< .001**
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.236	.047	.303	7.791	< .001**
สัมพันธภาพในครอบครัว	.083	.044	.166	2.588	.010*
การควบคุมตนเอง	.099	.048	.067	2.474	.013*
$R^2 = 0.209$, $R^2_{Adj} = 0.459$, $F = 121.20$*					

ระยะที่ 2

พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติด พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.53 และเพศหญิงร้อยละ 39.47 มีอายุเฉลี่ย 21.77 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 28.95 เกรดเฉลี่ยรวมเฉลี่ย 3.08 เกรดเฉลี่ยต่ำสุด 2.00 เกรดเฉลี่ยสูงสุด 3.58 ส่วนใหญ่บิดา มารดายังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 56.63 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 7,745.56 บาท ค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 15,000 บาท และรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติด มีขั้นตอนการดำเนินงาน 11 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้น Planning วิเคราะห์บริบท และสถานการณ์ของการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย พบว่า มาตรการด้านการป้องกัน คือ มหาวิทยาลัยไม่มีการดำเนินกิจกรรมห้องเรียนสีขาว และไม่มีการอบรมพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันยาเสพติดให้กับนักศึกษา มาตรการด้านการค้นหาพบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีการคัดกรองนักศึกษาจำแนกตามกลุ่มต่าง ๆ มาตรการด้านการรักษา พบปัญหาคือ มหาวิทยาลัยไม่มีการจัดตั้งคลินิกเสมารักษ์ (จิตสังคมบำบัดในสถานศึกษา) มาตรการด้านการเฝ้าระวังพบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีช่องทางแพลตฟอร์มออนไลน์ ในการรับเรื่องร้องเรียน หรือให้ข้อมูลข่าวสารปัญหายาเสพติด และมาตรการด้านการบริหารจัดการ พบปัญหาคือ มหาวิทยาลัยไม่มีคณะกรรมการในการดำเนินงาน ไม่มีการจัดทำ MOU ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายขาดการกำกับ ติดตามและประเมินผล 2) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ทั้งสิ้น 1 โครงการ 5 กิจกรรม ดังนี้ โครงการมหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข ประกอบด้วย 5 กิจกรรมที่แก้ปัญหาในแต่ละมาตรการ 3) ขั้น Action กิจกรรมที่ 1 จัดตั้งคณะสีขาวในมหาวิทยาลัย 4) กิจกรรมที่ 2 ตรวจคัดกรองสุขภาพ สารเสพติดในนักศึกษา 5) กิจกรรมที่ 3 ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังผ่านการจัดตั้ง คลินิกเสมารักษ์ 6) กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการเข้าถึง ข้อมูลผ่านระบบ Online 7) กิจกรรมที่ 5 ประกาศ นโนบายสาธารณะในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในมหาวิทยาลัย 8) ขั้น Observation กำกับ ติดตาม

โดยการลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน้างาน เฝ้าระวังติดตามประเมินผล รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยประเมินจาก มาตรการในป้องกันยาเสพติดของมหาวิทยาลัยของกลุ่มเป้าหมาย และพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษากลุ่มเสี่ยง 9) ประเมินผลมหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติด ทีมบริหารมหาวิทยาลัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการประเมินผลมหาวิทยาลัยสีขาวปลอด ยาเสพติด พบว่า ก่อนการดำเนินงานมหาวิทยาลัย ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินจำนวน 5 มาตรการ และหลังการสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่า มหาวิทยาลัยผ่านการประเมินในระดับดีมาก 10) ขั้น Reflection จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย นักศึกษาที่มีความเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด และสามารถมาเรียนตามปกติได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตาม และให้คำปรึกษากับนักศึกษากลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ 11) ถอดบทเรียน เพื่อหาปัจจัยสู่ความสำเร็จจากขั้นตอนการสร้างรูปแบบในการดำเนินป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดมหาวิทยาลัยสีขาวปลอดยาเสพติด พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด คือ TAKASILA Model ประกอบด้วย 1) การทำงาน เป็นทีม (Teamwork: T) หมายถึง การสร้างทีมสร้างเครือข่ายในการดำเนินป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการทำงานจะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน มีการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ ที่ชัดเจน และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ สร้างสุขภาวะ ที่ดีให้กับนักศึกษา ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย 2) การเข้าถึงด้านสุขภาพ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย (Access: A) หมายถึง การที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสื่อทางสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดผ่านแฟลตฟอร์ม Online ต่าง ๆ มีการรับเรื่องร้องเรียนปัญหายาเสพติด กำหนดห้องเรียนสีขาว เพื่อเป็นการป้องกันผ่านนักศึกษาเอง มีการมอบรางวัล ชื่นชม เสริมแรงในการทำงาน 3) การสนับสนุนข้อมูล ทางวิชาการ และการให้ความรู้ ข้อมูลที่ถูกต้อง (K: Knowledge) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ และสังคม ให้กับนักศึกษาจึงต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการถ่ายทอด องค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ผ่านการอบรมพัฒนาทักษะชีวิต ส่งเสริมให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกัน ในการป้องกันยาเสพติดในนักศึกษามีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา 4) การมุ่งมั่นวิเคราะห์ปัญหา ตั้งเป้าหมาย สู่ความสำเร็จร่วมกัน (Achievement Oriented: A) โดยผ่านการวิเคราะห์บริหารและสถานการณ์ของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในมหาวิทยาลัย โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และรวมไป

ถึงแกนนำนักศึกษาที่เข้ามาร่วม ในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อตอบสนองความต้องการของพื้นที่ 5) การมีความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility: S) กำหนดมาตรการและแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด หมายถึง มีการค้นหาเชิงรุกนักศึกษากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โดยคัดกรองนักศึกษา และแยกกลุ่มนักศึกษาเพื่อให้สะดวกในการดูแล ป้องกัน ช่วยเหลือ แก้ไข และการนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาวางแผนเพื่อแก้ไขเพื่อให้เกิดความยั่งยืน 6) การพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Improvement Continuity: I) หมายถึง การสรุปผล การประเมินการดำเนินงานการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกันถอดบทเรียน เพื่อเป็นการนำข้อมูลมาพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เกิดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้มหาวิทยาลัยปลอดภัยจาก ยาเสพติด 7) การเรียนรู้ มุ่งหวังในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Learn: L) หมายถึง การเรียนรู้ และประเมินพฤติกรรม ป้องกันยาเสพติด ทบทวนและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย อาศัยแนวคิดทฤษฎีการจูงใจ เพื่อเหนี่ยวนำชักจูงทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ขององค์กร ด้วยการยกย่อง เชิดชูประกาศเกียรติคุณแก่นักศึกษา ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติด ที่เป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งการชื่นชมและยกย่องจะกระตุ้น ชักจูงให้ผู้อื่นเอาเป็นแบบอย่าง ปฏิบัติด้วยความเคยชินเป็นปกติวิสัยกลายเป็นวัฒนธรรมในหน่วยงาน และ 8) การสร้างความตระหนัก และทัศนคติที่ดีในการทำงานร่วมกัน (Attitude: A) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามโครงการสถานศึกษา สีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข ต้องสร้างความตระหนัก รู้โทษของยาเสพติดให้กับนักศึกษา อีกทั้งต้องสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานให้กับเครือข่ายในการทำงาน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมาตรการในการป้องกันยาเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ผลการวิเคราะห์คะแนนมาตรการในการป้องกันยาเสพติด ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนมาตรการในการป้องกันยาเสพติดเฉลี่ยเท่ากับ 64.39 (S.D. = 6.79) และหลังการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนมาตรฐานในการป้องกันยาเสพติดเฉลี่ยเท่ากับ 72.27 (S.D. = 3.87) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนมาตรการในการป้องกันยาเสพติดของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนมาตรการในการป้องกันยาเสพติดก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกัน นั่นคือ มาตรการในการป้องกันยาเสพติดภายหลังพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย มาตรการในการป้องกันยาเสพติดของมหาวิทยาลัย ก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ (N = 85)

ตัวแปรที่ศึกษาเปรียบเทียบ	N	Mean	S.D.	Wilcoxon value (Z)	p-value
มาตรการในการป้องกันยาเสพติด					
ก่อนพัฒนารูปแบบ	85	64.39	6.79	-7.32	< 0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	85	72.27	3.87		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษากลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนน ASSIST เท่ากับ 4-26 คะแนน จำนวน 70 คน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดเฉลี่ยเท่ากับ 76.15 (S.D. = 5.78) และหลังการพัฒนารูปแบบมีระดับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด เฉลี่ยเท่ากับ 87.13 (S.D. = 3.90) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน ยาเสพติดของนักศึกษากลุ่มเสี่ยง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษากลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกัน นั่นคือ พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษากลุ่มเสี่ยง ภายหลังพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษากลุ่มเสี่ยง ก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบ (N = 70)

ตัวแปรที่ศึกษาเปรียบเทียบ	n	Mean	S.D.	Wilcoxon value (Z)	p-value
พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด					
ก่อนพัฒนารูปแบบ	70	76.15	5.78	-7.29	< 0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	70	87.13	4.29		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน สัมพันธภาพในครอบครัว และการควบคุมตัวเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาได้ ทั้งนี้เหตุผลสำคัญ เนื่องจากกลุ่มนักศึกษาถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาเสพติด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงของการปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุด ทำให้มีความอยากรู้อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง หากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสมองจะถูกทำลายเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตประสาท อย่างถาวรในอนาคต ส่งผลถึงการเรียน อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้ชีวิตอยู่กับสังคมมหาวิทยาลัยเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ สถานศึกษาที่มีมาตรการในการป้องกันยาเสพติด ที่สูงนักศึกษาจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดน้อยกว่าสถานศึกษาที่ไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันยาเสพติด โดยสถานศึกษาต้องมีมาตรการในการป้องกันยาเสพติด มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ ป้องกันปัญหายาเสพติด มีการค้นหา คัดกรอง นักศึกษากลุ่มเสี่ยงอยู่เป็นประจำและมีชมรมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติด ในสถานศึกษา สอดแทรกเรื่องยาเสพติดเข้าไปในการเรียนการสอน มีเครือข่ายและกลยุทธ์ในการป้องกันยาเสพติด มีประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกันในตนเอง จะทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น และไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของมหาวิทยาลัย ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการด้านการป้องกัน มาตรการด้านการค้นหา มาตรการด้านการรักษา มาตรการด้านการเฝ้าระวัง และมาตรการด้านการบริหารจัดการ จะช่วยส่งเสริม ให้นักศึกษามีพฤติกรรม ในการป้องกันยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น โดยมหาวิทยาลัย ต้องกำหนดมาตรการและนโยบายในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดควบคู่กันไปด้วย

2. มหาวิทยาลัยต้องมีการทำการคัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคล ตามระบบการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือนักศึกษา โดยการตรวจสารเสพติดเป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้งให้กับนักศึกษาเพื่อคัดกรองนักศึกษา และแยกกลุ่มนักศึกษาเพื่อให้สะดวกในการดูแล ป้องกัน ช่วยเหลือเข้าถึงนักศึกษาทุกคนและดำเนินการค้นหา ผ่านแกนนำนักศึกษา

3. การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของมหาวิทยาลัย จะเป็นการสร้างกระแสในการป้องกันปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย และสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้กับนักศึกษาด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ปกครองและผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย และศึกษาการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกิจกรรมป้องกันยาเสพติดในมหาวิทยาลัย

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงมุมมอง ความคิดเห็น ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและได้ประเด็นของปัญหาชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสร้างแนวทาง การสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดในนักศึกษาต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุขในพื้นที่มหาวิทยาลัยในเขตเมืองและมหาวิทยาลัยในเขตชนบท มีความแตกต่างกันหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองอธิการบดีมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติมหาสารคาม ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวม ข้อมูล ขอบพระคุณทีมหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์ราชภัฏมหาสารคามที่คอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยและ ขอขอบคุณนักศึกษาผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. 2021. Available from https:// www.unodc.org/wdr2021/.
2. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. 2565 สืบค้นจาก https://antidrugnew.moph.go.th/.
3. ณอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์. สาเหตุและกระบวนการติดยาบ้าในนักศึกษาอาชีวศึกษาศึกษาและอุดมศึกษา จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
4. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สรุปการดำเนินการด้านการป้องกันยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. กรุงเทพฯ; 2564.
5. สำนักงานเลขาการคณะกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. มาตรการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สำนักนายกรัฐมนตรี; 2564.
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. คู่มือการดำเนินงานมหาวิทยาลัยสีขาว ปลอดยาเสพติด: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2564
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 1988 Available from: https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/olclass/378f16/readings/CohenPower.pdf
8. Ehret, P.J., Ghaidarov, T.M., &LaBrie, J.W. Can you say no? Examining the relationship

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยา สำหรับสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนโดย Modified syrup ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

กนิษฐา นิ่มสกุล ภ.ม., สุพัตรา ชมงานดี ส.บ.
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

Abstract Chemical and Microbial stability of Methadone Solution Formula using Modified Syrup in Thanyarak Mae Hong son.

Kanittha Nimsakul M.Pharm. (Pharmacy Management), Supatra Chomngandee (B.P.H.)

Thanyarak Mae Hong son Hospital

This study aimed to evaluate the chemical and microbial stability of a methadone solution formula in an alcohol-free modified syrup concentration of 1 mg./ml. when stored at room temperature (< 30 degrees Celsius) for 30 and 60 days after production. Chemical stability was performed by analyzing the percentage of residual drugs measured by the High-Performance Liquid Chromatography method according to the requirements of the stability analysis of pharmaceutical products. Microbial stability was determined by determining mold and yeast content according to the requirements of the United States Pharmacopeia 41.

Results: After storing for 30 days, methadone preparation had concentrations of 1.06 mg./ml., 0.98 mg./ml., and 1.06 mg./ml. in lots 1, 2 and 3, respectively. After storing for 60 days, the methadone preparation exhibited concentrations of 1.02 mg./ml., 0.92 mg./ml., and 1.01 mg./ml. in lots 1, 2 and 3, respectively. These concentrations were between 90 and 110% of the residual drugs in all three lots. The microbiological stability test results showed that the total mold and yeast count was less than one colony-forming unit/ml. (CFU/ml.) in all three lots when stored for 30 and 60 days.

Conclusion: The methadone solution formula in an alcohol-free modified syrup concentration of 1 mg./ml. was chemically and microbially stable upon storage at room temperature (< 30 degrees Celsius) for 30 and 60 days. The next study should test the chemical and microbial stability in accelerated conditions at 40 degrees Celsius to determine the stability of the formula at high temperatures consistent with the climate in Thailand.

Keywords: Methadone solution formula, Modified syrup, Chemical stability, Microbial stability Extemporaneous

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาของสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่ปราศจากแอลกอฮอล์ ความเข้มข้น 1 มก./มล. เก็บที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วันหลังการผลิต ทดสอบความคงตัวทางเคมีด้วยการวิเคราะห์ร้อยละของยาคงเหลือ โดยวิธี High Performance Liquid Chromatography ตามข้อกำหนด การวิเคราะห์ความคงตัวของผลิตภัณฑ์ยาและทดสอบความคงตัวทางจุลชีววิทยาโดยการตรวจหาปริมาณ เชื้อรา และยีสต์ ตามข้อกำหนดของ The United States Pharmacopeia 41 (USP 41)

ผลการวิจัยพบว่า ยาเตรียมตำรับดังกล่าว มีปริมาณยาเมทาโดน 1.06 มก./มล., 0.98 มก./มล. และ 1.06 มก./มล. ในล็อตที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับที่ระยะเวลานาน 30 วัน และตรวจพบปริมาณยาเมทาโดน 1.02 มก./มล., 0.92 มก./มล. และ 1.01 มก./มล. ในล็อตที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับที่ระยะเวลานาน 60 วัน ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 90-110 ทั้ง 3 รุ่นการผลิต ผลการทดสอบความคงตัวทางทางจุลชีววิทยา พบปริมาณของเชื้อราและยีสต์น้อยกว่า 1 Colony forming unit/ml. (CFU/ml.) ทั้ง 3 รุ่นการผลิต เมื่อเก็บที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วันหลังการผลิต

สรุปผลการทดลอง สูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่ปราศจากแอลกอฮอล์ ความเข้มข้น 1 มก./มล. เมื่อเก็บที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วันหลังการผลิต ยาเตรียมตำรับดังกล่าวมีความคงตัวทางเคมีและทางจุลชีววิทยาที่ดี การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทดสอบความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาในสภาวะเร่งที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส เพื่อให้ทราบข้อมูลความคงตัวของตำรับที่อุณหภูมิสูงสอดคล้องกับสภาพอากาศในประเทศไทย

คำสำคัญ: สูตรสารละลายเมทาโดน น้ำเชื่อมดัดแปลง ความเสถียรทางเคมี

บทนำ

ยาเมทาโดนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ปัจจุบันนำมาใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยที่ติดยากลุ่มโอปิออยด์ ทั้งในรูปแบบถอนพิษยา (Detoxification) และแบบทดแทนระยะยาว (Maintenance) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้[1, 2] รูปแบบยาเมทาโดนที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ ยาเม็ดสำหรับระงับอาการปวดและยาน้ำความเข้มข้นสูง 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร สำหรับใช้ในสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด[3] การบริหารยาเมทาโดนสำหรับผู้ป่วย ที่ติดยากลุ่มโอปิออยด์จะใช้ยาในรูปแบบยาน้ำ เนื่องจากสามารถนำมาทำเป็นยาเตรียมให้ได้ขนาดของยาที่เหมาะสม ต่อการปรับ

ขนาดยาในผู้ป่วยแต่ละรายได้ง่ายกว่ายาเม็ด นอกจากนี้ยังช่วยลดโอกาส เกิดภาวะยาเกินขนาด (overdose) และลดความเสี่ยง ในการนำยาไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์[4]เนื่องจากการลักลอบนำยาเข้าสู่ตลาดมืดในรูปแบบยาน้ำกระทำได้ค่อนข้างลำบากเมื่อเทียบกับยาเม็ด การเตรียมยาน้ำเมทาโดนด้วยสารละลายที่เหมาะสม ก่อนส่งมอบให้แก่ผู้ป่วยช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา แต่ในทางตรงกันข้ามทำให้สถานพยาบาล ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติดต้องรับภาระในการเตรียมยาเมทาโดนให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเมทาโดนแบบทดแทนระยะยาว (Methadone maintenance therapy: MMT) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี

การเตรียมยาเมทาโดนสำหรับผู้ป่วยจากยาเมทาโดนความเข้มข้นสูง (10 มก./มล.) เป็นความเข้มข้น 1 มก./ มล. เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยมีการเตรียมยาภายใต้หลักการทางเภสัชกรรมและคุณสมบัติเฉพาะของตัวยาสำคัญแต่ละชนิด เพื่อเป็นการประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาที่ไม่เสื่อมสภาพ[5, 6, 7, 8] และพัฒนาสูตรตำรับยาตามเกณฑ์การพิจารณาจากผลการศึกษาความคงตัวทางกายภาพ ทางเคมี และทางจุลชีววิทยาของยา[9] การศึกษาก่อนหน้าของ Lauriault และคณะ[10] ได้ศึกษาความคงตัวทางเคมีของยาเมทาโดนในน้ำกระสายยา 5 ชนิด สำหรับรับประทาน ได้แก่ น้ำส้ม (Tang®), น้ำองุ่น (Kool-Aid®), น้ำแอปเปิ้ล, น้ำองุ่น (Crystal light®) และน้ำองุ่น (Crystal light®) ผสม 0.1% โซเดียมเบนโซเอต วัดปริมาณยาเมทาโดนด้วยวิธี high-performance liquid chromatography (HPLC) ผลการศึกษาความคงตัวทางเคมี พบว่ายาเมทาโดนมีปริมาณสารสำคัญลดลงน้อยกว่า 5% ที่ 17, 11, 9 และ 8 วันในน้ำส้ม (Tang®), น้ำองุ่น (Kool-Aid®), น้ำแอปเปิ้ล, น้ำองุ่น (Crystal light®) ตามลำดับ และเก็บได้นาน 29 วันในน้ำองุ่น (Crystal light®) ผสม 0.1% โซเดียมเบนโซเอต สำหรับความคงตัวทางจุลชีววิทยาในตำรับที่ไม่ผสม 0.1% โซเดียมเบนโซเอต เมื่อเก็บที่อุณหภูมิห้อง พบการเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ หลัง 2 สัปดาห์หลังการผลิต นอกจากนี้ยังมีผลการวิเคราะห์ความคงตัวของตำรับยาเมทาโดนในประเทศไทยของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่[11] ซึ่งสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนมีการผสม Tr.Gentian compound, Burbury extract และ Peppermint spirit ในตำรับที่ 1 และการผสม 95% alcohol และ Peppermint spirit เท่านั้น ในตำรับที่ 2 ผลวิเคราะห์ความคงตัวพบว่าทั้ง 2 ตำรับมีปริมาณ ตัวยาสำคัญ methadone hydrochloride อยู่ในช่วง 90.0-110.0% ของปริมาณที่ระบุ

แม้ว่าจะมีรายงานความคงตัวของสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนที่มีส่วนผสมของ alcohol หรือสารกันเสียในตำรับซึ่งทำหน้าที่เพิ่มความคงตัวทางจุลชีววิทยาของยาเตรียม ทำให้สามารถเก็บยาเตรียมเมทาโดนได้นานขึ้น แต่สูตรตำรับดังกล่าวพบรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น สูตรตำรับที่มีส่วนผสมของ alcohol ทำให้เกิดอาการมึน เวียนศีรษะในผู้ป่วยสูงอายุ และพบการนำยาไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

โดยนำไปฉีดเข้าเส้นเลือดเพื่อให้เกิดอาการมึนเมาจากฤทธิ์ของ alcohol กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน จึงได้มีการพัฒนาสูตรตำรับ Modified syrup ที่ปราศจากแอลกอฮอล์ เพื่อใช้เป็นน้ำกระสายยาสำหรับเจือจางยาเมทาโดนความเข้มข้นสูง (10 มก./มล.) เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาน้ำเมทาโดน มีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น และเพิ่มอัตราการอยู่ในระบบ (Retention) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเมทาโดนแบบทดแทนระยะยาว แต่การพัฒนาสูตรตำรับยังขาดการศึกษาความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาของตำรับยาน้ำดังกล่าว การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาของตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่ระยะเวลา 30 และ 60 วัน หลังการผลิต ซึ่งเพียงพอและเหมาะสมกับการบริการผู้ป่วยเมทาโดนที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

รูปแบบการศึกษา (Study design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ทำการศึกษา ความคงตัวทางเคมีและจุลชีววิทยาของตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup จำนวน 3 รุ่นการผลิตที่ระยะเวลา 30 และ 60 วันหลังการผลิต กำหนดการบรรจุในขวดยาโพลีเอทธิลีน เก็บรักษาที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

สถานที่ศึกษา (Setting)

ทำการผลิตยาน้ำเมทาโดนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ส่งตรวจวิเคราะห์ความคงตัวทางเคมีที่ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ และส่งตรวจวิเคราะห์ความคงตัวทางจุลชีววิทยาที่ บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด สาขาเชียงใหม่

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

สารเคมี

1. Methadone hydrochloride (Methadone HCl) (องค์การเภสัชกรรม) 10 มก./มล.
2. น้ำตาลทรายขาว
3. พาราเบนเข้มข้น (Paraben concentrate: Paraben conc.)

อุปกรณ์และเครื่องมือ

1. HPLC (Agilent Technologies 1260 Infinity), column ชนิด reversed phase 250 มม. x 4.6 มม. บรรจุด้วย C18 ขนาดอนุภาค 5.0 ไมครอน
2. เครื่องนับจำนวนโคโลนี ราและยีสต์
3. เหยือกสำหรับผสมยา
4. แท่งแก้วสำหรับคน
5. ขวดยาโพลีเอทธิลีน

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. การเตรียม Modified syrup

1.1 ตวงน้ำกลั่นปริมาณ 1,000 มล. ใส่ในเหยือกสำหรับผสมยา ขนาด 2,000 มล.

1.2 ชั่งน้ำตาลทรายปริมาณ 250 กรัม ใส่ลงในเหยือกสำหรับผสมยารวมกับน้ำกลั่น และใช้แท่งแก้วสำหรับคน คนให้น้ำตาลทรายละลายจนหมด

1.3 ตวงพาราเบนเข้มข้น (Paraben conc.) ปริมาณ 10 มล. ใส่ลงในเหยือกสำหรับผสมยา

รวมกับน้ำกลั่นและน้ำตาลทรายที่ละลายจนหมดแล้ว

1.4 ใช้แท่งแก้วสำหรับคน คนให้เข้ากัน

1.5 ปรับปริมาตรด้วยน้ำกลั่นจนได้ปริมาตรครบ 1,500 มล.

2. การเตรียมยาเมทาโดนใน Modified syrup

2.1 ตวงเมทาโดนความเข้มข้น 10 มก./มล. ปริมาณ 100 มล. ใส่ลงในเหยือก สำหรับผสมยาขนาด 2,000 มล.

2.2 เท Modified syrup ปริมาณ 750 มล. ลงในเหยือกสำหรับผสมยารวมกับยาเมทาโดนและใช้แท่งแก้วสำหรับคน คนให้เข้ากัน

2.3 ปรับปริมาตรให้ได้ปริมาณ 1,000 มล. และคนให้เข้ากัน จะได้ตำรับยาน้ำเมทาโดนความเข้มข้น 1 มก./มล.

2.4 บรรจุยาเตรียมในขวดยาโพลีเอทธิลีน ขวดละ 30 มล. เก็บตัวอย่างยาเตรียม ที่อุณหภูมิห้อง จำนวน 3 รุ่นการผลิต

3. การศึกษาความคงตัวทางเคมี

3.1 ศึกษาความคงตัวทางเคมีของตำรับยาน้ำเมทาโดนที่เจือจางด้วย Modified syrup โดยเตรียม 3 รุ่นการผลิต และเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) นาน 30 และ 60 วัน

3.2 ทดสอบความคงตัวทางเคมีด้วยการวิเคราะห์ปริมาณยาคงเหลืออยู่ที่เวลาต่าง ๆ โดยส่งยาเตรียม 3 รุ่นการผลิตไปวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ โดยวิธี High Performance Liquid Chromatography นำผลการวิเคราะห์ มาคำนวณหาร้อยละของยาคงเหลือ โดยต้องมีค่าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 90-110 ตามข้อกำหนด การวิเคราะห์ความคงตัวของผลิตภัณฑ์ยา USP[7]

4. การศึกษาความคงตัวทางจุลชีววิทยา

4.1 ศึกษาความคงตัวทางจุลชีววิทยาของตำรับยาน้ำเมทาโดนที่เจือจางด้วย Modified syrup โดยเตรียม 3 รุ่นการผลิต และเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) นาน 30 และ 60 วัน

4.2 ทดสอบความคงตัวทางชีววิทยาโดยการตรวจหาปริมาณเชื้อราและยีสต์ โดยส่งยาเตรียม 3 รุ่นการผลิตไปวิเคราะห์ที่บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด สาขาเชียงใหม่ โดยวิธี in house method based on United States Food and Drug Administration นำผลการทดสอบมาพิจารณาจำนวนโคโลนีของเชื้อราและยีสต์ โดยต้องมีค่าน้อยกว่า 1 Colony forming unit/ml. (CFU/ml.) ตามข้อกำหนดของ The United States Pharmacopeia 41 (USP 41)[12]

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการทดสอบความคงตัวทางเคมีของสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup

จากการทดสอบความคงตัวทางเคมีของตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) บรรจุในขวดยาโพลีเอทธิลีน เก็บนาน 30 และ 60 วัน วิเคราะห์ปริมาณคงเหลือของยาเมทาโดน ด้วยวิธี High Performance Liquid Chromatography พบว่าที่ระยะเวลานาน 30 วัน ตรวจพบปริมาณยาเมทาโดน 1.06 มก./มล., 0.98 /. 1.06 /. 1, 2 และ 3 ตามลำดับ และที่ระยะเวลานาน 60 วัน ตรวจพบปริมาณยาเมทาโดน 1.02 มก./มล., 0.92 มก./มล. และ 1.01 มก./มล. ในล็อตที่ 1, 2 และ 3

ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาคำนวณหาร้อยละ ของยาคงเหลือที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วัน พบว่าทั้ง 3 รุ่นการผลิต มียาคงเหลืออยู่ในช่วงระหว่าง 90-110%

ตารางที่ 1 ปริมาณของยาเมทาโดนในสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดน

ล็อตการผลิต	ปริมาณของยาเมทาโดนในสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดน			
	30 วันหลังผลิต	ร้อยละ	60 วันหลังผลิต	ร้อยละ
1	1.06 มก./มล.	106 .0	1.02 มก./มล.	102.0
2	0.98 มก./มล.	98 .0	0.92 มก./มล.	92.0
3	1.06 มก./มล.	106.0	1.01 มก./มล.	101.0

2. ผลการทดสอบความคงตัวทางจุลชีววิทยาของสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup

จากการทดสอบความคงตัวทางทางจุลชีววิทยาของตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) บรรจุในขวดยาโพลีเอทธิลีน เก็บนาน 30 และ 60 วัน โดยการตรวจหาปริมาณเชื้อราและยีสต์ ด้วยวิธี Inhouse method based on United States Food and Drug Administration พบว่า ยาเตรียมทั้ง 3 รุ่นการผลิตมีปริมาณของเชื้อราและยีสต์น้อยกว่า 1 Colony forming unit/ml. (CFU/ml.) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณเชื้อราและยีสต์ในสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดน

ล็อตการผลิต	ระยะเวลา	
	30 วันหลังผลิต	60 วันหลังผลิต
1	< 1 CFU/มล.	< 1 CFU/มล.
2	< 1 CFU/มล.	< 1 CFU/มล.
3	< 1 CFU/มล.	< 1 CFU/มล.

อภิปรายผล

ความคงตัวทางเคมีของตำรับยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) บรรจุในขวดยาโพลีเอทธิลีน เก็บไว้ที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วัน พบว่าปริมาณยาคงเหลืออยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 90-110 แสดงว่ายามีความคงตัว ทางเคมี ตามข้อกำหนดการวิเคราะห์ความคงตัวของผลิตภัณฑ์ยา ซึ่งระดับยาต่ำสุดที่ยอมรับโดยทั่วไปคือ ร้อยละ 90 ของปริมาณยาที่กำหนดไว้[7] นอกจากนี้ยังพบว่าการเติมสารกันเสียในตำรับโดยใช้พาราเบนเข้มข้น (Paraben concentrate) ลงไปในตำรับยาน้ำเมทาโดนไม่มีผลเปลี่ยนแปลงความคงตัวทางเคมีสอดคล้องกับการศึกษาของ Donnelly[13] ซึ่งศึกษาความคงตัวทางเคมีของสารละลายที่เตรียมจากยาเมทาโดนรูปแบบน้ำความเข้มข้น 10 มก./มล. และสารละลาย

ที่เตรียมจากยาเมทาโดนรูปแบบผงในน้ำส้มที่ความเข้มข้น 1.5 มก./มล. โดยมีการเติมโซเดียมเบนโซเอตเป็นสารกันเสีย ไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของยาเมทาโดนในการเก็บที่อุณหภูมิห้องและในตู้เย็นภายหลัง 91 วัน ทั้ง 2 ตำรับเช่นเดียวกัน

ความคงตัวทางทางจุลชีววิทยาของยาเมทาโดนใน Modified syrup ที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วัน พบปริมาณเชื้อราและยีสต์น้อยกว่า 1 Colony forming unit/ml. (CFU/ml.) ทั้ง 3 รุ่นการผลิต แสดงว่ายามีความคงตัวทางจุลชีววิทยาตามข้อกำหนดของ USP 41[12] ผลยับยั้งการเติบโตของเชื้อราและยีสต์เป็นผลจากสารกันเสียที่เติมเข้าไปในตำรับ ได้แก่ พาราเบนเข้มข้น (Paraben concentrate) ซึ่งเป็นสารกันเสียที่ใช้ในทางเภสัชกรรม

ข้อเสนอแนะ

ตัวอย่างสูตรตำรับยาน้ำเมทาโดนในการวิจัยมีการเก็บยาที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ระยะเวลานาน 30 และ 60 วันหลังการผลิต ซึ่งเป็นผลการศึกษาความคงสภาพในสภาวะของการเก็บยาจริงตาม climatic zone IVb[7] แต่สภาพอากาศของประเทศไทยในฤดูร้อนบางพื้นที่อาจมีอุณหภูมิสูงถึง 40-45 องศาเซลเซียส จึงควรมีการศึกษาความคงสภาพในสภาวะเร่งที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ร้อยละ 75 เพื่อให้ทราบข้อมูลความคงตัวของตำรับที่อุณหภูมิสูงสอดคล้องกับสภาพอากาศในประเทศไทย

สรุปผลการศึกษา

การทดสอบความคงตัวทางเคมีโดยวิธี High Performance Liquid Chromatography ของยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วัน พบว่าปริมาณยาเมทาโดน คงเหลืออยู่ระหว่างร้อยละ 90-110 ทั้ง 3 รุ่นการผลิต แสดงว่ายามีความคงตัวทางเคมีที่ดีการทดสอบความคงตัวทางจุลชีววิทยาโดยวิธี Inhouse method based on United States Food and Drug Administration ของยาน้ำเมทาโดนใน Modified syrup ที่อุณหภูมิห้อง (< 30 องศาเซลเซียส) ที่ระยะเวลานาน 30 และ 60 วัน พบปริมาณน้อยกว่า 1 Colony forming unit/ml. (CFU/ml.) ทั้ง 3 รุ่นการผลิต แสดงว่ายามีความคงตัวทางจุลชีววิทยาที่ดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Ukranun W. Methadone maintenance therapy in opioid dependence: review literature. Journal of Department of Medical Services. 2017; 42(2): 116-21.
2. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). Methadone Maintenance Treatment. Pathum Thani: Chulalongkorn University Printing House; 2010.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดราคายาเสพติดให้โทษและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท. [cited 2561 สิงหาคม]. https://www.fda.moph.go.th/Pages/HomeP_D2.aspx.

4. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). Guideline for setting up Harm reduction clinic. Pathum Thani: PMNIDAT; 2018.
5. Alberta College of Pharmacy. Medication-assisted treatment for opioid dependence: guidelines for pharmacists and pharmacy technicians. Canada.: Alberta College of Pharmacy; 2013.
6. นัยนา สันติยานนท์. ความคงตัวของเภสัชภัณฑ์และการเก็บรักษา. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2551; 30(1): 180-7.
7. สมชาย สวัสดี. ความคงสภาพและการกำหนดวันหมดอายุของยา. 2560 [cited 2560 มีนาคม]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?272.
8. ชนินดา เพชรสังฆาต. การศึกษาความคงสภาพของผลิตภัณฑ์ยา.วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม. 2558; 22(3): 22-5.
9. จุไรรัตน์ รักวาทิน. แนวทางการเสนอรายงานความคงสภาพของตำรับยา. กรุงเทพฯ: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2536.
10. Lauriault G, LeBelle MJ, Lodge BA, Savard C. Stability of methadone in four vehicles for oral administration. Am J Hosp Pharm. 1991; 48(6): 1252-6.
11. ภานุ ใจกุล, สมพร สุวรรณมาโจ, บรรณาธิการ. เมทาโดน เรื่องที่เภสัชกรต้องรู้. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2562.
12. The United States Pharmacopeial Convention Inc. The United States Pharmacopeia and the Nation-al Formulary (USP 41-NF 36). Maryland: The United States Pharmacopoeial Convention; 2017. 8228 p.
13. Donnelly R. Chemical stability of methadone concentrate, and powder diluted in orange-flavored drink. Int J Pharm Compd. 2004; 8(6): 489-91.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด

สิดาพร พงษ์ประพันธ์ พย.บ., สุภาพ พลสำโรง พย.บ., วุฒิพงษ์ เจริญวงษ์ พย.บ.
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Abstract Quality of Life of Heroin Dependent After Treatment and Rehabilitation at Harm Reduction Center

Pongprapunt S. (B.N.S.), Phonsamrong S. (B.N.S.), Jaroenvong W. (B.N.S.)

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

The purpose of this research was to study the quality of life of heroin addicts who received treatment and rehabilitation at drop-in center. The sample was 312 heroin-addicted patients who received treatment and rehabilitation at drop-in center, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. This was obtained calculating by n4studies. The research instrument used in collecting the data were 2 parts questionnaire 1) personal information and 2) WHOQOL-BREF-THAI. The Quantitative data were inlayed using the descriptive statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation, and range.

The results revealed that the quality of life for heroin addicts showed that the overall results was the moderate level (average value 3.44). The results of the physical health, the psychological, the social relationship and the environment section were also moderate (average value = 3.38, 3.49, 3.44 and 3.45) respectively.

Keywords: Quality of life, Heroin Addicts, Harm Reduction Methadone solution formula, Modified syrup, Chemical stability, Microbial stability Extemporaneous

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคำนวณกลุ่มตัวอย่าง n4studies จำนวน 312 คน เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1) เป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

ผลวิจัย พบว่า ผู้เสพติดเฮโรอีนมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 3.44 (S.D = 4.25) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย มีค่าเฉลี่ย = 3.38 (S.D = 4.26) 2) ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ย = 3.49 (S.D = 4.47) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.44 (S.D = 2.03) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย = 3.45 (S.D = 5.01) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้เสพติดเฮโรอีน ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

บทนำ

จากอดีตจนถึงปัจจุบันปัญหายาเสพติดยังคงอยู่คู่สังคมโลกมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบกับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15-64 ปี ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในปี พ.ศ. 2562 คือ กัญชา ประมาณ 200 ล้านคน รองลงมาคือ กลุ่มโอปิออยด์ 62 ล้านคน แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ 27 ล้านคน เอ็กซ์ตาซี 20 ล้านคน และโคเคน 20 ล้านคน[1]

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บ.ส.ต.) พบว่า มีผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากสถิติการบำบัดรักษาในปี พ.ศ. 2561-2565 มีผู้เสพเฮโรอีน ร้อยละ 1.87, 1.84, 2.38, 3.33, 5.66 ตามลำดับ โดยคิดสัดส่วนจากจำนวนผู้ใช้ยาและสารเสพติดทั้งหมดที่มาเข้ารับบริการ[2] สอดคล้องกับข้อมูลสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)[3]

พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 181, 440, 529, 659 คน ตามลำดับ

เฮโรอีนเป็นยาเสพติดประเภท 1 เป็นสารกึ่งสังเคราะห์ที่ผลิตขึ้นจากการนำเอามอร์ฟีนที่สกัดได้จากฝิ่นมาผ่านขบวนการ acetylation โดยทำปฏิกิริยาทางเคมี มีฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีน 4-8 เท่า เฮโรอีนมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้เคลิบเคลิ้ม เหมือนฝัน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สติปัญญาเชื่องช้า ผู้ที่เสพติดแล้วจะมีร่างกายซูบผอม ถ้าเสพเกินขนาด อาจถึงแก่ความตายได้ ส่งผลกระทบ ทั้งทางด้านสุขภาพ และด้านสังคม พบว่าผู้ใช้เฮโรอีน ส่วนใหญ่เกิดอาการหลอดเลือดอุดตัน (ร้อยละ 33.0) มีอาการทางจิตและประสาท (ร้อยละ 22.7) ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 12.4) และการเกิดภาวะเป็นพิษจากการได้รับยาเสพติดเกินขนาด (ร้อยละ 10.3) ส่วนผลกระทบด้านสังคมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ถูกรบกวนจากเจ้าหน้าที่รัฐ (ร้อยละ 49.2) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกตรวจค้นจากเจ้าหน้าที่ตำรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา รองลงมาคือ ถูกรังเกียจจากคนรอบข้างและชุมชนเพราะใช้ยาเสพติด (ร้อยละ 29.2) ถูกจับด้วยคดียาเสพติด (ร้อยละ 23.4) ถูกส่งเข้ารับการบำบัดยาเสพติด หรือเข้าสู่ระบบบังคับบำบัด (ร้อยละ 16.9) และมีบางส่วนที่ถูกให้ออกจากงานเพราะนายจ้างทราบว่าใช้ยาเสพติด (ร้อยละ 9.6) ถูกให้ออกจากงานเพราะนายจ้างทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 3.2) และถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง และชุมชนเพราะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ[4] จากนโยบายของรัฐบาลต่อปัญหายาเสพติดที่ถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยเป็นอาการของโรคสมองติดยา หรือติดสารเคมีที่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด รักษาฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการนำแนวคิดบริการด้าน Harm reduction ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่น ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการใช้ยาเสพติด โดยการฉีดเข้าเส้นเลือดการให้กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังเลิกไม่ได้และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และให้ความสำคัญแก่การป้องกัน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยให้ยาเมทาโดนระยะยาว[5]

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดขึ้น เพื่อให้สอดรับกับการแก้ไขปัญหาผู้เสพติดเฮโรอีน โดยใช้หลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน ประกอบไปด้วยชุดบริการ 16 ชุดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้บริการด้านยาเสพติดประกอบด้วย การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติดและการฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติดบริการเมทาโดนระยะยาว และการให้บริการยา Naloxone และการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 2)ด้านการให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต ประกอบด้วย การให้ความรู้และคัดกรองติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งดูแลการรับยาต้านไวรัส โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค การคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์สะอาด การแจกถุงยาง

อนามัย การตรวจ และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจและรักษาโรคทางจิตเวช 3) ด้านการให้บริการด้านสังคม ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านรายบุคคล กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน จัดให้มีพื้นที่ปลอดภัย (Drop in center) และการจัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย ซึ่งเป็นชุดบริการที่จัดให้บริการด้วยความเสมอภาค และเท่าเทียมกัน ตามสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และความเป็นผู้ป่วยตามนโยบายของรัฐบาล และตามเป้าหมายสูงสุดในอุดมคติของการบำบัดรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5]

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมาย ของระบบในสังคมที่พวกเขาได้อาศัยอยู่ ซึ่งคุณภาพ ชีวิตสามารถวัดได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกสร้างขึ้นมาจากองค์การอนามัยโลก โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (environmental domain) มีข้อคำถาม ทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือ วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF)[6] หลังจากนั้น สุวัตน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[7] ได้แปลเป็นภาษาไทยเรียกว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปีออยด์ ในต่างประเทศพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่วัดคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปีออยด์ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาด้วยหลักการลดอันตราย จากการใช้ยาและสารเสพติด (Harm Reduction Concept) โดยประกอบด้วยชุดบริการที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การรับยาเมทาโดนทดแทนในระยะยาว การใช้เข็มฉีดยาและอุปกรณ์อย่างปลอดภัย การให้คำปรึกษาและการบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคตับอักเสบบีและซี การบำบัดทางจิตสังคม และมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับบริการ ที่ผ่านการบำบัดในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา และสารเสพติด พบว่าคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง ที่ดีขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในอดีต[8-11] ส่วนงานวิจัยที่พบในส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพบนพื้นที่สูง[12, 13] และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบกายจิต สังคมบำบัดซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ระบุเป็นผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปีออยด์ส่วนมากจะพบการศึกษาในต่างประเทศ และในไทยจะพบแค่การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นในพื้นที่สูง ยังขาด

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนในสังคมเมืองและพื้นที่ราบ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบำบัด พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพ ที่สำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยให้การพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยาระยะฟื้นฟู สมรรถภาพ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและติดตามการรักษา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ ระดับการติดยาเสพติดด้วยการซักประวัติการใช้ยาเสพติด ตรวจร่างกาย ดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินอาการถอนพิษยาด้วยแบบประเมิน Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) ประเมินภาวะ แทรกซ้อน ทางกาย ทางจิตประสาท ตลอดจนประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ พฤติกรรมครอบครัวและสังคม ช่วยเหลือผู้ป่วย ยาเสพติดให้พ้นภาวะได้รับสารเฮโรอีนหรือเมทาโดน เกินขนาดมีภาวะกดการหายใจในผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน ให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น เสริมสร้างความตระหนักในโทษพิษภัยยาเสพติดและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยาเสพติด จัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ประสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ค้นหาสาเหตุและวางแผนป้องกันการติดซ้ำให้การดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ บทบาทต่าง ๆ ที่พยาบาลได้กระทำเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ต้องใช้องค์ความรู้และประสบการณ์ ในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14]

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ศูนย์ลดอันตราย จากการใช้ยาและสารเสพติด เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง n4studies ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ 297 คน ทั้งนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการไม่ตอบแบบสอบถามกลับ จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 312 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้เสพติดเฮโรอีนที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ICD-10 และเข้ารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติดมาแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน 2) อายุ 20-60 ปี 3) ไม่มีความผิดปกติด้านการพูดหรือการได้ยิน

สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้ 4) ไม่มีอาการทางจิตเวช และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยผ่านการทดสอบและนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานแล้ว แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบจำนวน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก มีจำนวน 26 ข้อคำถาม

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแบบย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมิได้มีการดัดแปลงหรือแก้ไขในส่วนของแบบสอบถามต้นฉบับไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 30 ราย จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.923

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดส่งโครงร่างการวิจัยเสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีตามเอกสารเลขที่ 002/2566

2. ทำหนังสือบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด

3. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ทำการบอกกล่าวต่อผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่เข้ามารับบริการในศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด เกี่ยวกับโครงการวิจัย กรณีที่มีผู้รับบริการสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถามการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ ในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และแจ้งผู้รับบริการว่าจะมีการเก็บข้อมูล 1 ครั้ง โดยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและให้ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก แบบย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ หากผู้รับบริการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยขอให้ผู้รับบริการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัยในวันที่มาเข้ารับบริการ

5. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์โดยการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตาม

ความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งรายละเอียดของการทำวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับในระหว่างการศึกษาข้อมูลที่รวบรวมมาทั้งหมด ไม่มีการระบุชื่อแบบเจาะจงของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมของการวิจัย นอกจากนี้ถ้ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกอึดอัด รู้สึกว่าเป็นการเสียเวลาหรือไม่สบายใจที่จะตอบคำถามใด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามนั้น หรือขอยุติการให้ข้อมูลทั้งหมดได้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล โดยการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ บำบัดรักษาที่ได้รับ หลังจากนั้นให้ผู้วิจัยตอบแบบสอบถาม

6. เมื่อผู้รับบริการตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำมาลงรหัสตามที่กำหนดไว้ และนำไปทำการวิเคราะห์ผลข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 312 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	290	92.9
หญิง	22	7.1
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x}$ = 27.26 S.D. = 7.22	
	Min = 20 Max = 54	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	42	13.5
ประถมศึกษา	27	8.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 312 คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	66	21.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	100	32.1
อนุปริญญา/ปวส.	35	11.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42	13.5
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	100	32.1
ธุรกิจส่วนตัว	81	26
ว่างงาน	56	17.9
พนักงานเอกชน	34	10.9
นักเรียน/นักศึกษา	26	8.3
เกษตรกร	10	3.2
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	1.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$ = 12,310.70 บาท S.D. = 10,774.61	
	Min = 0 บาท Max = 80,00 บาท	

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 312 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.9 อายุเฉลี่ย 27.26 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรชั้นต้น (ปวช.) ร้อยละ 32.1 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.2 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.1 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,310.70 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเสพยาเสพติด

ข้อมูลการเสพยาเสพติด	จำนวน (n = 312 คน)	ร้อยละ
วิธีการเสพเฮโรอีนในปัจจุบัน		
สูบ/ดูด	186	59.6
ฉีด	77	24.7
ดม	48	15.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเสพยาเสพติด (ต่อ)

ข้อมูลการเสพยาเสพติด	จำนวน (n = 312 คน)	ร้อยละ
ปริมาณที่ใช้ต่อวัน (กรัม/วัน)	$\bar{X}$ = 1.01 S.D.= 0.84	
	Min = 0.01 Max = 5	
	Mode = 1	
สารเสพติดที่ใช้ร่วมในปัจจุบัน		
กัญชา	90	28.8
ยาบ้า	5	1.6
ยาไอซ์	4	1.3
กระท่อม	4	1.3
ทรามาดอล	2	0.6
ยานอนหลับ	2	0.6
ยาเค	1	0.3
สาเหตุที่กลับไปเสพเฮโรอีนซ้ำ		
มีอาการขาดยาหรือถอนยา	174	55.8
เครียด	134	42.9
อยากเสพยา	127	40.7
ไม่สบายใจ	97	31.1
หาซื้อง่าย	86	27.6
เพื่อนชวนเสพ	79	25.3
มีปัญหาครอบครัว	56	17.9
ชุมชนไม่ยอมรับ	3	1
ปริมาณเมทาโดนที่รับ (มิลลิกรัมต่อวัน)	$\bar{X}$ = 33.01 S.D. = 14.08	
	Min-Max = 4 - 80	
	Mode = 30	
ระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัด (เดือน)	$\bar{X}$ = 19.10 S.D. = 31.34	
	Min- Max = 1 - 240	
	Mode = 12 เดือน	

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเสพเฮโรอีนโดยวิธีการสูบมากที่สุด ร้อยละ 59.6 รองลงมาคือ วิธีฉีดร้อยละ 24.7 สารเสพติดที่ใช้ร่วมกับเฮโรอีนในปัจจุบันที่พบมากที่สุดคือ กัญชา ร้อยละ 28.8 รองลงมา คือ ยาบ้า ร้อยละ 1.6 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปเสพซ้ำส่วนใหญ่ คือ มีอาการขาดยาหรือถอนยา คิดเป็นร้อยละ 55.8 เครียด ร้อยละ 42.9 ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างได้รับเมทาโดนเป็นยาทดแทน ปริมาณเฉลี่ยคือ 33.01 มิลลิกรัมต่อวัน (S.D. = 14.08) และระยะเวลาในการบำบัดเฉลี่ย 19.1 เดือน

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้เสพติด เฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตราย จากการใช้ยาและสารเสพติด พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.44) (S.D. = 4.25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิต ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยด้าน สุขภาพกาย มีค่าเฉลี่ย = 3.38 + 4.26 ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ย 3.49 + 4.47 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ค่าเฉลี่ย 3.44 + 2.03 และด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 3.45 + 5.01 ตามดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	3.38	4.26	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.49	4.47	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.44	2.03	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.45	5.01	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**3.44**	**4.25**	**ปานกลาง**

วิจารณ์

คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.38) (S.D. = 4.26) สามารถอธิบายได้ว่า การจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการบริการตามหลักการลดอันตรายจากการใช้และสารเสพติด ซึ่งเป็นการเน้นเข้าถึง ตัวบุคคล โดยคำนึงศักดิ์ศรีมนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน ความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดบนพื้นฐานของ

คุณภาพชีวิตสุขภาพของบุคคลและชุมชน ซึ่งแนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดจะเป็นชุดบริการที่หลากหลายที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถคัดสรรเพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในแต่ละสถานการณ์แต่ละโอกาส โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ซึ่งแนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านประกอบด้วย 16 ชุดบริการ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการให้บริการด้านยาเสพติด 2) การให้บริการด้านสุขภาพกาย และจิต และ 3) ด้านบริการด้านสังคม มีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนให้ดีขึ้น ซึ่งบริการทางสุขภาพที่ได้จัดให้บริการตามความต้องการและที่จำเป็นของผู้เสพติดเฮโรอีน ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ หรือมีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin Xiao และคณะ (2010)[15] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวที่คลินิกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด (Harm Reduction) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว จำนวน 142 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุน ทางด้านสังคม ด้านสภาพความเป็นอยู่ และด้านการพึ่งพาสารเสพติด มีความแตกต่างระหว่างระยะแรกรับกับ 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.38) (S.D. = 4.26) จากการศึกษาของ สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ[5] พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนจำเป็นต้องรับยาเมทาโดนเพื่อลดอาการถอนหรืออาการขาดยาที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี นั้น มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลจากศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด ทำให้มีความยากลำบากในการเดินทาง เพื่อมารับบริการ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนนรายข้อนี้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.49) (S.D. = 4.47) อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามหลักการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครอบคลุม และการเข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวชโดยจิตแพทย์ประจำคลินิก ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Tran และคณะ[9] ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่อาศัยอยู่ตามชนบทในประเทศเวียดนาม พบว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนมีความ

แตกต่างระหว่าง ระยะแรกรับ กับ 12 เดือนหลังเข้ารับการบำบัดรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.44) (S.D. = 2.03) อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรม โดยมีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ที่คอยสนับสนุนในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระค่าบริการส่วนต่างได้สามารถขอความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายได้ที่หน่วยงาน ดังกล่าวได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Quyen และคณะ[11] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในเมืองลองแอน ทางตอนใต้ของประเทศเวียดนาม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมนั้น อยู่ในเกณฑ์ที่ดี เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมจะพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด พบว่าทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.45) (S.D. = 5.01) อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมการบริการทางด้านสังคมโดยยึดหลักการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด จากการศึกษา ของ Quyen และคณะ[11] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ในเมืองลองแอน ทางตอนใต้ของประเทศ พบว่า คุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมนั้น อยู่ในเกณฑ์ที่ดี เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมจะพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนยังคงใช้เมทาโดนร่วมกับการเสพเฮโรอีนหรือยาเสพติดอื่น เช่น กัญชา ยาบ้า ไอซ์ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการเสพสารหรือยาเสพติดร่วมกับยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา โดยยกกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการเมทาโดนระยะยาวกับผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางกับผู้ป่วยและลดความแออัดของระบบการให้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สำเนา นิลบรรพ์ ที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ สนับสนุน ชี้แนะตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้ได้งานวิจัยที่ถูกต้องสมบูรณ์และอย่างดียิ่ง และขอบคุณผู้ป่วยเฮโรอีนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้อย่างสำเร็จลุล่วงได้อย่างดี

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในทุก ๆ ด้านในการเก็บข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายขอบคุณกัลยาณมิตร น้อง ๆ ในหน่วยงานศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จสำเร็จลุล่วงได้ดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report*. Vienna: United Nations
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). *ระบบรายงาน บสต.* สืบค้นจาก https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Form/FrmPublicReports/
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). (2563). สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด . สืบค้นจาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3291&Ite mid=53.
4. ปรีชญาณ์ นักฟ้อน. (2561). การสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่เข้ารับบริการตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 21(2).
5. สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา และคณะ. (2561). คู่มือการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสำหรับ ผู้ให้บริการ.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ชุดให้ความรู้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. WHO. (1996). WHOQOL-BREF introduction, administration , scoring and generic version of the assessment, field trial version, WHO, Geneva, Policy, 15(1), 23. doi:10.1186/s13011-020-00265-7
7. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. รายงานกรณีศึกษา.
8. Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., van Nieuwenhuizen, C., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate- dependent individuals five years after starting methadone treatment. Quality of life research, 20(1), 139-150.
9. Tran, B. X., Moir, M., Nguyen, T. M. T., Do, H. N., Vu, G. T., Dang, A. K., Ho, R. C. M. (2020). Changes in quality of life and its associated factors among illicit drug users in Vietnamese mountainous provinces: a 12-month follow-up study. *Substance Abuse Treat Prevent.*

10. Chou, Y.-C., Shih, S.-F., Tsai, W.-D., Li, C.-s. R., Xu, K., & Lee, T. S.-H. (2013). Improvement Of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. BMC psychiatry, 13(1), 1-8.
11. Bui Thi Tu Quyen, Linh Thuy Nguyen, Vo Thi Viet Phuong & Le Tu Hoang. (2020). Quality of life in methadone maintenance treated patients in Long An, a southern province of Vietnam. *Health Psychology Open,* 22(1), 1-7.
12. พรพิมล ศักดิ์สูง. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติดชาวเขาที่บำบัดด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำในจังหวัดเชียงราย. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฟื้นหลังเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด : กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อ แก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
14. วิมล ลักขณาภิชนชัช.(2563). คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. ภารกิจด้านการพยาบาล. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
15. Xiao, L., Wu, Z., Luo, W., & Wei, X. (2010). Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999), 53(Suppl 1), S116.

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิชาการเสพติดจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็น ประโยชน์ต่อนักวิชาการและบุคลากรที่สนใจ

การส่งบทความตีพิมพ์เรื่องที่ ส่งมาจะต้อง ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อนและเรื่องที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารแต่ละฉบับแล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารวิชาการเสพติด

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

ส่งต้นฉบับ (เอกสาร) 1 ชุด มาที่บรรณาธิการ เพื่อให้กองบรรณาธิการพิจารณาก่อน เมื่อได้รับการตอบรับตีพิมพ์ได้ให้ส่งต้นฉบับสุดท้าย (แผ่น CD) พร้อมสำเนา 1 ชุด ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วพร้อมจะตีพิมพ์กลับคืนที่บรรณาธิการ บันทึกต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word for Windows ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 เป็น 1 คอลัมน์

ประเภทของบทความ

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิจัยควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุวิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่อง ไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

3. บทฟื้นวิชา (Refresher Course)

เป็นบทความที่ให้ความรู้เฉพาะเรื่องที่รวบรวมเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบใหม่หรือเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์ โรคต่าง ๆ ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่นำมาเขียน วิจารณ์ เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย

4. บทความทั่วไป (General Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดย เรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

6. ย่อเอกสาร (Abstract)

เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์ของผู้ย่อประกอบด้วย

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

เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ชี้ความคิดเห็นที่แตกต่าง หรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียน และหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงานใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น พ.บ. **(M.D.)** หรือ พย.บ. **(B.N.)**

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

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้ เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ของบทความภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็น ใช้ภาษาที่อ่านง่ายเข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้อง ระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิง เอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับเนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ที่จำเป็นระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำไม่ต้องระบุถึงข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุและวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการ หรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุใน

เอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถ นำไปใช้ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และ แปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับ สมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เหมือน หรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และ ผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้น ๆ อย่านำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำใน บทวิจารณ์ ควรแสดง ข้อเด่นข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิค (arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตาม ลำดับและตรงกับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนใน บทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจาก ชื่อต้น ตาม ด้วยนามสกุล การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียน ตามด้วย อักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร วิชาการเสพติด มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

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

1. สุกุมา แสงเดือนฉาย, วิลาส ลักษณ์ชัววัลลี, อรพินทร์ ชูชม, พิชัย แสงชาญชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับ สนุนทางสังคมที่มีต่อการ

ป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554; 19:29-41.

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

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

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

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

2.2 หนังสือหรือตำรา แต่งโดย ผู้นิพนธ์

1. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่2. 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 ลักขณาภิชนชัช, 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: บางกอกบล๊อก; 2549 หน้า 3-23.

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

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings)

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

1. Kimura J, Shibaski H, edtios. Recent advances in clinical neurophysiology.

Proceeding of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. เอกสารอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

1. จรรยา ลาภศิริอนันต์กุล. การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นผ่านชุมชนโรงเรียนบ้านโป่งราชบุรี (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

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

5. การอ้างอิงจากรายงานวิจัย พิมพ์โดยให้ทุน

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

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1): [24 screens]. Available form: URL: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.

2. Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL) : Computerized Educational Systems; 1993.

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

7. อื่น ๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2.พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2518. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 97 พ.ศ. 2539, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 23 ง. (ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2539.)