



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่ขยายตัวเป็นปัญหาชุมชนทั่วโลก เป็นปัญหาพื้นฐานที่ก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ เป็นตัวการบ่อนทำลายระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความมั่นคงของชาติ ตลอดจนเป็นปัญหาระดับปัจเจกบุคคล เช่น สามารถทำลายคุณภาพมนุษย์อันเป็นทรัพยากรสำคัญของการพัฒนาประเทศทุกด้าน อาทิ ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมด้านสุขภาพกาย ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ (สุนิรัตน์ บริพันธ์ และ ศรีพรรณ สว่างวงศ์, 2544) และอื่นๆอีกนานับประการ ประเทศต่างๆจึงพยายามหามาตรการป้องกันและแก้ไขทั้งระดับประเทศและความร่วมมือระหว่างประเทศ

สำหรับประเทศไทย ยาเสพติดได้เข้ามามากกว่า 600 ปีมาแล้ว ยาเสพติดประเภทแรกที่เข้ามาคือฝิ่น ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายดังปรากฏตามประวัติศาสตร์ โดยในอดีตผู้นำประเทศได้มีความพยายามป้องกันปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เช่น พระเจ้าอยู่ทองทรงตรากฎหมายลักษณะโจรขึ้น พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงตรากฎหมายเกี่ยวกับฝิ่นขึ้น คณะปฏิวัติประกาศให้เลิกสูบ จำหน่าย และผลิตฝิ่นทั่วราชอาณาจักร (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด, ม.ป.ป.: <http://www.oncb.go.th/c1-oncb.htm>) ปัจจุบันปัญหายาเสพติดยังคงมีอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง เห็นได้จากการมีนักโทษเด็ดขาดประเภทความผิด พ.ร.บ.ยาเสพติด/สารระเหยมากที่สุด และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามการจับกุมคดียาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น<sup>1</sup>

ปัญหายาเสพติดจึงเป็นประเด็นสาธารณะที่ทุกฝ่ายในสังคมต่างให้ความสนใจ ภาครัฐและภาคเอกชนจึงพยายามชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายของยุทธวิธีที่จะต่อสู้เอาชนะ สำหรับภาครัฐในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารประเทศได้ตระหนักถึงภัยอันตรายนี้ จึงวางนโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ 3 ประการ คือ การป้องกันการติดยาเสพติด การปราบปรามยาเสพติด และการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ภายใต้อุตสาหกรรมที่สำคัญ คือ อุตสาหกรรมพลังแผ่นดิน (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, ม.ป.ป.: <http://www.police.go.th/drag.html>) ซึ่งภายหลังที่รัฐบาลของ พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร ประกาศชัยชนะกับยาเสพติด เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ.2547 ผู้ติดยาเสพติดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในอดีตก็มีแนวโน้มลดลง ขณะที่ผู้ติดยาเสพติดมีการเข้ารับการบำบัดรักษามากขึ้น ทำให้สถานบำบัดรักษามีแนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดมากขึ้น<sup>2</sup>

<sup>1</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.1 ถึงตาราง 1.3 (หน้า 118-119)

<sup>2</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.4 และตารางที่ 1.5 (หน้า 119)

ข้อมูลการลดลงของการเจริญพันธุ์และการตายของประชากรไทยบ่งชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สถานการณ์ที่เรียกว่า “การป็นผลทางประชากร” โดยประชากรวัยแรงงานจะมีสัดส่วนสูง<sup>4</sup> ซึ่งนับเป็นสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวกการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก (เกื้อ วงศ์บุญสิน และคนอื่นๆ, 2546) การป็นผลทางประชากรยังชี้ให้เห็นว่า ประชากรวัยแรงงานจะเพิ่มสูงสุดเป็นร้อยละ 67.1 ในพ.ศ.2552 และลดเหลือร้อยละ 62.1 ในพ.ศ.2568 ดังนั้น หากนับจาก พ.ศ.2548 ช่วงเวลาป็นผลทางประชากรจะเหลือเพียง 4 ปีเท่านั้น (บทสรุปผู้บริหาร เรื่อง การป็นผลทางประชากร: โอกาสสำหรับการเร่งรัดการลงทุนในทุนมนุษย์, 2546) การใช้ประโยชน์จากช่วงเวลานี้นั้น ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพผู้ปวยยาเสพติดจึงเป็นเรื่องน่าสนใจ เพราะผู้ปวยยาเสพติดส่วนมากเป็นประชากรวัยแรงงาน โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มอายุเริ่มต้นของวัยแรงงานและเป็นกลุ่มอายุที่ผู้ติดยาเสพติดส่วนมากเริ่มใช้ยาเสพติด ดังนั้น หากสามารถบำบัดรักษาผู้ปวยยาเสพติดในวัยแรงงานได้ โอกาสที่ประเทศจะมีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศก็จะมากขึ้นด้วย

กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีผู้ปวยยาเสพติดมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมถึงการมีสถานบำบัดรักษามากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งในบรรดาสถานบำบัดรักษาในกรุงเทพมหานคร สถาบันธัญญารักษ์เป็นสถานบำบัดรักษาที่มีผู้ปวยยาเสพติดจากหลายพื้นที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้น (กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2546: 32) ด้วยเหตุนี้ผู้ปวยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์จึงเป็นตัวแทนผู้ปวยยาเสพติดจากหลายพื้นที่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในกรุงเทพมหานครได้เป็นอย่างดี

จากประเด็นต่างๆข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การบำบัดรักษาผู้ปวยยาเสพติดเป็นเรื่องที่จำเป็นเร่งด่วน ด้วยเหตุนี้จึงมีความพยายามดำเนินการศึกษาและวิจัยเพื่อแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและการกำหนดนโยบายการบำบัดรักษา ขณะที่ผลการศึกษาและงานวิจัยเท่าที่มีมักให้ความสำคัญกับปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติด แต่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบำบัดรักษามีเพียงเล็กน้อย ส่วนผลงานวิจัยที่เจาะลึกในกลุ่มผู้ปวยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำหรือเข้ารับการบำบัดรักษามากกว่า 1 ครั้ง (ติดยาเสพติดซ้ำ) มีน้อยมาก การศึกษาในประเด็นดังกล่าวจึงเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของการศึกษารั้งนี้

<sup>3</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.6 (หน้า 120)

<sup>4</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.7 (หน้า 120)

<sup>5</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.8 (หน้า 121)

<sup>6</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.9 (หน้า 121)

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบัน  
รัฐราษฎร์
2. เพื่อศึกษาการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันรัฐราษฎร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบัน  
รัฐราษฎร์

### แนวความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด

องค์กรหลายองค์กรให้ความหมายยาเสพติดแตกต่างกัน ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงความหมายยาเสพติดขององค์กรอนามัยโลก พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มีสาระสำคัญดังนี้ (กรมการศึกษาค้นคว้า, 2525: 84-85 วิสูตร ธนชัย, 2540: 4 และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2535: 21 อ้างถึงใน วลัยกร อนันตรังสี, 2542: 6-7)

1. องค์กรอนามัยโลกให้คำนิยามสารเสพติดให้โทษว่า หมายถึง ยาหรือสารใดก็ตามที่เมื่อเข้าสู่ร่างกายด้วยการรับประทาน ฉีด สูบ หรือดม ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้วทำให้มีผลต่อจิตและร่างกายของผู้ใช้โดยผู้ใช้นั้นต้องเพิ่มขนาดตลอดเวลา เมื่อหยุดใช้จะทำให้เกิดอาการขาดยา ผู้ใช้ยาเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ และทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพผู้นั้นด้วย

2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ให้ความหมายยาเสพติดให้โทษว่า หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใดๆที่เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ คือ ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีอาการขาดยาไม่ได้ มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง สุขภาพทั่วไปจะทรุดโทรมลง นอกจากนี้ ยังรวมถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็น/หรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ผลิตยาเสพติดให้โทษ ทั้งนี้ ตามรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมาย-รวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษผสมอยู่

3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ให้คำนิยามยาเสพติดให้โทษว่า หมายถึง ยาหรือสารเคมีใดก็ตามที่เมื่อบุคคลเสพหรือรับเข้าสู่ร่างกายด้วยการฉีด สูบ กิน หรือดม หรือวิธีอื่นๆติดต่อกันเป็นเวลานานหรือช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วก่อให้เกิดเป็นพิษเรื้อรัง ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมขึ้นแก่บุคคลผู้เสพและสังคม และทำให้ผู้เสพแสดงออกในลักษณะต่างๆกัน คือ มีความต้องการที่จะเสพยาชนิดนั้นๆต่อเนื่องไป มีความต้องการเพิ่มปริมาณของยามากขึ้น และมีภาวะเป็นการติดยาและอยากยาทั้งร่างกายและจิตใจ

การแบ่งประเภทยาเสพติดสามารถแบ่งได้หลายประเภท ในที่นี้จะกล่าวถึงการแบ่งประเภทยาเสพติดตาม แหล่งกำเนิด ประเภทที่บัญญัติโดยองค์การอนามัยโลก พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งมีสาระสำคัญโดยสังเขป ดังนี้ (สมาคมองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก [ASPAC-NGO], ม.ป.ป.: [http://www.aspacngo.org/thai/indexframe\\_thai.html](http://www.aspacngo.org/thai/indexframe_thai.html))

1. การแบ่งประเภทยาเสพติดตามแหล่งกำเนิด แบ่งเป็น กำเนิดจากการสังเคราะห์และกำเนิดจากธรรมชาติ
2. การแบ่งประเภทยาเสพติดตามองค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น ประเภทแอมเฟตามีน ประเภทแอลกอฮอล์ ประเภทโคเคน ประเภทกัญชา ประเภทกัท ประเภทยาสูบและยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ประเภทฝิ่น มอร์ฟิน และยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ประเภทหลอนประสาท และประเภทอื่นๆ
3. การแบ่งประเภทยาเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงและไม่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ผสมอยู่ ประเภทที่ 4 สารเคมีที่มีใช้ผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 และประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่ไม่ได้เข้าอยู่ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 4
4. การแบ่งประเภทยาเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แบ่งเป็น ประเภทกดประสาท เช่น ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน ประเภทกระตุ้นประสาท ประเภทหลอนประสาท และประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน

**ประวัติศาสตร์ยาเสพติดของประเทศไทย**เริ่มกล่าวถึงปัญหายาเสพติดเมื่อกษัตริย์สมัยอยุธยาทศวรรษที่ 14 ตระหนักว่าการสูบฝิ่นเป็นการทำลายพละกำลังไพร่พลของพระองค์ พ.ศ.1903 พระเจ้าอยู่หัวทรงตรากฎหมายลักษณะโจรเพื่อกำหนดให้ผู้สูบฝิ่นต้องรับโทษอย่างหนัก ในยุคต่อมาก็ยังออกกฎหมายเพื่อปราบปรามการสูบฝิ่นเรื่อยมา แต่การสูบฝิ่นยังคงมีอยู่ ไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด ในรัชสมัยรัชการที่ 3 กรุงรัตน โกสินทร์ ประมาณ พ.ศ.2367-2394 ชาวจีนเริ่มเข้ามาและนำฝิ่นเข้ามาด้วย เป็นผลให้ฝิ่นมีมากขึ้น พ.ศ.2395 รัชกาลที่ 4 จึงทรงตระหนักว่าการสูบฝิ่นไม่อาจปราบปรามด้วยกำลังได้ จึงออกกฎหมายอนุญาตให้สูบฝิ่นได้เฉพาะชาวจีนและมีการเก็บภาษีฝิ่น ยังผลให้ประเทศมีรายได้จากภาษีฝิ่นจำนวนมาก (ชงชัย อุ่นเอกลาภ, ม.ป.ป.: 10-11) ในเวลาอีกหลายทศวรรษต่อมา คณะปฏิวัติใน พ.ศ.2501 พิจารณาเห็นว่า การเสพฝิ่นเป็นที่น่ารังเกียจ เป็นอันตรายต่อผู้เสพ และประเทศต่างๆเลิกเสพแล้ว เห็นควรให้เลิกเสพและขายเสีย จึงมีประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2501 กำหนดดำเนินการให้เสร็จสิ้นเด็ดขาดภายในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2502 โดยประกาศให้ผู้เสพฝิ่นขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เสพภายในวันที่

31 ธันวาคม พ.ศ.2501 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2502<sup>7</sup> ห้ามขายฝิ่นแก่ผู้ไม่มีใบอนุญาตให้เสพ ยุก เล็กร้านขายฝิ่นภายในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2502 และให้กระทรวงสาธารณสุขและ กระทรวงมหาดไทยตั้งสถานบำบัดรักษาขึ้น ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2502 ผู้กระทำผิดฐานเสพ ฝิ่น นอกจากต้องรับโทษตามกฎหมายแล้ว ยังต้องถูกส่งไปบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาไม่เกิน 90 วัน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป.: <http://www.oncb.go.th/c1-oncb.htm>) ผลดำเนินงานปรากฏว่ามีผู้ติดยาฝิ่นมาขึ้นทะเบียนทั้งสิ้นถึง 70,985 คน นับจากวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2502 ฝิ่นจึงเป็นสิ่งผิดกฎหมายและรัฐบาลต้องจัดสถาน บำบัดรักษาขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป.: <http://www.oncb.go.th/c1-oncb.htm>)

ปัจจุบัน ผลจากการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ทำให้ประเทศไทยที่เคยมียาเสพติด แพร่ระบาดมากมาย เช่น โคเคน ยาดีไซเนอร์ เฮโรอีน ฝิ่น เฮโรอีน กัญชา ใบกระท่อม LSD เห็ดขี้- เม่า ยาบ้า ยาเค มีปัญหาหายาเสพติดลดลง (สมาคมองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด ภูมิภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก [ASPAC-NGO], ม.ป.ป. : [http://www.aspacngo.org/thai/indexframe\\_thai.html](http://www.aspacngo.org/thai/indexframe_thai.html)) สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ประชากรโลกติด ยาเสพติดลดลงเหลือประมาณร้อยละ 3 หรือประมาณ 185 ล้านคน หลังจากมีผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น มากในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา (United Nations Information Service, 2004 อ้างถึงใน สมาคม องค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภูมิภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก [ASPAC- NGO], ม.ป.ป.: [http://www.aspacngo.org/thai/acrobat/Even\\_asiaAnd\\_thai/Even\\_June.pdf](http://www.aspacngo.org/thai/acrobat/Even_asiaAnd_thai/Even_June.pdf)) อย่างไรก็ตามสถาบันวิจัยระบุว่า ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ.2544-2545 โดย พ.ศ.2544 ผู้เสพยาเสพติดมี 1.7 ล้านคน และมีผู้ติดยาเสพติด 8.9 แสนคน และ พ.ศ.2545 ผู้เสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 2.3 ล้านคน และผู้ติดยาเสพติดมี 7.6 แสนคน ซึ่งเป็นที่น่าสังเกต ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษามีน้อยมาก คิดเป็นเพียงร้อยละ 2.3 ที่เป็นเช่นนี้

<sup>7</sup> วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2502 คณะปฏิวัติยังได้มีคำสั่งประกาศฉบับที่ 37 เรื่อง การก่อตั้งสถานบำบัดรักษา แห่งแรก ชื่อว่า “สถานสงเคราะห์ผู้ติดยา” โดยตั้งอยู่ที่ย่านรังสิต จังหวัดปทุมธานี ประมาณ 42 กิโลเมตรทาง เหนือของกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบำบัดรักษาเปิดที่รับผู้ติดยาแบบสมัครใจ สามารถรับผู้ป่วยยาเสพติดได้ มากถึง 1,000 คน และดำเนินงานโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ซึ่งตามประวัติ วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2505 สถานบำบัดรักษานี้ได้แบ่งความรับผิดชอบเป็น 2 ส่วน แยกกัน คือ โรงพยาบาลยาเสพติด(ดำเนินงาน โดยกรมการแพทย์เพื่อถอนพิษยาเสพติด) และสถานพักฟื้นผู้เสพยาเสพติดให้โทษ (ดำเนินการ โดยกรม ประชาสงเคราะห์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ) วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2507 ได้โอนกลับให้กรมการแพทย์ดูแล โปรแกรม การบำบัดรักษาทั้งหมด และ พ.ศ.2508 คณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดให้โทษได้จัดสรรเงินเพื่อสร้าง โรงพยาบาลยาเสพติดถาวรในเขตภาคกลาง ปัจจุบันมีสถานบำบัดรักษามากกว่า 190 แห่ง โดยได้รับอนุญาตจาก กระทรวงสาธารณสุขทั้งแบบผู้ป่วยยาเสพติดในและผู้ป่วยยาเสพติดนอก และอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการ แพทย์ (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, ม.ป.ป.: 20-21)

ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ติดยาเสพติดอาจยังไม่เข้ารับการบำบัดรักษาหรือมีทางเลือกในการเข้ารับการบำบัดรักษาจากแหล่งอื่นๆ เช่น บำบัดรักษาในโรงเรียน บำบัดรักษาในวัด บำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดและสถาบันธัญญารักษ์, 2546: 23)

นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศไทยกำหนดแนวทางไว้ 3 ประการ คือ การลดการแพร่ระบาดของสารเสพติด การป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เสพยาเสพติด และการลดผู้เสพยาเสพติด (ธงชัย อุ่นเอกลาภ, ม.ป.ป.: 15) ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมยาเสพติด พ.ศ.2519 ซึ่งประกาศใช้ในปีเดียวกันและมีผลให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด คณะกรรมการมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน กรรมการอื่นๆประกอบด้วยรัฐมนตรีมหาดไทย รัฐมนตรีศึกษาธิการ รัฐมนตรีสาธารณสุข อธิบดีกรมศุลกากร อัยการสูงสุด และกรรมการอีก 6 ท่านจากการแต่งตั้งของคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นหน่วยงานกลางระดับชาติที่กำหนดนโยบายและมาตรการผลักดันการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เป็นเอกภาพทุกหน่วยงาน

ภายหลังจากที่รัฐบาลของ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เข้าบริหารราชการแผ่นดินและแถลงนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด<sup>33</sup>ต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2546 ก็ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวทันทีตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 119/2544 อีกทั้งได้ดำเนินงานตามกรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 (เกี่ยวกับยาเสพติด) และแผนแม่บทเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ.2545-2549 ดังนี้ (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, ม.ป.ป.: <http://www.police.go.th/drag.html>)

1. นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดที่แถลงต่อรัฐสภา (มีทั้งการแปรนโยบายสู่การปฏิบัติ<sup>34</sup>และยุทธศาสตร์สำคัญ<sup>35</sup>) แบ่งเป็น นโยบายเร่งด่วน (การเร่งรัดตั้งสถานบำบัดรักษาขึ้นควบคู่กับการ

<sup>33</sup> ภายใต้กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งแบ่งเป็น 1) กฎหมายเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2) กฎหมายเกี่ยวกับมาตรการควบคุมยาเสพติด วัดดูออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย และเคมีภัณฑ์ที่ใช้ผลิตยาเสพติด 3) กฎหมายว่าด้วยมาตรการเฉพาะด้าน 4) ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง 5) รวมกฎหมายยาเสพติด ฉบับปรับปรุงใหม่ และ 6) กฎหมายอื่นๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ม.ป.ป.: <http://www.oncb.go.th/c1-oncb.htm>)

<sup>34</sup> แบ่งเป็น การควบคุมตัวยาเสพติด การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด (คือ การกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบให้เชื่อมโยง ประสาน และสอดคล้องกัน การศึกษาและประมาณจำนวนผู้ติดยาเสพติด การแก้ไขกฎหมายให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การให้ความรู้เพื่อพัฒนาอาชีพผู้ป่วยยาเสพติด การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยยาเสพติด และการจัดเตรียมสถานบำบัดรักษาและประมาณค่าใช้จ่าย) การป้องกันยาเสพติด และการแปลงแผนและติดตามผล

<sup>35</sup> คือ ยุทธศาสตร์หลังแผ่นดิน แบ่งเป็น การปลูกฝังแผ่นดินและป้องกันยาเสพติด การควบคุมยาเสพติดและสารเคมี การปราบปรามยาเสพติด การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด (คือ การทำลาย โครงข่ายยาเสพติดด้วยการแยกผู้ติดยาเสพติดออกมาบำบัดรักษา) การข่าว การอำนวยความสะดวกและประสานงานปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ และการวิจัย พัฒนา และติดตามและประเมินผล

ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด) นโยบายความมั่นคงแห่งรัฐ นโยบายพัฒนาภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร และนโยบายสร้างสังคมให้เข้มแข็ง

2. กรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 (เกี่ยวกับยาเสพติด) แบ่งเป็น การเน้นแก้ไขปัญหายาเสพติดในลักษณะองค์รวมและครบวงจรที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและยึดพื้นที่เป็นเป้าหมายเพื่อการดำเนินงานป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การเน้นการเร่งรณรงค์และสร้างกระแสสังคมให้ตระหนักถึงพิษภัยยาเสพติดและมีจิตสำนึกร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง การเน้นความสำคัญเป็นพิเศษกับการป้องกันยาเสพติด การเน้นระดมสรรพกำลังและบูรณาการแผนงาน โครงการ กิจกรรม และทรัพยากรที่ใช้ในพื้นที่เป้าหมาย การเน้นสร้างเอกภาพเชิงนโยบายและบริหารจัดการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การเน้นสร้างความเข้มแข็งกับครอบครัว ชุมชน และสถาบันทางสังคมให้มีพลังและบทบาทเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและปัญหาสังคมอื่นๆมากขึ้น และการเน้นสร้างความร่วมมือกับต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศในเชิงรุก

3. แผนแม่บทเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แบ่งเป็น ยุทธศาสตร์การข่าว ยุทธศาสตร์การควบคุมยาเสพติดและสารเคมี ยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด (คือ การจำแนกกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน การสร้างแรงจูงใจและบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การติดตาม ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ และการพัฒนาบุคลากรแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เกี่ยวข้อง) ยุทธศาสตร์การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม ยุทธศาสตร์การปราบปรามยาเสพติด ยุทธศาสตร์การปลูกฝังแผ่นดินและป้องกันยาเสพติด ยุทธศาสตร์การวิจัย พัฒนา และติดตามประเมินผล ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ และยุทธศาสตร์การอำนวยการและประสานงาน

### แนวคิดในการศึกษา

ผลกระทบจากการติดยาเสพติดมีทั้งผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ ซึ่งปัญหายาเสพติดสามารถมองได้ 4 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบศีลธรรมและกฎหมาย แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับยา โดยเป็นการจำแนกยาออกเป็นชนิดที่ปลอดภัยและชนิดที่อันตรายที่ถูกลงโทษและไม่ถูกลงโทษ 2) รูปแบบสุขภาพอนามัย แนวคิดนี้มองปัญหายาเสพติดว่าเป็นเรื่องของสุขภาพอนามัยหรือเป็นโรคภัยไข้เจ็บ และมองว่ายาที่ก่อผลให้คนคิดได้เป็นปัญหาที่น่าหนักใจมากกว่าอันตรายของยา 3) รูปแบบจิตวิทยาและสังคม แนวคิดนี้คำนึงถึงความแตกต่างของจำนวนยาที่ใช้ แบบของการใช้ ประโยชน์ต่างๆที่ได้จากการใช้ ตลอดจนผลที่แตกต่างกันตามแบบที่ใช้และ

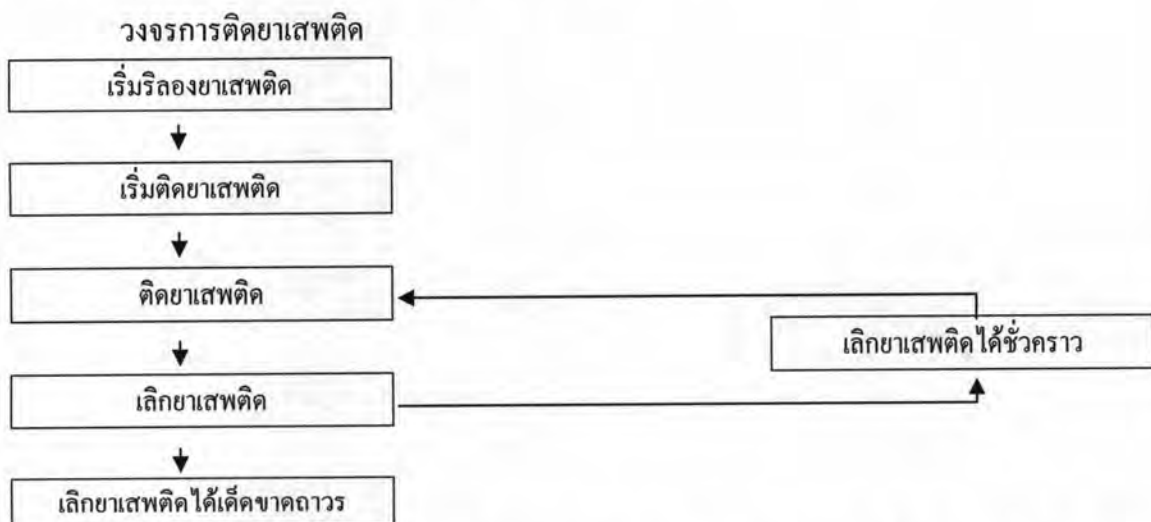
บุคคลที่ใช้ และ 4) รูปแบบสังคมและวัฒนธรรม แนวคิดนี้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (นักรบ หล่อมวัฒน์, 2535, 15-17)

การติดยาเสพติดมีสาเหตุหลายประการผสมกัน แต่ยังไม่สามารถสรุปอย่างชัดเจนได้ว่าสาเหตุที่แท้จริงมาจากไหน (ปรกรณ์ ศิริยง, ม.ป.ป.: 25-39) โดย กิติมา อมรทัตติ (2530) ได้อธิบายว่าคนเราใช้ยาเสพติดด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ เพื่อช่วยให้ตัวเราอยู่ในสภาพที่เราคิดว่าเป็นปกติ คือเพื่อรักษาโรคและปิดเป่าความเจ็บปวดให้หาย หรือ ไม่ก็ใช้ยาเสพติดเพื่อปลดปล่อยตัวเราจากสภาพปกติ คือ เพื่อให้รู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา หรือสบายขึ้น เพื่อเปลี่ยนอารมณ์หรือการรับรู้ ซึ่งสาเหตุการติดยาเสพติดอาจมาจากสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตใจหรือความอ่อนไหวทางอารมณ์ สุพัตรา สุภาพ (2539: 63) ได้อธิบายเพิ่มเติมอีกว่า 1) ปัญหาเสพติดในเมืองจะมีมากกว่าในชนบท โดยคนจนจะติดยาเสพติดมากกว่าคนรวยและคนชั้นกลาง แต่ก็มีปรากฏว่า ในสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่ดีก็อาจมีคนไม่ติดยาเสพติด 2) ในชุมชนบางแห่ง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยึดประเพณีนิยมเสพยาเสพติด คนไม่ได้เสพยาเสพติดเพราะติดหรือทุกข์ใจ แต่เพราะกลุ่มเสพหรือเป็นค่านิยมของกลุ่ม และ 3) การเสพยาเสพติดเป็นการปลดปล่อยความทุกข์ ความอึดอัดใจ ความเจ็บปวด หรือเป็นเพราะความอยากทดลอง

หนทางสู่การเลิกยาเสพติด (Road Map for Recovery) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน วนเวียนและยากลำบาก รูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้ผลและเป็นวิทยาศาสตร์ต้องเป็นการสร้างพฤติกรรมใหม่ให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อีกครั้งและสามารถบำรุงรักษาพฤติกรรมใหม่ให้อยู่ต่อไปให้นานพอ การบำบัดรักษาให้เลิกยาเสพติดจึงต้องใช้เวลา ซึ่งอย่างน้อยประมาณ 3 เดือน (วิโรจน์ วีรัชย์, ม.ป.ป.: 116-127) แต่ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดรักษาบางกลุ่มอาจติดยาเสพติดซ้ำได้ เนื่องจากการติดยาเสพติดซ้ำเป็นขบวนการที่เป็นลูกโซ่ที่มีความสลับซับซ้อน ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงวันเดียว ต้องอาศัยขบวนการที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล การดำเนินการแก้ไขจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ซึ่งการติดยาเสพติดซ้ำเกิดจากสิ่งเร้า วิธีป้องกันจึงต้องแทรกความคิดที่เป็นปัจจัยการติดยาเสพติดซ้ำ เช่น ฝึกต่อสู้กับสิ่งเร้าให้ได้ สำหรับลักษณะการติดยาเสพติดซ้ำ แบ่งเป็น การมีบุคลิกภาพที่ส่งผลให้ติดยาเสพติดซ้ำ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดยาเสพติดซ้ำ และสถานการณ์เสี่ยง รูปแบบการติดยาเสพติดซ้ำจึงมี 3 ลักษณะ คือ 1) เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง เช่น มีความรู้สึกผิดหวังอย่างรุนแรง 2) การที่บุคคลคาดหวังว่าสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ เช่น บุคคลที่ผ่านการเข้ารับการบำบัดรักษามีความคิดว่าสามารถเลิกเสพยาเสพติดจึงดำรงชีวิตด้วยความประมาท และ 3) การใช้ทักษะความเคยชินในการแก้ไขปัญหา เช่น ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการตัดสินใจ



พฤติกรรมการศึกษาเสพติดซ้ำเป็นเรื่องที่ได้ถูกวางเงื่อนไขไว้แล้วหลายๆกรณีและภายใต้สิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่เหมาะสมที่ทำให้กลับไปเสพติดซ้ำได้ทันที ตัวอย่างภาวะเงื่อนไขที่ทำให้ผู้เลิกยาเสพติดได้แล้วต้องติดยาเสพติดซ้ำ เช่น เมื่ออยู่ภายใต้อิทธิพลกลุ่มเพื่อนหรือแถวละแวกบ้านที่ติดยาเสพติด เมื่ออยู่ภายใต้บรรยากาศความเครียดที่เคียดชังทำให้เสพยาเสพติด เมื่ออยู่ภายใต้บรรยากาศที่จำเจ เหงา ขาดกิจกรรม เบื่อ หรือเซ็ง เมื่อมีตัวกระตุ้นผ่านเข้ามา อาทิ ได้เห็น ได้ดม ได้ยินคำเชิญชวน ได้สัมผัส หรือถูกหยิบยื่นยาเสพติดให้ แม้วัสดุ อุปกรณ์ หรือซากหลงเหลือจากการเสพก็ล้วนเป็นตัวกระตุ้นได้เป็นอย่างดี ซึ่งทางการแพทย์ถือว่าการติดยาเสพติดซ้ำเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมซ้ำหรือกระทำซ้ำในเรื่องการเสพยาเสพติดทั้งที่ทราบดีว่าเป็นสิ่งไม่ดี เมื่อพิจารณาวงจรการติดยาเสพติด พบว่า วงจรการติดยาเสพติดซ้ำที่สำคัญ คือ กระบวนการจากวงจรการติดยาเสพติด ไปสู่วงจรการเลิกยาเสพติดและไปสู่วงจรการเลิกยาเสพติดชั่วคราว โดยจุดหักเหที่น่าสนใจในการเลิกยาเสพติดชั่วคราวเป็นการทำให้ผู้ติดยาเสพติดบางกลุ่มไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ปัจจัยสำคัญในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวรเด็ดขาดจึงต้องเป็นความตั้งใจแน่วแน่และความมุ่งมั่นที่จะเลิก (สันชัย วสุนธรา, 2544) สำหรับประเภทผู้ติดยาเสพติดสามารถจำแนกได้เป็นผู้ริเริ่มลองเสพเพียงชนิดเดียว ผู้เริ่มติดยาเสพติดใหม่ๆ ผู้เริ่มเวียนว่ายติดยาเสพติดซ้ำ และผู้ติดยาเสพติดเป็นประจำ ไม่สามารถเลิกได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สนใจผู้ติดยาเสพติดในระดับ 3 ที่กลับไปติดยาเสพติดซ้ำ (ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ) แม้จะติดยาเสพติดซ้ำเป็นครั้งแรก โดยการติดยาเสพติดซ้ำครั้งที่ 2 จะง่ายกว่าการติดยาเสพติดซ้ำครั้งแรก และครั้งที่ 3 ก็ง่ายกว่าการติดยาเสพติดซ้ำครั้งที่ 2 เรียกว่า วัฏจักรของการติดยาเสพติดซ้ำ



รายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษา ยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในสถานบำบัดรักษาที่ กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 64.6 และร้อยละ 46.4 ตามลำดับ ส่วนผลการศึกษาของสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์

พ.ศ.2547 เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 18.5<sup>11</sup> สอดคล้องกับผลงานวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ของ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) และ สุชาดา ทิมอุดม (2538) ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่ติดยาเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากที่สุด ผู้ป่วยยาเสพติดมีไม่น้อยที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดเก่าหมุนเวียน และผู้ป่วยยาเสพติดชายเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่ 5-8 มีมากที่สุด ส่วน พรศิริ ชาติยานนท์ (2520 อ้างถึงใน กรรณิกา หลักกรุด และ วรรณยา ลากเจริญ, 2539) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสำนักถ้ากระบอ มีประวัติเคยรับการบำบัดรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งส่วนมากกลับไปเสพยาเสพติดทันทีที่ออกจากสถานบำบัดรักษา ส่วนที่เหลือกลับไปเสพยาในระยะเวลา 3-7 ปี ผลงานวิจัยที่สอดคล้องยังพบอีกว่า วัยรุ่นส่วนมากกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (ชาญคณิต ก. สุริยะมณี และคณะ, 2529) ผู้ติดเฮโรอีนส่วนมากเคยผ่านการบำบัดรักษาตั้งแต่ 1-5 ครั้ง (วรรณิ พิริยะจิตรา, 2525) กลุ่มตัวอย่างที่พิสมัย คู่พิทักษ์ และคณะศึกษาส่วนมากกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (พิสมัย คู่พิทักษ์ และคณะ, 2524 อ้างถึงใน จำเนียร แบ้กระโทก รัชนิพร จันทรมณี และ อำพร คำตา, 2544) และผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อออกจากสถานบำบัดรักษาอาจกลับไปเสพยาเสพติดใหม่ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2520 อ้างถึงใน วิทยา มณีสุธรรม, 2523)

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ติดยาเสพติดซ้ำเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ บุคคลที่มีสถานะสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้นน่าจะสามารถกลับมาสร้างประโยชน์ให้กับสังคมต่อไปได้ สำหรับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับแต่ละศาสตร์และมีจุดเน้นแตกต่างกัน โดยอาจมีจุดเน้นที่ปัจจัยภายในบุคคล (Intra-person) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Inter-person) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environment) นอกจากนี้ แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ยังกล่าวถึงปัจจัยตัวผู้เสพ (Host) ปัจจัยยาเสพติด (Drug) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environment)<sup>12</sup>

**แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2541)**

คำจำกัดความที่ได้จากการประชุม ณ กรุงออตตาวา (Ottawa Charter) ใน ค.ศ.1986 ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการของการทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มพลังอำนาจในการ

<sup>11</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.10 และตารางที่ 1.11 (หน้า 122-123)

<sup>12</sup> ทฤษฎีการติดยาเสพติด แบ่งเป็น 4 กลุ่มทฤษฎี คือ 1) กลุ่มทฤษฎีที่เชื่อว่าการติดยาเสพติดเป็นเพราะจิตใจ หากจิตใจแข็งก็จะสามารถหายได้ หากจิตใจไม่แข็งก็จะติดยาเสพติดซ้ำ กลุ่มทฤษฎีที่ 2) เชื่อว่า บุคคลติดยาเสพติดเพราะสังคมหรือสิ่งแวดล้อมเป็นเหตุ โดยสภาพสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ติดยาเสพติดและติดยาเสพติดซ้ำ กลุ่มทฤษฎีที่ 3) เป็นการนำกลุ่มทฤษฎีที่ 1 และกลุ่มทฤษฎีที่ 2 รวมกัน ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นำไปใช้ในสถานบำบัดรักษา และกลุ่มทฤษฎีที่ 4 เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับชีวเคมีที่ถือว่า การติดยาเสพติดเป็นการไม่สมดุลของการสันดาปหรือเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์ในร่างกายส่วนประสาทที่เสื่อมลง ทำให้ต้องใช้เวลาจึงสามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ตามปกติ

ควบคุมและปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง คำจำกัดความนี้ได้ระบุถึงจุดหมายและขอบข่ายการส่งเสริมสุขภาพ ขณะที่คำจำกัดความอื่นๆ ได้ระบุเฉพาะยุทธวิธีและองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพ เช่น Green และ Kreuter ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันที่น่าไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยภาพรวม คำจำกัดความนี้ได้เน้นความสำคัญขององค์ประกอบสุขภาพที่ยึดหลักหรือยุทธวิธีด้านการศึกษาเป็นแกนในการดำเนินกิจกรรมที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพได้นำไปสู่ความสุข สำหรับคำจำกัดความอื่นๆ เช่น Murray และ Zentner ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกลุ่มกิจกรรมที่ช่วยยกระดับของสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และสังคม ได้ประจักษ์ในศักยภาพด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจึงมีลักษณะที่เป็นธรรมชาติที่เป็นพหุมิติ โดยบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน จะพากันไปสู่สภาวะการมีค่านิยมในทางบวกกับการมีสุขภาพดี

นอกจากนี้ Kaplan, Sallis และ Patterson ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า คือความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่า ประชากรที่มีสุขภาพดีต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมการมีสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต ซึ่งยังมีแนวคิดที่มีข้อเสนออีกว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการจัดการศึกษาทางสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับองค์กรทางการเมืองและเศรษฐกิจให้เอื้ออำนวยกับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมบุคคลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงหรือป้องกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามคำจำกัดความของแนวคิดส่งเสริมสุขภาพได้สะท้อนถึงความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจของแต่ละบุคคลและวิชาชีพต่อแนวคิดรวบยอดในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน โดยผู้ให้คำจำกัดความในแต่ละยุคสมัยได้แสดงจุดยืนของเป้าหมาย จุดมุ่งหมาย และขอบเขตเนื้อหาสาระที่มีจุดเน้นแตกต่างกันออกไป

ในแต่ละปีประเทศต่างๆ ได้จ่ายเงินจำนวนมหาศาลเพื่อรักษาและปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่า ลักษณะ โครงสร้างทางสังคม สภาพการดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ สถาบันทางการเมือง กฎหมาย วัฒนธรรม รวมถึงสิ่งแวดล้อม เป็นระบบที่มีส่วนสนับสนุน ชัยบัง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยวิวัฒนาการของแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพได้เพิ่มความสลับซับซ้อนในการวิเคราะห์รูปแบบ รวมถึงการขยายขอบข่าย ยุทธวิธี และการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความน่าเชื่อถือ นับตั้งแต่การสาธารณสุขได้พัฒนาขึ้นเป็นศาสตร์ การผสมผสานแนวคิดได้เริ่มจุดประกายในรูปของนโยบายและแผนงานต่างๆ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นอิทธิพลจากค่านิยม ความเชื่อ และการยึดถือแนวคิดปรัชญาในด้านมนุษยนิยมที่ศึกษาความสำคัญของปัจเจกบุคคลเป็นองค์รวม ทำให้มีความหลากหลายของปรัชญา ทฤษฎี และแนวคิดรวบยอด รวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ ภายใต้งานสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ปัจจุบันขอบข่ายและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจึงมีมิติความสลับซับซ้อน กว้างขวาง ลึกซึ้ง และมี

พลวัต แตกต่างไปจากเดิม โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นการรวมองค์ประกอบและโครงสร้างเชิงระบบที่เป็นการผสมผสานศาสตร์ต่างๆ เช่น ชีวการแพทย์ วิทยาการจัดการ พฤติกรรมศาสตร์ การศึกษา จิตวิทยา เข้าไว้ด้วยกันเพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีอันเป็นจุดหมาย ยิ่งไปกว่านั้น การส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ สังคมควรมีความสงบสุข ประชาชนมีความสุข บ้านเมืองมีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับหลายสิ่งที่อยู่ในการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ซึ่งโดยรวมเป็นองค์ประกอบความสัมพันธ์ระหว่างคน สิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพ

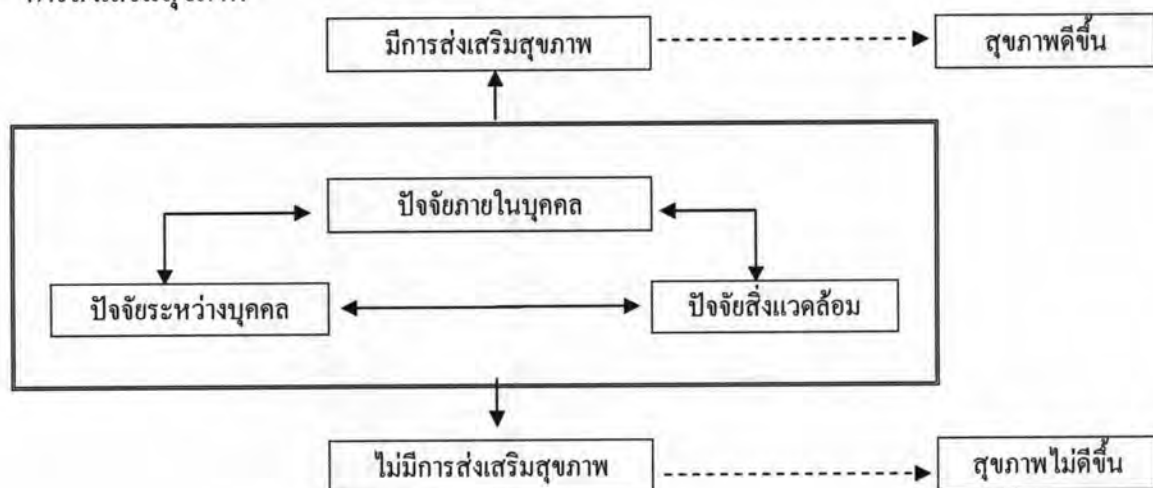
การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อนและมีหลายมิติ ขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะบุคคลเท่านั้น มีทั้งมาตรการสุขศึกษา มาตรการป้องกันสุขภาพ และมาตรการคุ้มครองสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมมนุษย์มีลักษณะเช่นเดียวกับพฤติกรรมอื่นๆ ที่ถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว การตอบสนองจึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเชิงบวก (สุขภาพดีขึ้น) หรือเชิงลบ (สุขภาพไม่ดีขึ้น) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล คือ บุคลิกลักษณะซึ่งอยู่ภายใต้สติปัญญาและความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่ปรากฏออกมาในรูปแบบความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ ความตั้งใจ และความสามารถในการปฏิบัติที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ค่านิยม พันธุกรรม รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ กระบวนการระหว่างบุคคลและการรวมตัวเป็นกลุ่มบุคคล โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะสังคม สนับสนุนรูปแบบและบทบาทอันเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรมกลุ่ม เช่น การปฏิสัมพันธ์กับญาติพี่น้องเพื่อนฝูง

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม คือ สิ่งต่างๆ ที่มีลักษณะทางกายภาพและชีวภาพที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้น เช่น สังคม ที่อยู่อาศัย ชุมชนที่อยู่ ประเทศที่อยู่

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับการส่งเสริมสุขภาพ



แผนภูมิข้างต้นแสดงว่า ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ หากพิจารณาว่า การเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดซ้ำเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ กรอบแนวคิดข้างต้นนี้ก็สามารถนำมาปรับใช้เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆทั้ง 3 ปัจจัยที่จะมีผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดซ้ำได้ โดยอาจถือได้ว่า ผู้ติดยาเสพติดซ้ำที่เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ เป็นการส่งเสริมสุขภาพอีกครั้ง

แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย แนวคิดนี้ได้มีผู้อธิบายไว้หลายคน เช่น สุตินดา จันทระเสนา (2546: 12-16) สันชัย วสุนทรธา (2544: 25-35) สุโชนัยะ ยศคำ และจันจิรา รอด-สงค์ (2544: 9-11) กาญจนา ชนุธรรมย์ (2543: 14-15) วลัยภรณ์ อนันตรังสี (2542: 15-20) ผ่องพรรณ อินเล็ก (2542) อรรณพ วิสุทธีมรรค (2541) ขวัญตา ไผ่หยกงาม และคณะ (2529: 7) มีเนื้อหาสรุปได้ดังนี้

สาระสำคัญของแนวคิดนี้ ก็คือ ปัจจัยบุคคล ปัจจัยยาเสพติด และปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย หากพิจารณาการติดยาเสพติดซ้ำว่า เป็นสถานะหนึ่งของการเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพไม่ดี ปัจจัยต่างๆทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวก็จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ ซึ่งผลจากการทบทวนงานวิจัยต่างๆแสดงว่า องค์ประกอบเหล่านี้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน หากมีเพียงองค์ประกอบเดียวก็จะไม่เกิดปัญหาขึ้น ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าวมีสาระสำคัญดังนี้

### 1. ปัจจัยบุคคล

มนุษย์เราทุกคนย่อมมีความบกพร่องในทางร่างกายและจิตใจ ยิ่งโดยเฉพาะในสังคมที่มีความสับสนวุ่นวาย และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ความผิดปกติจะมีมากขึ้นได้ง่าย ในกรณีของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาสำเร็จแล้วแต่กลับไปเสพยาเสพติดอีกนั้น จะมีผลต่อสภาพของร่างกายและจิตใจดังนี้

- สภาพของร่างกาย เป็นสาเหตุที่ทำให้คนติดยาเสพติดประการหนึ่ง โดยอาจเนื่องจากการเจ็บป่วยทางร่างกายและการใช้ยาบำบัดรักษา เช่น ชาวเขาใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรคเพราะสามารถลดความเจ็บปวดและความทรมานได้ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยในร่างกาย อาทิ กระดูกหัก นิ้วในไต เนื่องจากหากอยู่ห่างไกลแพทย์หรือไม่สามารถมาหาแพทย์ได้ก็อาจหาทางช่วยเหลือตนเองด้วยการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดและติดยาในที่สุด แพทย์สั่งยาระงับปวดหรือยารักษาโรคบางชนิดโดยขาดความระมัดระวังทำให้ผู้ป่วยติดยา การซื้อยาใช้เอง การใช้ยาบางชนิดบ่อยๆก็เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การติดยาเสพติด

- สภาพของจิตใจ หรือความบกพร่องในจิตใจที่อาจเกิดจากการเลี้ยงดูของบิดามารดาหรือความพิการทางร่างกายก็อาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้เช่นเดียวกับปัญหาทางจิตที่เป็น

ต้นเหตุปัญหาทางกายได้ เช่น แพทย์ตรวจไม่พบอาการของโรคแต่อย่างใด แต่บุคคลมีความรู้สึกว่ามีปัญหาป่วยด้วยโรค เมื่อค้นหาสาเหตุอย่างละเอียด พบว่า มีปัญหาทางจิต จึงกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ของความผิดปกติทางจิตใจเป็นผลต่อเนื่องไปถึงบุคลิกภาพที่ผิดปกติได้ โดยมีผลในทางที่จะเป็นแนวโน้มการใช้ยาเสพติดเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้หมดไป อาทิ คนพิการหรือคนที่มีโรคประจำตัว ยาเสพติดอาจช่วยขจัดปมด้อยในความพิการได้หรือช่วยระงับความเจ็บปวดจากความป่วยได้ เพราะคุณสมบัติอย่างหนึ่งของยาเสพติด คือ การมีลักษณะในการกดประสาท (Depressant) และกระตุ้นประสาท (Stimulant)

- สาเหตุอื่นๆ เช่น อยู่ใกล้ชิดกับยาเสพติด คบค้าสมาคมหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติด หนีความทุกข์ทางใจ อยากรู้ อยากเห็น ต้องการหนีจากสภาพความเป็นจริง เป็นเด็กเกเรหรือพวกอันธพาล

## 2. ปัจจัยยาเสพติด

ยาเสพติดถือว่าเป็นต้นกำเนิดของปัญหาอย่างแท้จริง หากไม่มียาเสพติดปัญหาสังคมต่างๆ น่าจะลดลงได้มาก ซึ่งยาเสพติดมีคุณลักษณะสำคัญ คือ มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางหรือสมองและทำให้เกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้มอารมณ์ดี ฤทธิ์ยาเสพติดดังกล่าวเรียกว่า Euphoria โดยเป็นฤทธิ์ที่ทำให้ขาดยาเสพติดไม่ได้ เนื่องจากเมื่อเสพจะมีความรู้สึกพึงพอใจ ขณะที่เมื่อไม่ได้เสพยาจะมีอาการทรมานทรมาย (ยาเสพติดมีฤทธิ์ทางเวชวิทยาที่พื้นฐานเหมือนกับยาทั่วไป เพียงแต่มีฤทธิ์ในการติดมากกว่า ซึ่งผลยาเสพติดต่อร่างกายขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับ) นอกจากนี้ ยาเสพติดยังเป็นสิ่งที่ยกให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการระงับโรคบางอย่างได้ ขณะเดียวกันหากใช้เป็นเวลานานจะส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้ การเสพยาเสพติดยังทำให้อารมณ์ดี มีความสุข ไม่เจ็บไม่ปวดตามร่างกายชั่วคราวเท่านั้น เมื่อหยุดเสพยาอาจจะทำให้มีอาการซึม นอนไม่หลับ ไม่มีแรง และทำให้ต้องกลับไปเสพยาอีกครั้ง

## 3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

การที่บุคคลจะติดยาเสพติดได้จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการติดยาเสพติด ทั้งสิ่งแวดล้อมในระดับครอบครัว ในระดับชุมชน หรือในระดับประเทศ โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดยาเสพติดแบ่งได้ดังนี้

- สิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน เช่น ครอบครัวที่ไม่มีความสุข สมาชิกในครอบครัวมีความเครียด ครอบครัวแตกแยก

- สิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อชักนำ เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีการเสพยาเสพติดและซื้อขายยาเสพติด ทำให้บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนี้มีความเคยชินกับยาเสพติดและการเสพยาเสพติดว่า เป็นเรื่องธรรมดา อาทิ บุตรเห็นบิดาสูบบุหรี่บ่อยๆจึงเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาและอาจเลียนแบบได้ สิ่งแวดล้อมที่มีแหล่งมั่วสุ่มและแหล่งอบายมุข อาทิ ชุมชนที่เปิดโอกาสให้บุคคลใช้เวลาว่างในทางที่ผิด สิ่งแวดล้อมที่มีคนติดยาเสพติดจะเกิดการชักชวนให้เสพยาเสพติดได้ง่าย

- สิ่งแวดล้อมที่มีการชักจูง มักเกิดขึ้นกับสังคมที่เสื่อมโทรม ไม่มีการกำจัดหรือการระบายยาเสพติด ขาดการให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สังคมไม่เกิดทัศนคติและค่านิยมในทางที่ถูกต้องต่อยาเสพติด ขาดการพัฒนาด้านจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ เป็นสิ่งแวดล้อมที่เข้าสู่ความกดดัน นอกจากนี้ ยังรวมถึงการเป็นสังคมนิยมวัตถุ ขาดแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนาและศีลธรรม ชุมชนขาดความเข้มแข็ง ขาดความสามัคคี ชุมชนแออัด อยู่กันอย่างยากจน การศึกษาน้อย มีแหล่งมั่วสุม อบายมุข สังคมวุ่นวาย ประชาชนไม่มีระเบียบวินัย และประชาชนไม่เคารพกฎหมาย

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ อธิบายว่า ปัจจัยบุคคล ปัจจัยยาเสพติด และปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ โดยการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำเป็นการส่งเสริมสุขภาพอีกครั้ง ส่วนแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยอธิบายเพิ่มเติมว่า สาเหตุการติดยาเสพติดซ้ำมาจากปัจจัยบุคคล ปัจจัยยาเสพติด และปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยเมื่อผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาติดยาเสพติดซ้ำจะทำให้เจ็บป่วยอีกครั้ง ขณะที่เมื่อผู้ติดยาเสพติดซ้ำเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำก็จะทำให้มีสุขภาพดีขึ้น จากแนวคิดทั้ง 2 การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถจัดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด ภายใต้อิทธิพลของทฤษฎีของสถาบันธัญญารักษ์ได้ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึง ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยยาเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา และสถานภาพสมรส ของผู้ป่วยยาเสพติด
2. ปัจจัยระหว่างบุคคล หมายถึง บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยยาเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัวและบุคคลที่อยู่ด้วยก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด
3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของผู้ป่วยยาเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยยาเสพติด
4. ปัจจัยยาเสพติด หมายถึง สิ่งที่ทำให้เกิดการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องหรือเจ็บป่วยซึ่งก็คือยาเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ยาเสพติดที่เสพและลักษณะการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด

แรงจูงใจมาจากคำกริยาในภาษาลาตินว่า Movere หมายถึง เคลื่อนไหว ซึ่งมีความหมายตรงกับภาษาอังกฤษว่า To move หมายถึง สิ่งที่น่ากลัวหรือชักนำให้บุคคลเกิดการกระทำหรือปฏิบัติการ (To move a person to a course of action) โดยแรงจูงใจเป็นเงื่อนไขหรือสภาวะที่ทำให้เกิดพฤติกรรมหนึ่งๆ ไปยับยั้งหรือไปกำหนดแนวทางให้พฤติกรรมที่แสดงออก แรงจูงใจยังหมายถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อินทรีย์แสดงพฤติกรรมตามความต้องการหรือตามจุดหมายปลายทางที่วางไว้ โดยมีลักษณะให้พลังอินทรีย์แสดงพฤติกรรมและกำหนดแนวทางของพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจไม่ได้หมายถึงเฉพาะการเคลื่อนไหวทางกายที่ปรากฏให้เห็นเท่านั้น ยังรวมถึงการ

เคลื่อนไหวทางจิตใจด้วย สรूप แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดการใช้พลังที่มีอยู่ในตัวบุคคล กระทำกิจกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือสิ่งที่ยั่วยุให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ โดยลักษณะแรงจูงใจที่สำคัญ คือ เป็นตัวกระตุ้นหรือ ผลักดันให้บุคคลเกิดพฤติกรรมและเป็นตัวกำหนดขอบเขตหรือทิศทางพฤติกรรมให้เป็นตาม ต้องการ

แรงจูงใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลในสังคมมีพฤติกรรมใน แนวเดียวกัน โดยทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzper และ Maslow มีรายละเอียดดังนี้<sup>13</sup> (วลัยภรณ์ อนัน- ตรังสี, 2542: 31-37)

1. ทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzper (Herzper's motivation hygiene theory) กล่าวว่า บุคคลมี ความต้องการ 2 ระดับ ดังนี้ 1) ความต้องการระดับต่ำ (Lower level) คือ ความปรารถนาที่จะได้รับ ความสบายใจหรือไม่มีความเดือดร้อนเกิดขึ้น เช่น มีปัจจัยความสะดวกในการดำเนินชีวิต อาทิ รถ เงิน และ 2) ความต้องการระดับสูง (Higher level) คือ ความต้องการที่อยากเด่นหรืออยากดังของคน เช่น ต้องการแสดงความสามารถในการทำงานที่อยากให้สำเร็จเพื่อเป็นที่ยอมรับ นับถือหรือมีชื่อเสียง

2. ทฤษฎีแรงจูงใจของ Maslow (Maslow's theory of human motivation หรือ Needs hierarchy theory) กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนล้วนมีความต้องการ โดยความต้องการของมนุษย์มีมากมาย ดังนี้ 1) ความต้องการทางร่างกาย (Physical needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อให้สามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น อากาศ น้ำ 2) ความต้องการความมั่นคงหรือความปลอดภัย (Safety Needs) มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิตจึงต้องการหลักประกันในชีวิต 3) ความต้องการความรักหรือการมีส่วนร่วม (Belonging and love needs) มนุษย์เป็นสัตว์สังคม ในวัน หนึ่งๆต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 4) ความต้องการความยกย่องหรือนับถือ (Esteem needs) มนุษย์ทุกคนต้องการให้ผู้อื่นเอาใจใส่ เห็นความสำคัญของตน ยกย่อง ให้เกียรติ โดยผู้ที่บรรลุความ ต้องการนี้จะมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจ หรือมีความรู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์กับสังคม และ 5) ความต้องการที่จะประสบผลตามความปรารถนาของตน (Needs for self actualization) เป็น ความต้องการสูงสุด เพื่อบรรลุสิ่งที่ตนต้องการ

<sup>13</sup> ทฤษฎีแรงจูงใจ แบ่งเป็น 4 กลุ่มทฤษฎี คือ 1) กลุ่มทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรม เกิดขึ้นจากสิ่งเร้าและทิศทางพฤติกรรมถูกกำหนดด้วยการเสริมแรงและการลงโทษ 2) กลุ่มทฤษฎีมนุษยนิยม มี แนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลเกิดขึ้นจากความต้องการของตนเอง 3) กลุ่มทฤษฎีปัญญานิยม มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรม บุคคลไม่ได้เกิดจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์ภายนอกหรือภาวะไม่สมดุลของร่างกาย แต่เกิดจากการแปล ความหมายจากเหตุการณ์หรือการรับรู้เหตุการณ์ และ 4) กลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรม บุคคลเกิดจากความคาดหวังกับคุณค่าเป้าหมายที่ต้องการ โดยเป็นการผสมผสานกลุ่มทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและกลุ่ม ทฤษฎีปัญญานิยม



แรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาหรือมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติดซึ่งได้มาจากทฤษฎีแรงจูงใจทางสังคมของ Herzper เช่น การเข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากในสถานบำบัดรักษามีคนดูแล ต้องการให้สังคมยอมรับว่าไม่ใช่ผู้ติดยาเสพติด และตามทฤษฎีแรงจูงใจทางสังคมของ Maslow เช่น การเข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากร่างกายทรุดโทรม ต้องการความปลอดภัยเมื่อมีอาการขาดยาเสพติด ต้องการให้มีคนดูแล ไม่ต้องการให้ใครมาดูถูกว่าติดยาเสพติด ต้องการหายจากการติดยาเสพติด

จากความสำคัญของแรงจูงใจหรือมูลเหตุจูงใจ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษามาวิเคราะห์ร่วมด้วย เพราะการแสดงพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์ล้วนมีสาเหตุจากมูลเหตุจูงใจเป็นสำคัญ (เช่นเดียวกับพฤติกรรมการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด) แบ่งตามกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายได้ดังนี้<sup>14</sup> (อารี พันธุ์ณี, 2546: 270-297)

1. มูลเหตุจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) คือ สภาวะที่บุคคลต้องการกระทำหรือเรียนรู้บางอย่างด้วยตนเอง ไม่ต้องอาศัยสิ่งเร้าภายนอก (เช่น การชกมวย) ตลอดจนเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งผลักดันให้เกิดการสร้างพฤติกรรมขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะต้องการมีอนาคตที่ดีและต้องการเลิกยาเสพติดอย่างเด็ดขาด

2. มูลเหตุจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) คือ สภาวะที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก ทำให้มีเป้าหมาย จึงเร้าให้เกิดความต้องการและแสดงพฤติกรรมมุ่งสู่เป้าหมายนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย มูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะมีปัญหาสุขภาพร่างกาย หารักษาเสพยาเสพติดยาก เงินไม่พอใช้ กลัวถูกจับ ถูกบังคับ และทางบ้านขอร้อง

รายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยยาเสพติดในสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะอยากเลิกมีมากที่สุด ส่วนผลการศึกษาของสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ พ.ศ.2543-2547 เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อต้องการให้มีอนาคตที่ดีกว่านี้มากที่สุด<sup>15</sup> สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วลัยภรณ์ อนันต์รังสี (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎมีสาเหตุเข้ารับการบำบัดรักษา

<sup>14</sup> การแบ่งประเภทแรงจูงใจสามารถแบ่งได้อีกตาม 1) ลักษณะการเกิด แบ่งเป็น แรงจูงใจอันเนื่องมาจากความต้องการทางกาย (Physical need) แรงจูงใจอันเนื่องมาจากความต้องการทางสังคม (Social need) และแรงจูงใจส่วนบุคคลที่พัฒนาความต้องการทางกายและทางสังคมร่วมกัน 2) ประเภทแรงจูงใจตามแหล่งที่มา แบ่งเป็น แรงจูงใจทางกาย (Physiological motive) และแรงจูงใจทางสังคม (Social motive) และ 3) ประเภทแรงจูงใจตามการเปรียบเทียบพฤติกรรม แบ่งเป็น แรงจูงใจทางบวกและแรงจูงใจทางลบ

<sup>15</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.12 และตารางที่ 1.13 (หน้า 123-124)

เพราะอยากเลิกมากที่สุด ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังพบอีกว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษามีหลายสาเหตุ เช่น สุขภาพทรุดโทรม ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด กลัวถูกจับ ยาเสพติดหาได้ยากขึ้น และเขวชนชายที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎมีมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษาหลายสาเหตุ สาเหตุสำคัญ คือ อยากหาย สงสารพ่อแม่ เพื่อนชักชวน สุขภาพทรุดโทรม กลัวถูกจับ ไม่มีเงินซื้อ และถูกบังคับ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2520 และ เปรมจิต ชลวิถี, 2517 อ้างถึงใน วิทยา มณีสุธรรม, 2523: 22-23) นอกจากนี้ ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ และ ธนาธิป ถาพันธ์ (2545) ยังพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดชุมชนบำบัด ในสถาบันทัณฑ์ุญรักษ์ เข้ารับการบำบัดรักษาเพราะสมัครใจมาเอง สุจิต เจนนพกาญจน์ (2523 อ้างถึงใน กาญจนา วุฒิกาศไพศาล, 2541: 21) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลตำรวจเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยตัวเอง และ วรณี พิริยะจิตรรา (2525) พบว่า ผู้ติดยาอื่นส่วนมากสมัครใจมารับการบำบัดรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาเพราะมีใครบังคับหรือไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษาเพราะมูลเหตุจูงใจภายนอก

จากผลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นแนวทางให้สามารถตั้งสมมุติฐานได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยมูลเหตุจูงใจภายในจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยมูลเหตุจูงใจภายนอก

### ผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดมีน้อยมาก การศึกษานี้จึงเป็นการให้ผลการศึกษาวิจัยใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาเสพติด ทั้งนี้เพราะปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดเป็นการมีผู้ป่วยยาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษามากขึ้น สำหรับข้อมูลที่น่าเสนอในส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามตัวแปร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว และบุคคลที่อยู่ด้วยก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และ 4) ปัจจัยยาเสพติด ประกอบด้วย ยาเสพติดที่เสพและลักษณะการเสพยาเสพติด มีรายละเอียดดังนี้

#### เพศ

ผู้ชายและผู้หญิงมีความแตกต่างกันในด้านสรีระร่างกายและในทางสังคมจึงอาจมีพฤติกรรมบางอย่างต่างกัน ผู้ติดยาเสพติดต่างเพศกันจึงมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน ดังผลการศึกษาของกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสถาบันทัณฑ์ุญรักษ์ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดชายเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันทัณฑ์ุญรักษ์ และสถาน

บำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดหญิง<sup>16</sup> สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุลินดา จันทรเสนา (2546) และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) ที่พบว่า วัยรุ่นชายที่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำมีมากกว่าวัยรุ่นหญิง และนักเรียนชายที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาและเสพยาบ้าซ้ำมีมากกว่านักเรียนหญิง ส่วน กาญจนา วุฒิภาคไพศาล (2541) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่เสพยาเฮโรอีนในสถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลราชวิถีมีมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดหญิง

ผลงานวิจัยที่สอดคล้องยังพบอีกว่า ผู้ถูกจับกุมในคดียาเสพติดของสถานีตำรวจภูธรจังหวัดตราดเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (พินิจ ลาภธนานนท์, 2549) ชาวไทยภูเขาเพศชายที่ติดฝิ่นซ้ำและผ่านการบำบัดรักษาครบ 21 วัน ในศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมากกว่าผู้หญิง (กาญจนา ชนุธรรมย์, 2543) นักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรมและวิทยาลัยเทคนิคในภาคกลาง เพศชายใช้ยาบ้ามากกว่าเพศหญิง (ธนพัฒน์ มหาพิพัฒน์, 2539) และวัยรุ่นเขตชุมชนแออัดคลองเตย เพศชายใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง (ประภาส สุขทรศนี, 2536)

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นแนวทางให้สามารถตั้งสมมุติฐานได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดชายจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดหญิง

### กลุ่มอายุ

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลอาจมีพฤติกรรมบางอย่างต่างกัน คือ อายุ ผู้ติดยาเสพติดที่มีอายุต่างกันจึงมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน ดังรายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษาเสพยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุ 25-29 ปี และกลุ่มอายุ 20-24 ปี เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ระหว่าง พ.ศ.2543-2545 ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีมากที่สุด ต่อมา พ.ศ.2546-2547 ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีมากที่สุด ซึ่งเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่อายุน้อย<sup>17</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ของ สุลินดา จันทรเสนา (2546) ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ และ ธนาธิป ถาพันธ์ (2545) และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2541) ที่พบว่า วัยรุ่นเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำตั้งแต่อายุน้อย ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่เสพยากระตุ้น ระยะบำบัดรักษาด้วยยา กลุ่มอายุ 16-25 ปี มีมากที่สุด และนักเรียนมัธยมศึกษาที่เสพยาบ้าซ้ำกลุ่มอายุ 14-16 ปี มีมากที่สุด ส่วน กาญจนา วุฒิภาคไพศาล (2541) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเฮโรอีนในสถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มอายุ 17-23 ปี มีมากที่สุด และ สุพัฒน์ ธีเวชเจริญชัย (2523) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่บำบัดรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง อายุเฉลี่ย 29.10 ปี

<sup>16</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.14 และตารางที่ 1.15 (หน้า 124-125)

<sup>17</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.16 และตารางที่ 1.17 (หน้า 125-126)

ผลงานวิจัยที่สอดคล้องยังพบอีกว่า ผู้ถูกจับกุมในคดียาเสพติดของสถานีตำรวจนครจังหวัดตราด อายุ 16-25 ปี มีมากที่สุด รองลงมา คือ 26-35 ปี (พินิจ ลาภธนานนท์, 2549) กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาที่คลินิกผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้ง 15 แห่ง อายุเฉลี่ย 38 ปี มากที่สุด โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 9.98 (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงสาวง, 2548) ชาวตำบลลุ่มสุม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มอายุ 21-40 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดมากที่สุด (รัตนาพร ชาวบ้านกว้าง, 2547) ชาวไทยภูเขาที่ติดฝิ่นซ้ำและผ่านการบำบัดรักษาครบ 21 วัน ในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีมากที่สุด (กาญจนา นุตร์มัย, 2543) นักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรมและวิทยาลัยเทคนิคในภาคกลาง กลุ่มอายุ 21-25 ปี ใช้ยาบ้ามากที่สุด (ชนพัฒน์ มหาพิพัฒน์, 2539) วัยรุ่นเขตชุมชนแออัดคลองเตยกลุ่มอายุ 18-21 ปี ใช้สารเสพติดมากที่สุด (ประภาส สุขทรศนี, 2536) กลุ่มตัวอย่างที่ ศรีสมบัติ บุญเมือง ศึกษาเริ่มเสพยาเฮโรอีนในอายุต่ำกว่า 19 ปี มีมากที่สุด (ศรีสมบัติ บุญเมือง, 2527) ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎกลุ่มอายุ 20-24 ปี มีมากที่สุด (วิทยา มณีสุธรรม, 2523) ผู้ติดยาเสพติดในทัณฑสถานที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มอายุ 15-23 ปี มีมากที่สุด (วิชัย โปษยจินดา, 2519 อ้างถึงใน กรรณิกา หลักกรด และวรรยา ลาภเจริญ, 2539: 14) ผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์รักษา ยาเสพติดภาคเหนือ คลินิกจิตเวช และคณะแพทยศาสตร์ มีอายุ 21-25 ปี มากที่สุด (อรเพ็ญ นาควัชระ, 2525) และเยาวชนไทยเริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุ 15-20 ปี (จรัส สุวรรณเวลา และคณะ, 2522)

นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) พบว่า เด็กและเยาวชนถูกตัดสินต้องโทษเด็ดขาดคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ต้องขังคดียาเสพติดส่วนมากอยู่ในวัยแรงงานและผู้ต้องขังเยาวชนมีจำนวนเพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นแนวทางให้สามารถตั้งสมมุติฐานได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุน้อยจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุมาก

## อาชีพ

บุคคลอาชีพต่างกันอย่างมองโลก มีแนวคิด อุดมการณ์ และค่านิยมต่างกันจึงอาจมีพฤติกรรมบางอย่างต่างกัน ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาชีพต่างกันจึงมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน ดังรายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษา ยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 และผลการศึกษาของสถาบันวิจัยอาชีวศึกษา พ.ศ.2543-2547 ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ว่างงานเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันวิจัยอาชีวศึกษา และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาชีพรับจ้าง<sup>18</sup>

<sup>18</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.18 และตารางที่ 1.19 (หน้า 127)

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ว่างงาน พบว่า ชาวตำบลกลุ่มส้ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่ว่างงานมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดมากที่สุด (รัตนาพร ชาวบ้านกว้าง, 2547) ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่เสพยาสารกระตุ้น ระยะบำบัดรักษาด้วยยา ในสถาบันธัญญารักษ์ เป็นผู้ว่างงานมากที่สุด (ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ และธนาริพ ถาพันธ์, 2545) การว่างงานหรือไม่มีงานทำเป็นการสร้างโอกาสการติดยาเสพติด เช่น ไม่มีเงิน จึงหันไปจำหน่ายยาเสพติด เป็นผลให้มียาเสพติดในมือ จึงอาจเสพยาและติดยาเสพติดได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2543) กลุ่มอาชีพที่มีปัญหาเสพยาเสพติดมากที่สุด คือ ผู้ว่างงาน โดยอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ว่างงานกลุ่มนี้ จะเป็นกลุ่มเยาวชนนอกสถานศึกษาที่พ้นจากการศึกษาแล้วยังไม่ได้ทำงานเป็นหลักแหล่ง จึงเกิดรวมตัวกันเสพยาเสพติดในหมู่บ้าน ขณะที่กลุ่มนักเรียนหรือนักศึกษา หรือกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเสพยาเสพติดน้อยที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2537) และกลุ่มตัวอย่างที่ เสริน ปุณณะหิตานนท์ ศึกษาในกรุงเทพมหานคร ซึ่งติดยาเสพติดว่างงานมากที่สุด (เสริน ปุณณะหิตานนท์, 2517)

ส่วนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ประกอบอาชีพรับจ้าง พบว่า ผู้ถูกจับกุมในคดียาเสพติดของสถานีตำรวจภูธรจังหวัดตราด มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (พินิจ ลากษานานนท์, 2549) กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานครทั้ง 15 แห่ง ในกลุ่มที่ทำงานและมีรายได้เป็นของตนเอง ประมาณเกือบครึ่งทำงานรับจ้างทั่วไปเป็นรายวัน รองลงมา คือ ลูกจ้าง (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และสมศักดิ์ วงสาวง, 2548) ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่กำลังเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ชุมชนบำบัด สถาบันธัญญารักษ์ มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (สุชาติ ทิมอุดม, 2538) ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสถาบันธัญญารักษ์ที่บำบัดรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง อาชีพลูกจ้างมีมากที่สุด (สุพัฒน์ สีเวชเจริญชัย, 2523) ผู้ติดยาเสพติดส่วนมากทำอาชีพลูกจ้าง (วรรณิ พิริยะจิตรา, 2525) ผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์รักษายาเสพติดภาคเหนือ คลินิกจิตเวช และคณะแพทยศาสตร์ มีอาชีพรับจ้างรายวันมากที่สุด (อรเพ็ญ นาควัชระ, 2525) และโรงพยาบาลพระมงกุฎมีผู้ป่วยยาเสพติดอาชีพรับจ้างและผู้ป่วยยาเสพติดอาชีพค้าขายมากที่สุด (วิทยา มณีสุธรรม, 2523)

เมื่อพิจารณาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้อค้นพบระหว่างผู้ว่างงานกับผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง ผลการศึกษาภาพรวมของสถาบันธัญญารักษ์ และกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ว่างงานเข้ารับการบำบัดรักษามากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ประกอบอาชีพรับจ้าง การศึกษารั้งนี้จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ว่างงานจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดอาชีพอื่น

## ระดับการศึกษา

ผลงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาต่างกันอาจส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมบางอย่างต่างกัน (สิวิไล กุศลรัตนฉวีพร, 2545: 18-19) ผู้ติดยาเสพติดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจึงมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน ดังรายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการบำบัดรักษา ยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 และผลการศึกษาของสถาบันธัญญารักษ์ พ.ศ.2543-2547 ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่ศึกษาระดับประถมศึกษา<sup>19</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ของ สุลินดา จันทระเสนา (2546) ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ และ ธนาธิป ฤาพันธ์ (2545) สุชาดา ทิมอุดม (2538) และ จิตรลธิธอมร และคณะ (2519 อ้างถึงใน กาญจนา วุฒิกาศไพศาล, 2541: 21-22) ที่พบว่า วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนซ้ำและศึกษาระดับมัศึกษามีมากที่สุด ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่เสพยาสารกระตุ้น ระยะบำบัดรักษาด้วยยา ศึกษาระดับมัศึกษามีมากที่สุด ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและกำลังเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ชุมชนบำบัดมีมากที่สุด และผู้ป่วยยาเสพติดที่ศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษามีมากที่สุด ส่วน สุพัฒน์ ธีเวชเจริญชัย (2523) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีมากที่สุด ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสถาบันธัญญารักษ์

ผลงานวิจัยที่สอดคล้องยังพบอีกว่า ผู้ถูกจับกุมในคดียาเสพติดของสถานีตำรวจภูธรจังหวัดตราด มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น (พินิจลาภานานนท์, 2549) กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานมัย กรุงเทพมหานครทั้ง 15 แห่ง มีระดับการศึกษาประมาณ 1 ใน 3 ที่จบมัธยมต้น รองลงมา คือ ประถมศึกษา (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และสมศักดิ์ วงสาวง, 2548) ชาวตำบลลุ่มสุม อำเภอยะโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่ไม่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดมากที่สุด (รัตนพร ชาวบ้านกว้าง, 2547) ผู้ติดยาเสพติดส่วนมากศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา คือ ปวช. และมัธยมศึกษาตอนปลาย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2543) ชาวไทยภูเขาที่ติดฝิ่นซ้ำและผ่านการบำบัดรักษาครบ 21 วัน ในศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดแม่ฮ่องสอน ไม่ได้เรียนหนังสือมีมากที่สุด (กาญจนา ชนุครมย์, 2543) วัยรุ่นเขตชุมชนแออัดคลองเตยที่ไม่เรียนใช้สารเสพติดมากที่สุด (ประภาณี สุขทรศนี, 2536) กลุ่มตัวอย่างที่ จิรจันท์ พรหมโมบบล ศึกษาซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำจะกลับมาเสพยาเสพติดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาระดับสูง (จิรจันท์ พรหมโมบบล, 2530: 75 อ้างถึงใน จำเนียร แบ้กระโทก

<sup>19</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.20 และตารางที่ 1.21 (หน้า 128)

รัชนีพร จันทรมณี และอำพร คำตา, 2544: 19) ผู้ติดยาเสพติดในทัณฑสถาน กรุงเทพมหานคร ติดยาเสพติดในขณะที่เป็นนักศึกษามากที่สุด ซึ่งส่วนมากติดยาเสพติดขณะอยู่ในสถานศึกษา (วิชัย โปษยจินดา, 2519 อ้างถึงใน กรรณิกา หลักกรุด และวรรณยา ลากเจริญ, 2539: 14) นักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรมและวิทยาลัยเทคนิคในภาคกลาง ระดับ ปวส. 2 ใช้จ่ายมากที่สุด (ธนพัฒน์ มหาพิพัฒน์, 2539) ผู้ติดยาอื่นส่วนมากมีการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและต่ำกว่า (วรรณิ์ พิริยะจิตรา, 2525) และผู้ป่วยยาเสพติดในศูนย์รักษายาเสพติดภาคเหนือ คลินิกจิตเวช และคณะแพทยศาสตร์ส่วนมากจบการศึกษาระดับ ป.4 และ ม.ศ.3 (อรเพ็ญ นาควัชระ, 2525)

นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) พบว่า โรงเรียนเป็นกลุ่มสังคมที่มีการคลุกคลีกันมากที่สุด หากวัยรุ่นมีปัญหาการเรียน ปรับตัวเข้ากับเพื่อนไม่ได้ จะมีโอกาสติดยาเสพติด จนอาจได้รับเชิญให้ออกจากสถานศึกษา การศึกษาสูงสุดจึงอยู่ในระดับโรงเรียน เช่น ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ซึ่งจากการสำรวจของเอแบคโพลล์พบว่า การแพร่ระบาดของยาเสพติดในโรงเรียนเป็นเพราะผู้ค้ายาเสพติดเห็นว่าเยาวชนในสถานศึกษามีกำลังซื้อยาบ้าค่อนข้างสูงและมีความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง โดยส่วนมากเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมา คือ ระดับ ป.ว.ช. และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเห็นได้ชัดว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาคำมีโอกาสดิทยาเสพติดและเข้ารับการรักษาบำบัดรักษามาก การศึกษาคั้งนี้จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการศึกษาระดับต่ำจะเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการศึกษาระดับสูง

### ศาสนา

ศาสนา หมายถึง ลัทธิความเชื่อของมนุษย์อันมีหลัก คือแสดงกำเนิดและความสิ้นสุดของโลกเป็นต้น อันเป็นไปในฝ่ายปรมาตม์ประการหนึ่ง พร้อมทั้งลัทธิพิธีที่กระทำตามความเห็นหรือตามคำสั่งสอนในความเชื่อนั้นๆ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538: 783) โดยศาสนาแต่ละศาสนามีคำสอนวิธีปฏิบัติตามหลักศาสนาแตกต่างกัน (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, ม.ป.ป.: <http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%99%E0%B8%B2>) ซึ่งความแตกต่างทางการนับถือศาสนามีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาต่างกัน ดังรายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการรักษาบำบัดรักษาติดยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 และผลการศึกษาของสถาบันธัญญารักษ์ พ.ศ.2543-2547 ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่นับถือศาสนาพุทธเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด<sup>20</sup> ทั้งนี้เป็นเพราะประชากรไทยมากกว่าร้อยละ 90 นับถือพุทธศาสนา

<sup>20</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.22 และตารางที่ 1.23 (หน้า 129)

### สถานภาพสมรส

สถานภาพของบุคคลที่แตกต่างกันได้ส่งผลให้บุคคลมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกันด้วย อาทิ ผู้ที่มีครอบครัวแล้วย่อมมีความรับผิดชอบต่างกับผู้ที่ยังคงเป็น โสด อาทิ ต้องเลี้ยงดูคู่สมรส รวมถึงบุตรด้วย สถานภาพสมรสที่ต่างกันนี้จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็น โสดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด<sup>21</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ของ ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ และ ธนาธิป ฤาพันธ์ (2545) สุชาดา ทิมอุดม (2538) และ จิตร สัทธอมร และคณะ (2519 อ้างถึงใน กาญจนา วุฒิภาคไพศาล, 2541: 21-22) ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดชายที่เสพยากระตุ่น ระยะบำบัดรักษาด้วยยา เป็นคน โสดมากที่สุด ผู้ป่วยยาเสพติดชาย ในศูนย์ชุมชนบำบัด เป็น โสดมากที่สุด และผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็น โสดและหย่าร้างมีส่วนมากกว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีสถานภาพสมรสแบบอื่น ส่วน ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงสาวง (2548) พบว่า กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครทั้ง 15 แห่ง มีสถานภาพสมรสในภาพรวม คือ โสด แต่เคยมีเพศสัมพันธ์ รองลงมา คือ กินอยู่กับคู่สมรสโดยไม่ได้แต่งงาน และ วิทยา มณีสุธรรม (2523) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดใน โรงพยาบาลพระมงกุฎที่เป็น โสดมีมากที่สุด

ผลงานวิจัยที่สอดคล้องยังพบอีกว่า ผู้ติดยาอื่นส่วนมากเป็น โสด (วรรณิ พิริยะจิตร, 2525) นอกจากนี้ อรัญ สุวรรณบุบผา และ อำนวยวิทย์ ชูวงษ์ (2518) พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อการติดยาเสพติด

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นแนวทางให้สามารถตั้งสมมุติฐานได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็น โสดจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีสถานภาพสมรสอื่น

### ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ขัดเกลานิสัย ปลุกฝังค่านิยม สั่งสอนให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักผิดชอบชั่วดี หรือสั่งสอนให้รู้จักหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นหนึ่งในสมาชิกของสังคม หน้าที่สำคัญของสถาบันครอบครัวต่อมาคือการดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น หากบุตรติดยาเสพติด บิดามารดาจึงมีหน้าที่ต้องนำบุตรเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ครอบครัวมี

<sup>21</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.24 และตารางที่ 1.25 (หน้า 130)



ความสัมพันธ์แบบอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันจิตเวชารักษ์ และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด<sup>22</sup>

สังคมไทยได้เปลี่ยนเป็นการมีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีเพียงบิดามารดา และบุตร โดยเฉพาะสังคมเมืองที่บิดามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาพบปะ พูดคุยกัน สภาพครอบครัวจึงไม่เอื้อต่อการสร้างความอบอุ่น ผลงานวิจัยหลายชิ้นจึงพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมักมาจากครอบครัวที่มีปัญหา ดังผลงานวิจัยของ กระแส ปัจฉิมสิริ และ พรรณอ กลิ่น-กุหลาบ (2543: 16) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งติดยาเสพติดมีปัญหาครอบครัวแตกแยก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) พบว่า ครอบครัวบางครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี แต่มีการเลี้ยงดูในลักษณะที่เคร่งครัดเกินไป เช่น คอยดูแลควบคุมทุกฝีก้าว เลี้ยงดูแบบเอาอกเอาใจมากเกินไป ทำให้บุตรไม่เป็นตัวของตัวเอง จึงหันไปเสพยาเสพติด กาญจนา ชนุครัมย์ (2543) พบว่า ครอบครัวชาวไทยภูเขาที่ติดฝิ่นซ้ำและผ่านการบำบัดรักษาครบ 21 วัน ในศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทะเลาะกันบ่อยๆ กรณีกา หลักรวด และ วรธา ลาภเจริญ (2539) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติดชายกลุ่มอายุ 15-25 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำขึ้นตอนเสพยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น รายงานเหตุผลที่ทำให้ไม่ยอมเลิกเสพยาเสพติดว่า เนื่องจากครอบครัวแตกแยก บิดามารดามีลูกใหม่ ไม่มีเวลาให้บุตร ลำเอียง และรักลูกไม่เท่ากันจึงน้อยใจและขาดกำลังใจทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ธนพัฒน์ มหาพิพัฒน์ (2539) พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรมและวิทยาลัยเทคนิคในภาคกลาง ที่สถานภาพของบิดามารดาหย่าร้างและครอบครัวไม่สมบูรณ์ใช้ยาบ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวสมบูรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกผูกพันกับบิดามารดาต่ำใช้ยาบ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับบิดามารดาปานกลางและสูง ประภาณี สุขทรศนีย์ (2536) พบว่าวัยรุ่นเขตชุมชนแออัดคลองเตยที่สถานภาพของบิดามารดา คือ หย่า ใช้สารเสพติดมากที่สุด ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพของบิดามารดา คือ อยู่ด้วยกัน ไม่ใช้สารเสพติดมากที่สุด นิพนธ์ วีระสุนทร (2520) พบว่า เหตุที่บิดามารดาทะเลาะกัน เมื่อมีปัญหาหรือขาดที่พึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ นิพนธ์ วีระสุนทร ศึกษาจะหันไปเสพยาเสพติด บางครั้งบิดามารดาไม่มีความรู้และความเข้าใจเรื่องยาเสพติด ไม่มีความตั้งใจช่วยเหลือ แสดงความรังเกียจ ความโกรธ และขาดความไว้วางใจจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วติดยาเสพติดซ้ำ และ ศิริพร เกษนุรรมย์ (2519) พบว่า วัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มาจากครอบครัวที่แตกแยก มีความขัดแย้ง และไม่ได้รับความสนใจจากบิดามารดา จึงทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว

<sup>22</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.26 และตารางที่ 1.27 (หน้า 131)

นอกจากนี้ วิโรจน์ สุ่มใหญ่ (2546) ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่เป็นต้นเหตุให้เด็กและเยาวชนติดยาเสพติด คือ ครอบครัวที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ครอบครัวที่ไม่ค่อยปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทางสังคมและละเลยในเรื่องศีลธรรม ครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพในการดูแลบุตร ครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพในการดำเนินทางวินัย ครอบครัวที่ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรไม่ราบรื่น ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะกันเป็นประจำ ครอบครัวที่สับสนวุ่นวาย ครอบครัวที่บิดามารดามีอาการผิดปกติทางจิต ครอบครัวที่แตกแยก และครอบครัวที่บิดามารดาตามไม่ทันความเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ขณะที่ครอบครัวที่มีภูมิกันทางยาเสพติดควรมีลักษณะ คือ มีบิดามารดาคอยดูแลเอาใจใส่ด้วยความรักความห่วงใย บิดามารดาที่มีความอดกลั้นทางอารมณ์ บิดามารดาที่มีการคาดหวังในพัฒนาการของบุตรอย่างสมเหตุสมผล มีการจัดการให้ทุกคนในครอบครัวได้รวมกิจกรรมกัน บิดามารดาช่วยส่งเสริมและเป็นกำลังใจให้ลูกตามความคิดฝัน มีการกำหนดระเบียบและแบบแผนของครอบครัวอย่างชัดเจน และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) พบว่า การติดยาเสพติดมีผลกระทบต่อครอบครัว โดยเป็นเหตุให้ครอบครัวแตกแยก หากหัวหน้าครอบครัวโดนจับจะทำให้ขาดคนดูแลหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา สมศักดิ์ นันทา (2532) อ้างถึงใน สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานโยธาและแผนอุดมศึกษา, 2538) พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีผลต่อการติดยาเสพติด ลาดทองใบ ภูอภิรมย์ (2530) พบว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลและความรักของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 3 ประจำปีการศึกษา 2528 ในโรงเรียนรัฐบาลสหศึกษาที่กรุงเทพมหานคร 7 โรงเรียน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภูมิด้านทานการเสพยาเสพติด 3 ด้าน คือ ความเข้าใจในสาเหตุการติดยาเสพติด รู้จักปฏิเสธการชักชวนจากเพื่อน และการทำตัวให้ห่างไกลจากยาเสพติด ศรีสมบัติ บุญเมือง (2527) กล่าวว่า บทบาทครอบครัวในการป้องกันยาเสพติดของบิดามารดากับบุตร คือ 1) ให้การอบรม เลี้ยงดูด้วยความรัก ความเข้าใจ 2) สร้างความมั่นคงในครอบครัว 3) ให้ความร่วมมือกับทางโรงเรียน 4) สนใจพัฒนาการและกิจกรรม 5) ให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องต่างๆ 6) ทำตัวเป็นเพื่อน 7) ให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดอยู่เสมอ 8) สนใจการใช้เวลาว่าง 9) อบรมศีลธรรมและหลักธรรมทางศาสนา และ 10) ส่งเสริมพัฒนาการ นพพร พานิชสุข (2523) พบว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายกระสุนประสาทประเภทแอมเฟตามีนของวัยรุ่นมากที่สุด การให้ความอบอุ่น ความรักจากบิดามารดาอย่างเพียงพอสามารถทำให้วัยรุ่นไม่หันไปใช้ยาเสพติด ซึ่งอาชีพและฐานะของบิดามารดาไม่มีผลต่อการใช้หรือติดยาเสพติด เนื่องจากทุกอาชีพและทุกฐานะมีโอกาสติดยาเสพติดใกล้เคียงกัน และ จรัส สุวรรณเวลา และคณะ (2522) พบว่า ความกดดันที่เกิดจากครอบครัว เป็นแรงผลักดันให้เยาวชนไทยไปสูยาเสพติด

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลทั้งต่อการติดยาเสพติดและมีผลต่อการเข้ารับการรักษา โดยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบไม่ราบรื่นมีส่วนให้บุคคลติดยาเสพติด ขณะที่ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบราบรื่นมีส่วน

ให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมติฐานได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบอื่น

### บุคคลที่อยู่ด้วยก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา

บุคคลที่อยู่ด้วยก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาน่าจะมีผลให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน เนื่องจากอิทธิพลของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน เช่น บิดามารดาน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างกับเพื่อน ซึ่งกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับบิดามารดา ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศ พ.ศ.2545 มากที่สุด ส่วนสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ระหว่างปี พ.ศ.2543-2547 ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับมารดามีแนวโน้มเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์มากที่สุด<sup>23</sup>

สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงสาวง (2548) ที่พบว่า กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้ง 15 แห่ง ส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา รองลงมา คือ ญาติพี่น้อง และคู่สมรส ตามลำดับ กระแส ปัจฉิมสิริ และ พรพนอ กลั่นกุหลาบ (2543) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพแอมเฟตามีนและผ่านการบำบัดรักษาระยะถอนพิษยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์อยู่กับบิดามารดามากที่สุด วิทยา มณีสุธรรม (2523) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎที่อาศัยอยู่กับบิดามารดามีมากที่สุด สุพัฒน์ ธิเวชเจริญชัย (2523) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสถาบันธัญญารักษ์ที่บำบัดรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง มีความรู้สึกลัว มารดา ใกล้เคียงและให้ความช่วยเหลือเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากที่สุด และ วรณิ พิริยะจิตรา (2525) พบว่า ผู้ติดยาเสพติดส่วนมากอยู่กับบิดามารดาหรือทั้ง 2 โดยสนิทกับมารดามากกว่าบิดา

นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) พบว่า ครอบครัวในสังคมไทยปัจจุบันมีปัญหาทะเลาะหรือหย่าร้างเพิ่มขึ้นจากในอดีตซึ่งมีการแปรผันเป็นครอบครัวเดียวมากขึ้น บุตรจึงอาจขาดผู้ปกครองที่จะสามารถชี้แนะได้หรือผู้ปกครองมีแต่ความเครียด บุตรกลุ่มหนึ่งจึงมักเข้าไปหากกลุ่มเพื่อน ซึ่งการคบเพื่อนที่ติดยาเสพติดจะเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติด และ ตริรัตน์ เวชพานิชย์ (2530 อ้างถึงใน ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ และ ธนาธิป ถาพันธ์, 2545: 39) พบว่า ผู้เสพเฮโรอีนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนวันการเข้ารับการบำบัดรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเห็นได้ว่า บิดามารดามีส่วนให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา โดยผลการศึกษาภาพรวมของสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับ

<sup>23</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.28 และตารางที่ 1.29 (หน้า 132)

มารดา ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาเข้ารับการรักษา มากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับบิดา ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับมารดา ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา จะเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับบุคคลอื่น ก่อนเข้ารับการรักษาบำบัดรักษา

### ที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยแวดล้อมที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดที่มีที่อยู่อาศัยต่างกัน จะมีความสะดวกในการเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาต่างกัน รวมถึงแต่ละจังหวัดในประเทศไทยก็มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ต่างกันด้วย ซึ่งรายงานสถิติวิเคราะห์ ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งรับการรักษาบำบัดรักษา ยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2545 และผลการศึกษาของสถาบันธัญญารักษ์ พ.ศ.2543-2547 พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่อาศัยในภาคกลางและกรุงเทพฯ เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด<sup>24</sup> สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุชาดา ทิมอุดม (2538) และ พรทิพย์ จิรธร (2516 อ้างถึงใน สุพัฒน์ ชีเวชเจริญชัย, 2523: 8) ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดชายในศูนย์ชุมชนบำบัด อาศัยในกรุงเทพฯ มากที่สุด และผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์อาศัยในกรุงเทพฯ มากที่สุด

ผลงานวิจัยที่สอดคล้องยังพบอีกว่า กลุ่มผู้มารับการรักษาบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้ง 15 แห่ง ส่วนมากเป็นคนที่เกิดในกรุงเทพมหานคร รองลงมา คือ ผู้ที่เกิดในจังหวัดภาคกลาง (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงสาวง, 2548)

นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) พบว่า เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีหรือมียาเสพติดจะทำให้เด็กได้รู้ได้เห็นการเสพยาเสพติด จึงอาจเป็นสาเหตุผลักดันให้ลองเสพยาและติดยาเสพติดในที่สุด ซึ่งในกรณีที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาสำเร็จแล้ว แต่กลับเข้ามาในสภาพแวดล้อมเดิมที่มียาเสพติด ก็จะสามารถติดยาเสพติดซ้ำอีกได้ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2537) พบว่า ภาคใต้เป็นภาคที่มีปัญหาเสพยาเสพติดมากที่สุด ขณะที่ภาคกลางมีสภาพปัญหาน้อยที่สุด แต่เมื่อนับจำนวนหมู่บ้านหรือชุมชนจริงแล้วพบว่า ภาคเหนือมีจำนวนหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีปัญหาเสพยาเสพติดมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นผลจากมีภูมิศาสตร์ติดกับพื้นที่ผลิตยาเสพติดมากที่สุด

จากผลการศึกษาและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นแนวทางให้สามารถตั้งสมมุติฐานได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่อาศัยในภาคกลางและกรุงเทพมหานครจะเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่อาศัยในจังหวัดอื่น

<sup>24</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.30 และตารางที่ 1.31 (หน้า 133)

### ชนิดยาเสพติดที่เสพ

ยาเสพติดต่างชนิดกันจะให้ฤทธิ์และรสชาติที่ต่างกัน เช่น เฮโรอีนเป็นยาที่สังเคราะห์ ทำจากมอร์ฟีน และได้จากฝิ่น มีลักษณะเป็นผงขาว รสขม ไม่มีกลิ่น ละลายน้ำง่าย เสพโดยละลายน้ำ แล้วฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ยับบุหรี่แล้วสูบ หรือนำไปถนไฟแล้วสูบสารละลายเข้าปอด เมื่อเสพจะมีอาการเคลิบเคลิ้ม มึนเมา และลืมความทุกข์ชั่วขณะ เนื่องจากอนุพันธ์ของฝิ่นมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ผู้เสพจึงมีอาการง่วงซึม ม่านตาหรี่เล็กลง และตาเฉย ผู้ติดย่อมมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเปลี้ยเพลียแรง และอารมณ์เปลี่ยนแปลง ส่วนยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีฤทธิ์กดอประสาท เป็นสารเคมีสังเคราะห์ชื่อว่าเมทแอมเฟตามีน ในอดีตเรียกว่ายาบ้า มีลักษณะเป็นยาเม็ดสีส้ม น้ำตาล หรือเขียว ด้านหนึ่งอาจมีสัญลักษณ์ อาทิ “wy” อีกด้านเป็นรอยแบ่งครึ่งเม็ด เสพโดยการกิน เผาไฟแล้วสูบควัน หรือฉีด เมื่อเสพระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองและไขสันหลังจะได้รับการกระตุ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว อัตราการหายใจถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยายกว้างขึ้น และไม่รู้สึกริว ผู้เสพจะมีเหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว สับสน วิดกกังวล และนอนไม่หลับ ผู้ติดย่อมเป็นคนวิตถจริต มีอาการเพ้อคลั่ง มองเห็นภาพหลอน หูแว่ว และกลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ซึ่งกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสถาบันธัญญารักษ์ พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดต่างกันมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพเฮโรอีน เบอร์ 4 เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศ พ.ศ.2545 มากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพแอมเฟตามีน โดยผู้ป่วยยา-เสพติดที่เสพยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ มีมากที่สุด<sup>25</sup>

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ถูกจับกุมในคดียาเสพติดของสถานีตำรวจภูธรจังหวัดตราด เสพยาบ้ามากที่สุด รองลงมา คือ สารระเหยและกัญชา (พินิจ ลากชานานนท์, 2549) ยาบ้า สารระเหย กัญชา เฮโรอีน เป็นยาเสพติด 4 ชนิดแรกที่เยาวชนในสถานพินิจฯ จังหวัดเชียงใหม่ ใช้มากที่สุด (เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดภาพเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547) เยาวชนในสถานพินิจฯ จังหวัดสงขลา ส่วนมากเคยสูบบุหรี่และดื่มเหล้าเบียร์ ประมาณครึ่งหนึ่งเคยใช้ยาบ้า และกัญชา รองลงมาเคยใช้สารระเหยและเฮโรอีน (เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547) กลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าครึ่งเสพยาบ้า (เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547) แต่ละภาคมีการเคลื่อนไหวในการผลิตยาบ้าอย่างมาก โดยภาคเหนือพบการผลิตยาบ้าที่จังหวัดพิษณุโลก พิจิตร อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร ลำพูน ลำปาง สุโขทัย และเชียงราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดนครราชสีมา อุบลราชธานี และหนองบัวลำภู ภาคกลาง คือ จังหวัดนครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา ราชบุรี ชลบุรี และ

<sup>25</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.32 และตารางที่ 1.33 (หน้า 134-135)

กรุงเทพมหานคร ส่วนภาคใต้ยังไม่ชัดเจน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2543) ระหว่าง พ.ศ.2539-2541 มีผู้ต้องขังเด็ดขาดคดีความผิด พ.ร.บ.ยาเสพติด เพิ่มขึ้น โดยเป็นยาเสพติดประเภทเฮโรอีนส่วนมาก แต่ระยะหลังผู้ต้องขังประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งจากการสำรวจของเอแบคโพลล์ พบว่า กลุ่มนักเรียนและกลุ่มนักศึกษาส่วนมากเสพยาบ้า รองลงมา คือกัญชาและสารระเหย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2543) และการแพร่ระบาดและการใช้ยากระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น ในหมู่เด็กวัยรุ่นเนื่องจากคบเพื่อนไม่ดี (นพพร พานิชสุข, 2523)

ส่วน สุชาติ ทิมอุดม (2538) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันราชกุมารภักษ์เสพยาเฮโรอีนมากที่สุด และ วิทยา มณีสุธรรม (2523) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเสพยาเฮโรอีนมากที่สุด

นอกจากนี้ ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงสาวง (2548) พบว่า กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครทั้ง 15 แห่ง สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมา คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาแก้ไอ ประสาท ซึ่งผู้ที่เสพยาเฮโรอีนและโคเคน มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งมากกว่าผู้เสพยาบ้าเล็กน้อย และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2537) พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการแพร่ระบาดของสารระเหยและกัญชามากที่สุด ผืนมีการแพร่ระบาดในภาคเหนือมากที่สุด ภาคกลางมีการแพร่ระบาดของยาบ้ามากที่สุด เมื่อศึกษาคุณภาพรวม พบว่า สารระเหยมีการแพร่ระบาดมากที่สุด กัญชามีการแพร่ระบาดรองลงมา และยาบ้ามีการแพร่ระบาดเป็นอันดับ 3

เนื่องจากข้อมูลสถิติภูมิของสถาบันราชกุมารภักษ์มีผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเฮโรอีนน้อยมาก หากการศึกษานี้ตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเฮโรอีน กลุ่มตัวอย่างจะไม่สามารถอธิบายประชากรที่ศึกษาในภาพรวมได้อย่างดี การศึกษาครั้งนี้ จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาบ้าจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดอื่น

### **ลักษณะการเสพยาเสพติด**

การเสพยาเสพติดเพียงชนิดเดียวก็ได้รับฤทธิ์ของยาเสพติดเพียงชนิดเดียว แต่หากเสพยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ผู้เสพก็จะได้รับฤทธิ์ยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด การเสพยาเสพติดมากตัวผสมกันนี้ผู้เสพจะ ได้รับฤทธิ์ของยาเสพติดทั้งกดประสาท กระตุ้นประสาท และหลอนประสาท เมื่อเข้ารับการบำบัดรักษาจึงนับเป็นการยากที่จะหายมากกว่าผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดชนิดเดียว ซึ่งกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสถาบันราชกุมารภักษ์ พบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่มีลักษณะการเสพยาเสพติดต่างกันมีพฤติกรรมเข้ารับการบำบัดรักษาต่างกัน โดยผู้ป่วยยา-

เสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดเดียวเข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และสถานบำบัดรักษาที่กรุงเทพมหานครและทั่วประเทศมากที่สุด<sup>26</sup>

สอดคล้องกับผลงานวิจัยของศูนย์วิชาการสารเสพติดภาพเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2547) ที่พบว่า เยาวชนในสถานพินิจฯ จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมากเสพยาเสพติดชนิดเดียว แต่ ศิริกุล อิศรานุรักษ์ บังอร เทพเทียน และ สมศักดิ์ วงสว่าง (2548) พบว่า กลุ่มผู้มารับการบำบัดรักษาในคลินิกผู้ติดยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครทั้ง 15 แห่ง ส่วนมากใช้ยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด โดย 1 ใน 3 ใช้มากกว่า 5 ชนิด เครือข่ายวิชาการวิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2547) พบว่า เยาวชนในสถานพินิจฯ จังหวัดสงขลา ส่วนมากใช้ยาเสพติดหลายชนิดสลับไปสลับมา และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2537) พบว่า ประเทศไทยมีพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด มากกว่าพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดเดียว

เมื่อพิจารณาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้อค้นพบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เสพยาเสพติดชนิดเดียวและกลุ่มตัวอย่างที่เสพยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ผลการศึกษาภาพรวมของสถาบันธัญญารักษ์ และกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดเดียวเข้ารับการรักษา มากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด การศึกษารังนี้จึงตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดเดียวจะเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด

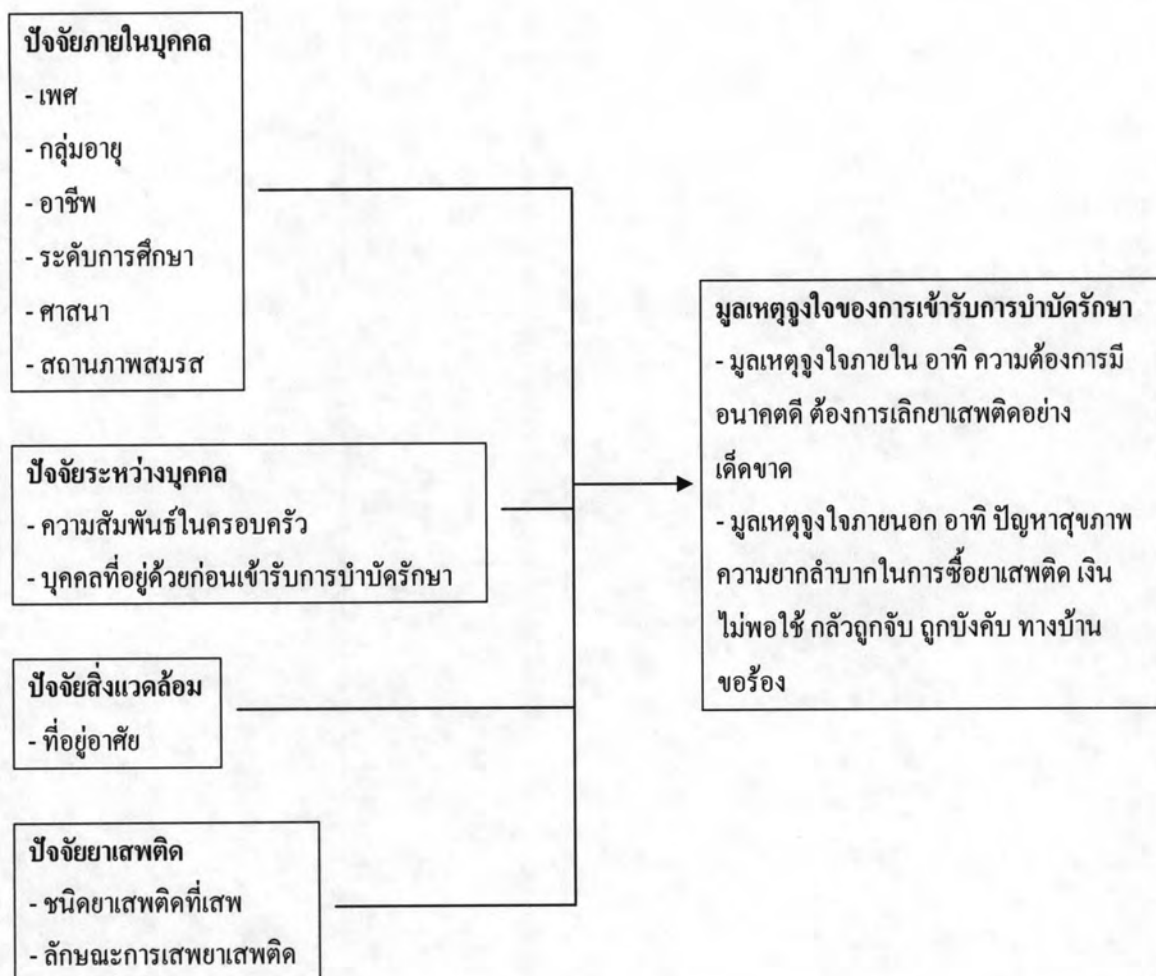
### กรอบแนวคิด

การทบทวนผลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษาได้ 2 กรอบแนวคิด คือ

1. กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยยาเสพติด กับมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดนี้ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 4
2. กรอบแนวคิดการศึกษาปัจจัยต่างๆ 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยยาเสพติด และมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษา ในส่วนที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ สำหรับผลการศึกษาตามแนวคิดนี้ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 5

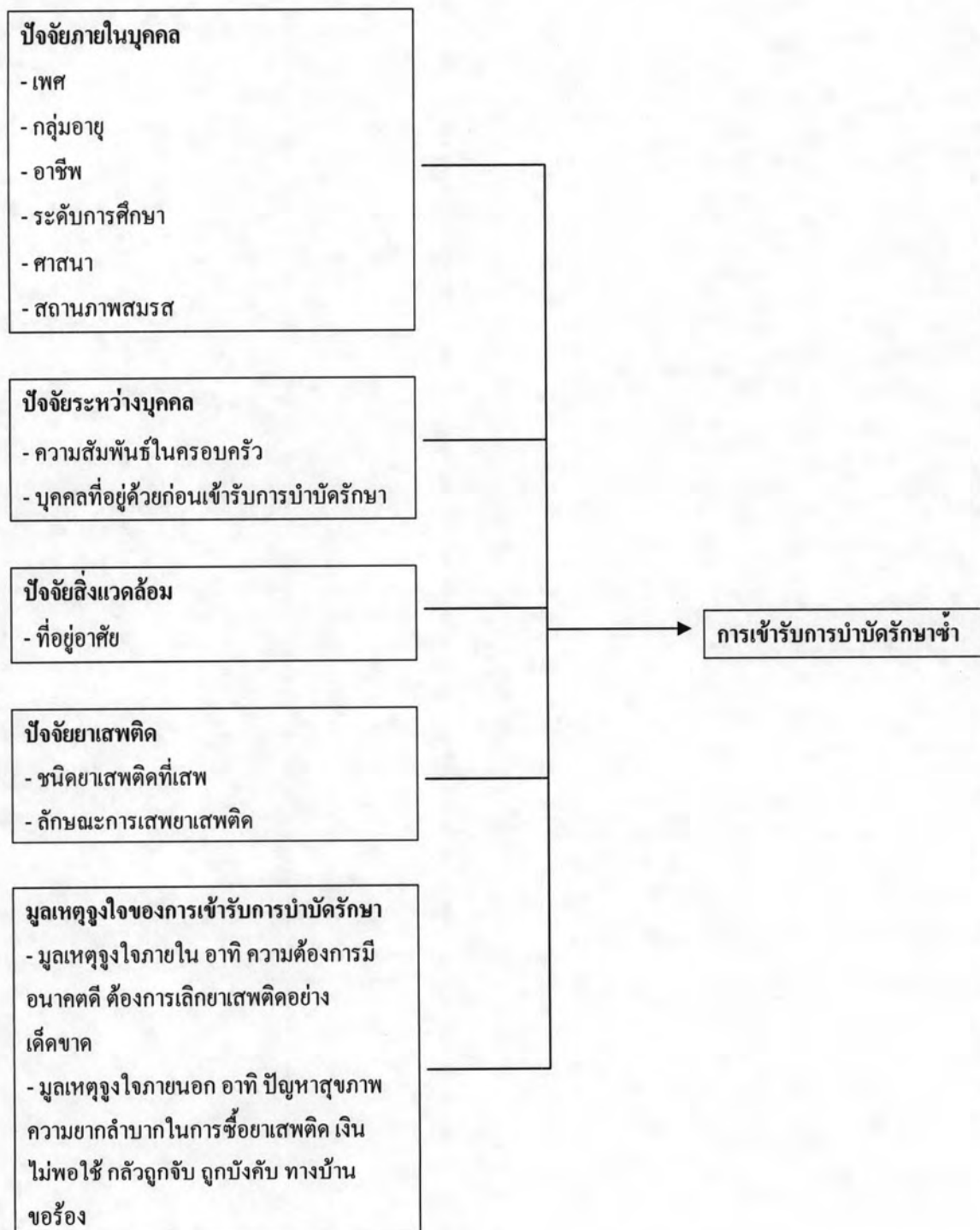
<sup>26</sup> รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 1.34 และตารางที่ 1.35 (หน้า 135-136)

กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยยาเสพติด กับมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษา





กรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยยาเสพติด และมูลเหตุจูงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษา กับการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ



## สมมุติฐานในการศึกษา

จากกรอบแนวคิด และผลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถสร้างสมมุติฐานหลักและสมมุติฐานย่อยได้ดังนี้

### สมมุติฐานหลัก

ความแตกต่างทางปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยยา-เสพติดมีผลต่อความแตกต่างในการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด

### สมมุติฐานย่อย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยมูลเหตุจงใจภายในจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยมูลเหตุจงใจภายนอก
2. ผู้ป่วยยาเสพติดชายจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดหญิง
3. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุน้อยจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอายุมาก
4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ว่างงานจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดอาชีพอื่น
5. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการศึกษาในระดับสูง
6. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็น โสคจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีสถานภาพสมรสอื่น
7. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบอื่น
8. ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับมารดา ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่กับบุคคลอื่นก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา
9. ผู้ป่วยยาเสพติดที่อาศัยในภาคกลางและกรุงเทพมหานครจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่อาศัยในภาคอื่น
10. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาบ้าจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดอื่น
11. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพยาเสพติดชนิดเดียวจะเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยยา-เสพติดที่เสพยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบระดับของมูลเหตุจงใจของการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์

2. ทราบระดับของการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันราชัญญารักษ์
3. ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในสถาบันราชัญญารักษ์
4. เป็นข้อมูลและองค์ความรู้อื่นจะนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและการกำหนดนโยบายการบำบัดรักษา ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยต่อไป