

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ขายเสพติดในประเทศไทย



สารนิพนธ์
ของ
จิรกานต์ ดาวฤกษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ

มิถุนายน 2560

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้เข้าเสพติดในประเทศไทย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ

มิถุนายน 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุเสพติดในประเทศไทย



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ
มิถุนายน 2560

จิรกานต์ ดาวฤกษ์. (2560). การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย.

สารนิพนธ์ ปร.ม. (นโยบายสาธารณะ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชญาณ นักร้อง.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา โดยศึกษาข้อมูลของผู้เข้ารับการรักษาทุกระบบที่มีข้อมูลบันทึกในระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ปี 2559 โดยศึกษาใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด 2) ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการรักษาในปี 2559 พบว่าสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม โดยผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ที่มักเลือกใช้ยาบ้า ไอซ์ และกัญชา ซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มเยาวชนจนถึงอายุ 39 ปี โดยมีสาเหตุจากการอยากลองและเพื่อนชวน อาการเสพติดของกลุ่มนี้จะมีไม่มากนัก จึงมักเข้าสู่การบำบัดรักษาเนื่องจากถูกบังคับโดยมาตรการของรัฐ โดยสามารถใช้รูปแบบการบำบัดรักษาระยะสั้น และสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ทั้งหมด ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดอีกกลุ่มคือผู้ฉีดยาและเฮโรอีน ซึ่งอาจมีจำนวนไม่มากนัก และพบในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมักใช้ยาเสพติดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย จึงมีลักษณะการเสพติดที่รุนแรง ส่งผลให้ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะอยากเลิกอย่างแท้จริง แต่รูปแบบในการบำบัดรักษาต้องใช้ระยะเวลายาวนาน และอาจคาดหวังผลได้เพียงการรักษาอาการให้ดีขึ้น แต่อาจไม่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ทั้งหมด

ดังนั้น แนวนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทยจึงควรพิจารณาแนวทางการบำบัดรักษาที่สอดคล้องกับความแตกต่างของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดทั้งสองกลุ่มดังกล่าว รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันของผู้เข้ารับการรักษา โดยประเด็นที่เป็นข้อสังเกตที่น่าสนใจคือ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่พบว่าไม่มากนัก ซึ่งอาจพิจารณาได้ใน 2 ลักษณะ คือ ผู้ใช้ยาเสพติดในกลุ่มของเจ้าหน้าที่รัฐมีจำนวนไม่มากนัก หรืออาจเนื่องมาจากมาตรการในการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในกลุ่มดังกล่าวไม่ชัดเจนเพียงพอ ดังนั้นจึงควรกำหนดมาตรการในการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในหน่วยงานภาครัฐเช่นเดียวกับมาตรการการค้นหาในสถานประกอบการ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ยังเห็นว่า ผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์หรือนานกว่าไม่สมบูรณ์ จึงอาจสะท้อนได้ว่า ครอบครัวคือกลไกที่สำคัญในการจูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา การกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงควรมุ่งเน้นให้กลไกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจูงใจ ดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดควบคู่ไปกับมาตรการของรัฐที่มี เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหายาที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

SITUATIONAL ANALYSIS OF THE PROBLEM OF DRUG USERS IN THAILAND

AN ABSTRACT

BY

JEERAKARN DAORERK



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Public Administration in Public Policy
at Srinakharinwirot University

June 2017

Jeerakarn Daorerk. (2017). Situational Analysis of the Problems of Drug Users in Thailand.
Master's Project M.P.A. (Public Policy). Bangkok: Graduate School,
Srinakharinwirot University. Project Advisor: Asst. Prof. Dr. Preechaya Nakfon.

This research aims to analyze the situation of drug users in Thailand and to make policy recommendations with regard to solving the problems for drug users in accordance with their situations by study the treatment data of all recipients, which were recorded in the Drug Trafficking Monitoring and Reporting System in 2016. The study was based on the following three topics, as follows: 1) the personal characteristics of drug users; 2) behavioral information on drug use and 3) information on treatment. These topics were analyzed by using descriptive and inferential statistics.

The study indicates that the patients who received treatment in 2016 can be divided into two groups. Most of the rehabilitated people, who had used amphetamines, methamphetamines and marijuana were adolescents and adults up to the age of thirty nine because of curiosity and the influence of their friends. The level of addiction of this group was not severe, as they often went into treatment when forced to by the judicial system. It can be used for short-term treatment and used for any drug. Another treatment group consisted of opium and heroin users, who only used small quantities. Most of them were found in a group for people over forty years of age, who often used drugs to treat illnesses which resulted in serious addiction. Even though they decided to get treatment because they genuinely want to quit, the treatment pattern requires a long period of time and may be expected just to improve the symptoms, not to cure drug addiction.

Therefore, the policy of solving the problems for drug users in Thailand should appear to be considered to be consistent with the differences in terms of treatment approaches between two groups of drug users and the differences in personal characteristics between those who receive the treatment. An interesting point to consider is the number of government officials receiving treatment are found to be very small. This can be considered in two ways: there are just a few government officials using drugs or maybe there are inadequate measures used to identify a group of government officials who are drug users. Consequently, the measures to identify drug users in the government and the private enterprise sector should be strict and solve the problem of drug use at every level of society.

Furthermore, most patients who received treatment have better relationships with their parents. This reflects the fact that families are an important part of attracting drug users into the treatment process. A definition of the way to solve the problem of drug users should be focused on family to take part in the motivation, care and assistance of drug users along with government measures to achieve effective problem solving regarding this issue.

สารนิพนธ์
เรื่อง
การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุเสพติดในประเทศไทย
ของ
จිරกานต์ ดาวฤกษ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรชัย เอกปัญญาสกุล)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชญาน์ นักพ็อน) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชญาน์ นักพ็อน)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. มาโนชญ์ อารีย์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. จิรภา พฤกษ์พาดี)

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดีนั้น ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากอาจารย์ ผศ.ดร.ปรีชญาณ์ นักฟิสิกส์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของงานวิจัยให้แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.มาโนชญ์ อารีย์ และ อาจารย์ ดร. จิรภา พฤกษ์พาดี คณะกรรมการผู้ควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในวิชาต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถนำความรู้มาวิเคราะห์จนสำเร็จลุล่วงตามความมุ่งหมาย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ชี้แนะและช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดมา

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว ของผู้วิจัยที่ได้ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จิรกานต์ ดาวฤกษ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ข้อจำกัดของการศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ของงานวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	6
ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาผู้ค้ายาเสพติด	8
แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด	10
แนวทางการแก้ไขปัญหายาผู้ค้ายาเสพติด	12
แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
กรอบแนวคิดในการวิจัย	29
3 ผลการดำเนินงานวิจัย	33
ลักษณะส่วนบุคคล	33
พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด	35
การบำบัดรักษา	39

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด.....	45
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและการบำบัดรักษา.....	52
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษา.....	73
การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Regression.....	96
การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด.....	96
การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษา.....	98
4 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	104
สรุปผลการวิจัย.....	104
การอภิปรายผล.....	106
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย.....	107
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	109
บรรณานุกรม	110
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์	113

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	33
2 อายุที่ไ้ยาเสพติดครั้งแรกของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	36
3 ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรกของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	36
4 สาเหตุที่ไ้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	37
5 ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	37
6 ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	38
7 ลักษณะการเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	39
8 สาเหตุการเข้าบำบัดรักษาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	40
9 ระบบการบำบัดรักษาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	41
10 รูปแบบการบำบัดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	42
11 ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2560	43
12 สาเหตุการจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	44
13 การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559	44
14 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอายุที่ไ้ยาเสพติดครั้งแรก	45
15 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	46
16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุที่ไ้ยาเสพติด	46
17 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	47
18 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม	47
19 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับลักษณะการเสพติด	48
20 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับอายุที่ไ้ยาเสพติดครั้งแรก	48
21 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	49
22 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุที่ไ้ยาเสพติด	49
23 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	50
24 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม	51
25 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับการลักษณะการเสพติด	51

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
26 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	52
27 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระบบการบำบัดรักษา.....	53
28 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	53
29 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย.....	54
30 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุการจำหน่าย.....	54
31 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย.....	55
32 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	55
33 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระบบการบำบัดรักษา.....	56
34 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	57
35 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย.....	58
36 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสาเหตุการจำหน่าย.....	58
37 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย.....	59
38 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	60
39 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับระบบการบำบัดรักษา.....	60
40 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	61
41 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย.....	62
42 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุการจำหน่าย.....	62
43 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย.....	63
44 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	64
45 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระบบการบำบัดรักษา.....	65
46 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	66
47 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย....	67
48 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสาเหตุการจำหน่าย.....	68
49 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการประเมินผลจากการบำบัด ขณะจำหน่าย.....	69
50 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	70

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
51 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระบบการบำบัดรักษา.....	70
52 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	71
53 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย.....	72
54 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสาเหตุการจำหน่าย.....	72
55 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย.....	73
56 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	74
57 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับระบบการบำบัดรักษา.....	74
58 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	75
59 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด ก่อนจำหน่าย.....	76
60 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับสาเหตุการจำหน่าย.....	77
61 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับการประเมินผลจากการบำบัด ขณะจำหน่าย.....	77
62 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	78
63 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับระบบการบำบัดรักษา.....	79
64 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	80
65 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด ก่อนจำหน่าย.....	81
66 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับสาเหตุการจำหน่าย.....	81
67 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับการประเมินผลจากการบำบัด ขณะจำหน่าย.....	82
68 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	83
69 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับระบบการบำบัดรักษา.....	84
70 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	85
71 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับขั้นตอนสุดท้าย ในการบำบัดก่อนจำหน่าย.....	86
72 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับสาเหตุการจำหน่าย.....	87

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
73 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับการประเมินผล จากการบำบัดขณะจำคุก.....	88
74 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	89
75 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับระบบการบำบัดรักษา.....	89
76 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	90
77 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด ก่อนจำคุก.....	91
78 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับสาเหตุการจำคุก.....	91
79 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับประเมินผล จากการบำบัดขณะจำคุก.....	92
80 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	93
81 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับระบบการบำบัดรักษา.....	93
82 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับรูปแบบการบำบัดรักษา.....	94
83 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด ก่อนจำคุก.....	95
84 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับสาเหตุการจำคุก.....	95
85 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับการประเมินผลจากการบำบัด ขณะจำคุก.....	96
86 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด.....	97
87 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา.....	98
88 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการบำบัดรักษา.....	99
89 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการบำบัดรักษา.....	100
90 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด ก่อนจำคุก.....	101
91 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการจำคุก.....	102
92 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลจากการบำบัด ขณะจำคุก.....	103

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 สัตว์ส่วนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด แยกลักษณะการเสพติด.....	2
2 สัตว์ส่วนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด แยกรายเก่า – รายใหม่.....	2
3 วงจรการวิเคราะห์นโยบายของ วิลเลียม ดันน์.....	19
4 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	29



บทที่ 1

บทนำ

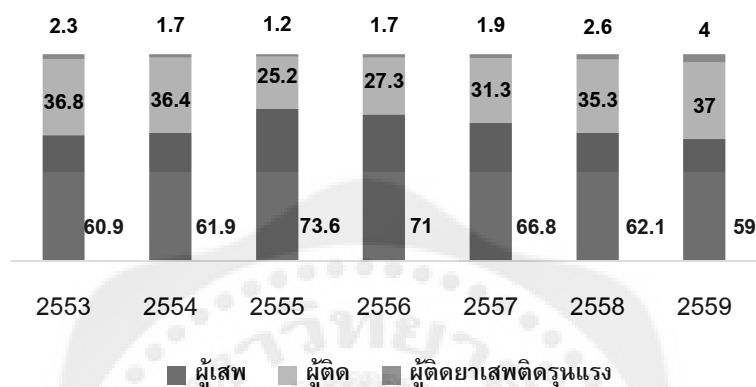
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม คือมีการขยายตัวในภาคการผลิต อุตสาหกรรม และการส่งออก ได้เติบโตขึ้นในอัตราที่สูงมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมา และจากสภาวะเศรษฐกิจดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ที่ต้องดิ้นรนเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยในการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และเมื่อประเทศประสบปัญหาจากวิกฤติทางเศรษฐกิจ ปัญหาการเลิกจ้างงาน ไม่มีงานทำ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่ามาซึ่งปัญหาสังคมอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหายาเสพติด ที่นับเป็นปัญหาสำคัญและยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งยังแพร่ระบาดเข้าไปในทุกสังคมทุกเพศทุกวัยไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท รวมถึงกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ประกอบกับปัจจัยที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของยาเสพติดยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการขยายตัวของแหล่งอบายมุข เช่น ร้านเกมส์ สถานบริการ และสถานบันเทิงต่างๆ ส่งผลทำให้ปัญหายาเสพติดกลายเป็นภัยคุกคามที่บ่อนทำลายสังคมไทยมากขึ้น และมีผลกระทบต่อการพัฒนาการทางด้านการร่างกายและสมองของเยาวชนที่จะเป็นพลังสำคัญในอนาคต ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและประกาศเป็นนโยบายเร่งด่วน ที่ทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในทุกด้าน ทั้งด้านการปราบปราม การป้องกัน และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ติดยาเสพติดในระยะที่ผ่านมา ได้ใช้นโยบายการนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและมีความเหมาะสม โดยถือว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือด้วยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการแก้ปัญหที่ตัวคนเป็นหลัก ด้วยการลดโอกาสของการติด การเสพ การทดลองใช้ยา รวมทั้งลดความต้องการในการใช้ยาเสพติด เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาก่อนที่จะเสติดรุนแรงมากขึ้น และ ไม่กลับไปเสพิซ้ำ ส่งเสริมให้มีโอกาสกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

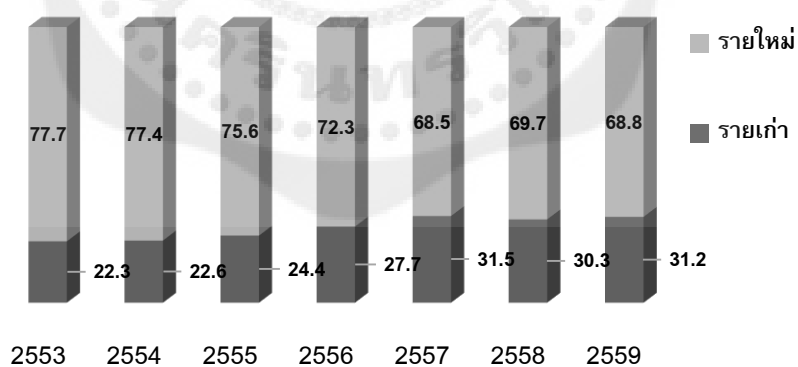
อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารัฐบาลได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ ผ่านสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีอยู่ทั่วประเทศ และมีพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 ซึ่งกำหนดให้ผู้ต้องหาไม่ถูกคุมขังไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าถึงการบำบัดรักษาได้โดยง่าย สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดจึงมีแนวโน้มลดลง แต่ในอนาคตอาจจะมีแนวโน้มที่จะกลับมาใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นอีกได้ เนื่องจากพบว่าข้อมูลการประเมิน

ผู้เข้าบำบัดรักษาพบว่ากลุ่มผู้ติดและผู้ติดยาเสพติดรุนแรงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาจากการใช้ยาเสพติดที่ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือในอนาคต



ภาพประกอบ 1 สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด แยกลักษณะการเสพติด

ที่มา: ส่วนวิชาการ ข้อมูลและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส.



ภาพประกอบ 2 สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด แยกรายเก่า-รายใหม่

ที่มา: ส่วนวิชาการ ข้อมูลและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส.

¹ สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหา (ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด : สำนักงาน ป.ป.ส.)

จากข้อมูลในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่าสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายเก่า นั้น ไม่ได้มีจำนวนลดลง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น สาเหตุหนึ่ง ที่สำคัญที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษากลับไปเสพซ้ำคือต้องการสิ่งที่พึงพึง ยึดเหนี่ยวทางใจ การกลับไปคบเพื่อนที่ใช้อยาเสพติด และสังคมครอบครัวแตกแยก (กัลยา ธรรมคุณ , 2540) หรือการกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหายาของผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

ด้วยความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นที่จะต้องแสวงหาทางเลือกหรือมาตรการ เพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาของผู้ใช้ยาเสพติด ที่ผ่านมาอย่างรอบด้าน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ทำให้สามารถทราบข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหา อุปสรรคของผู้ใช้ยาเสพติดอย่างแท้จริง และปัญหานั้นมีผลกระทบต่อสังคมอย่างไร เพื่อนำข้อมูล ที่ได้จากการวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการพัฒนาและกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายา ผู้เสพยาเสพติดที่เหมาะสมให้สามารถ ลด ละ เลิก ไม่หวนกลับไปใช้อยาเสพติดซ้ำได้ และกลับมา ดำรงชีวิตเป็นคนดีของครอบครัว ชุมชน สังคม เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาผู้ใช้ยาเสพติดที่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหายาผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย โดยพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้ยาเสพติด 2) ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ทั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดรักษา ในปี 2559

ขอบเขตด้านประชากร

เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทุกระบบ ในปี 2559

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ตั้งแต่ เดือนมกราคม – เมษายน 2560

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณจากข้อมูลของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบ บสต. ปี 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มุ่งศึกษาข้อมูลผู้เข้าเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเป็นการศึกษาข้อมูลผู้เข้าเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบที่มีในข้อมูลบันทึกในระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2559

ข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบที่มีข้อมูลบันทึกในระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปี 2559 ในส่วนของข้อมูลดังนี้ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้าเสพติด 2) ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการเข้าเสพติด 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ T-test , ANOVA , Regression ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเข้าเสพติดในประเทศไทย ตามประเด็นที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากเป็นข้อมูลจากระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ซึ่งในปี 2559 มีผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมดจำนวน 177,731 คน แต่มีข้อมูลที่ครบสมบูรณ์ในทุกด้านที่ใช้ได้จริงจำนวน 166,672 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ยาเสพติด หมายถึง ยาเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522
2. ผู้เข้าเสพติด หมายถึง ผู้ที่รับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ เช่น การกิน การดื่ม การสูดดม การสูบ การฉีด เป็นต้น
3. พฤติกรรมการเข้าเสพติด หมายถึง การกระทำของตัวบุคคลที่เกี่ยวกับการนำยาเสพติดเข้าสู่ร่างกาย ด้วยวิธีต่างๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ
4. การบำบัดรักษา หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งรวมตลอดถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาด้วย

5. พื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดการติดยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด รวมตลอดถึงการรักษาสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ซึ่งเสพยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยไม่เสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติด

6. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา หมายถึง กระบวนการพิจารณาและจำแนกข้อมูลเพื่อชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหายาเสพติดที่ต้องเฝ้าระวัง

ประโยชน์ของงานวิจัย

เพื่อนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปใช้ในการพัฒนา วางแผน ปรับปรุงนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดตามหัวข้อต่อไปนี้

1. นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
2. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
3. แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด
4. แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด
5. แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปรากฏชัดเจนตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2502 สมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ หัวหน้าคณะปฏิวัติ เป็นต้นมา คือผู้ใดเสพฝิ่นมีความผิดตามกฎหมายและให้เผาทำลายฝิ่น ณ ท้องสนามหลวง ในปี พ.ศ. 2504 ได้มีการตั้งคณะกรรมการกลางปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (ก.ป.ส.) เพื่อปราบปรามยาเสพติดอย่างเข้มงวด จนในปี พ.ศ. 2519 มีการตราพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดขึ้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการและจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) เพื่อเป็นหน่วยงานกลางประสานงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ, 2540 : 265 – 266)

รัฐบาลในยุคต่อมาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหายาเสพติดและมีนโยบายในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในรูปแบบของกฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534

ต่อมา ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) และฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) สมัยรัฐบาลของนายชวน หลีกภัย ได้มีการแถลงนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินในส่วนของการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อรัฐสภาทุกรัฐบาล โดยถือว่าเป็นรัฐบาลแรกที่เห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติด ได้มีการแก้ปัญหายาเสพติดในลักษณะองค์รวมมากขึ้นและเป็นรัฐบาลแรกที่ได้กำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างชัดเจน โดยได้มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 141/2541 กำหนดนโยบายที่จะต้องดำเนินการโดยอาศัยการผนึกกำลังและความร่วมมือจากทุกส่วนในสังคม ให้ชุมชนและสถาบันการศึกษา

เป็นรากฐานในการสร้างกระแสต่อต้านและกดดันการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันให้มีการระดมการปฏิบัติการทั้งหลายทั้งปวงเพื่อลดรอนและทำลายกระบวนการผลิต การค้ายาเสพติด ตลอดจนยับยั้งและยุติการนำยาเสพติดมาแพร่ระบาดในประเทศ โดยดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ราชบุรุษ – รัฐร่วมใจต้านภัยยาเสพติด เป็นการผนึกกำลังของประชาชนและหน่วยงานราชการในการต่อต้านปัญหาเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ด้วยระบบบริหารและการจัดการที่ชัดเจน เข้มแข็งและมีเอกภาพ¹

สมัยรัฐบาลที่มีพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี เห็นว่าปัญหาเสพติดได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และคุณภาพประชากร จึงได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนในการแก้ปัญหาเสพติดโดยใช้หลักป้องกันนำหน้าการปราบปราม ผู้เสพต้องได้รับการบำบัดรักษา ผู้ค้าต้องได้รับการลงโทษอย่างเด็ดขาด เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสนับสนุนให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง และได้มีการระดมความคิดเห็นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมความคิดเห็นกำหนดแนวทางเพื่อเอาชนะยาเสพติดและมีความเห็นร่วมกันว่า ทุกองคาพยพในสังคมจะต้องผนึกกำลังร่วมกันให้เป็นพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดโดยเร็วจึงได้มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 119/2544 กำหนดแนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติด เป็นยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาล เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2544 เป็นต้นมา

ปี 2552 สมัยรัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้พิจารณา ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด “ยุทธศาสตร์ 5 ร้วป้องกัน” เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ขจัดความเดือดร้อนของประชาชน เน้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการดำเนินงานในเชิงบูรณาการ ภายใต้ 7 โครงการ ที่จะให้ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางประกอบด้วย โครงการรื้อชายแดน , โครงการรื้อชุมชน , โครงการรื้อสังคม , โครงการรื้อโรงเรียน , โครงการรื้อครอบครัว , โครงการปราบปรามยาเสพติด และโครงการบำบัดรักษา

ปี 2557 สมัยรัฐบาลของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 41/2557 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2557 เรื่อง การปราบปรามและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งเป็นคำสั่งที่มีเจตนารมณ์ในการมุ่งแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีมาตรการในการขับเคลื่อน 5 มาตรการ คือ มาตรการควบคุมแนวชายแดน , มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่รัฐมิให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด , มาตรการควบคุมการค้าขายในเรือนจำ , มาตรการควบคุมพื้นที่การค้าขาย รุนแรง และมาตรการควบคุมพื้นที่เสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง

¹ พงษ์ศิริ สวนแก้ว. (2546). การวิเคราะห์นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด : การศึกษาการนำแนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดไปปฏิบัติ.

ต่อมาในปี 2559 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระสำคัญแห่งชาติ มุ่งสร้างเครือข่ายระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด และดำเนินการปราบปรามผู้ค้าและผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างจริงจัง โดยกำหนด แนวทางการขับเคลื่อนแผนประชารัฐร่วมใจสร้างหมู่บ้าน/ชุมชนมั่นคงปลอดภัยยาเสพติด ปี 2559 ตามกระบวนการ “ประชารัฐ 9 ขั้นตอน” ตั้งแต่การสืบสภาพชุมชน การพบปะแกนนำ การคัดแยก ผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กและเยาวชน การใช้ มาตรการทางสังคมและสร้างบรรยากาศความร่วมมือในชุมชนเพื่อเอาชนะปัญหา ยาเสพติดให้ได้ ตั้งแต่ในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

ทั้งนี้ แม้ว่ารัฐบาลที่ผ่านมามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ได้ตระหนักถึงความจำเป็นและเร่งดำเนินการเพื่อ แก้ไขปัญหา ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม แต่ในปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดยังคงทวีความ รุนแรงมากขึ้น อาจะเกิดได้จากการกำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดยังไม่มี ประสิทธิภาพมากเพียงพอในการขจัดปัญหาให้หมดไป

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ปี 2559 (สำนักงาน ป.ป.ส. : 2559) ที่ผสมผสานภายในกรอบแผนปฏิบัติการฯ ปี 2559 มี 8 ยุทธศาสตร์ตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การ ป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 คือ 1) ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาส เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด 2) ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติด 3) ยุทธศาสตร์ การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม 4) ยุทธศาสตร์การควบคุมตัวยาและผู้ค้า ยาเสพติด 5) ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ 6) ยุทธศาสตร์สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อ ป้องกันปัญหา ยาเสพติด 7) ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมภาคประชาชน 8) ยุทธศาสตร์การบริหาร จัดการอย่างบูรณาการ

จาก 8 ยุทธศาสตร์หลักดังกล่าวข้างต้นสามารถจัดหมวดหมู่ยุทธศาสตร์ที่มีกระบวนการ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติด ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การแก้ไขปัญหายูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติด 2) ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม

1. ยุทธศาสตร์ที่ 2 การแก้ไขปัญหายูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติด มีเป้าหมายยุทธศาสตร์ ในการนำยูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทุกระบบ จำนวน 220,000 คน โดยมี แนวทาง ดังนี้

1.1 การนำยูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา โดยการประชาสัมพันธ์และ เข้าถึงยูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติดในชุมชน เพื่อชักชวนและจูงใจให้ยูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษา โดยการปรับทัศนคติของยูสเฝ้าผู้ติดยาเสพติดให้เห็นผลกระทบของการใช้ยาเสพติด การปรับทัศนคติของครอบครัว ผู้ปกครอง ชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการเพื่อให้เกิด การยอมรับปัญหา

1.2 พัฒนามาตรฐานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นคุณภาพและมาตรฐานของหลักสูตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟู คุณภาพและมาตรฐานของศูนย์ฟื้นฟู และคุณภาพและมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่บำบัดฟื้นฟู/วิทยากร โดยมีบุคลากรด้านสาธารณสุขเข้าร่วมดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการบำบัดรักษา

1.3 เพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในระบบต้องโทษ โดยเน้นกระบวนการในการคัดกรอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟู และกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่สังคม

1.4 พัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดให้เป็นเอกภาพ และสามารถบูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้สามารถใช้ประโยชน์สำหรับการบำบัดรักษาและการบริหารจัดการ ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่

2. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม มี 2 แผนงาน
คือ 1) แผนงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา 2) แผนงานช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด

2.1 แผนงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา มีเป้าหมายแผนงาน คือ ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 235,000 คน มีแนวทาง ดังนี้

2.1.1 พัฒนาศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ระดับจังหวัดและอำเภอ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรผู้ทำหน้าที่ในการติดตามดูแลในพื้นที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครต่างๆ เป็นต้น ให้สามารถทำหน้าที่ในการติดตามดูแลและช่วยเหลือ ตลอดจนให้คำปรึกษาแก่ผู้ผ่านการบำบัด

2.1.2 พัฒนากลไกการติดตามทางการแพทย์และการติดตามทางสังคมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและดำเนินการส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในกรณีที่มีการย้ายถิ่นที่อยู่/เปลี่ยนสถานที่ทำงาน เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดฯ ได้รับการติดตามดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 แผนงานช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด เป้าหมายแผนงาน คือ ให้ความช่วยเหลือได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ โดยมีแนวทาง ดังนี้

2.2.1 พัฒนาระบบการประสานงานเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ในแต่ละระบบให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฯ ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยประสานหน่วยงานในพื้นที่ในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสม

2.2.2 พัฒนากลไกที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือในพื้นที่ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม ให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ในเชิงรุก ทั้งในเรื่องการศึกษา ทักษะอาชีพ การประกอบอาชีพ ทุนประกอบอาชีพ การรักษาสุขภาพ

2.2.3 ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ โดยวิเคราะห์ตามความจำเป็นและศักยภาพ ตลอดจนให้ความดูแลผู้ที่ยังไม่ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับไปกระทำผิดซ้ำ

2.2.4 การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักในคุณค่าของคนและยอมรับการคืนคนดีสู่สังคม

แนวคิดเกี่ยวกับยาเสพติด

1. ประเภทของยาเสพติด สามารถแบ่งได้ตามลักษณะต่างๆ (สำนักงาน ป.ป.ส. : 2555) ดังต่อไปนี้

ก. แบ่งได้ตามแหล่งที่เกิด ได้แก่

1) ยาเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) คือ ยาเสพติดที่ผลิตได้มาจากพืช เช่น ฝิ่น พืชกระท่อม กัญชา

2) ยาเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) คือ ยาเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน

ข. แบ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้แก่

ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น เฮโรอีน (Heroin) แอมเฟตามีน (Amphetamine) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) แอลเอสดี (LSD) เอ็กซ์ตาซี (Ecstasy) หรือ MDMA

ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ฝิ่น (Opium) มอร์ฟีน (Morphine) โคเคนหรือโคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) เมทาโดน (Methadone)

ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีโคเดอีนผสมอยู่

ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl chloride) เอทิลิดีนไดอะเซเตต (Ethylidene diacetate) ไลเซอร์จิก อาซิด (Lysergic Acid)

ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 4 เช่น พืชกัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น (ซึ่งหมายความรวมถึงพันธุ์ฝิ่น เมล็ดฝิ่น กล้าฝิ่น ฟางฝิ่น) พืชเห็ดขี้ควาย

ค. แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่

1) ยาเสพติดประเภทกดประสาท เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยากล่อมประสาท สารระเหย

2) ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน กระท่อม โคคาอีน

3) ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เห็ดขี้ควาย

4) ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน (อาจกด กระตุ้น หรือหลอน ประสาทรวมกัน) เช่น กัญชา

2. สาเหตุการใช้ยาเสพติด

สาเหตุของการติดสิ่งเสพติดมีอยู่มากมายหลายสาเหตุ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ครอบครัวหรือผู้ปกครอง โรงเรียน หรือสถานศึกษา สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม และสังคม ปัญหาจากทางร่างกายและจิตใจของคนผู้นั้น ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งมีผู้วิจัยหลายท่านได้ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุของการใช้ยาเสพติดไว้ ดังนี้

คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา กรมสามัญศึกษา (2539 : 15 – 16) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้คนเราใช้ยาเสพติด มีหลายประการ เช่น การอยู่ใกล้ชิดกับ ยาเสพติดหรือผู้ติดยา , การใช้ยาเพื่อลดปัญหา , การถูกล่อลวง ชักชวน ถูกหลอกให้ทดลองโดยไม่รู้ว่า เป็นยาเสพติด , ความอยากรู้อยากลอง ความคึกคะนอง , เพื่อระงับความเจ็บป่วย , เพื่อหลบหนีความจริง เพื่อปกปิดปมด้อยของตนเอง , มีจิตใจอ่อนแอ มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ

สำนักงาน ป.ป.ส. (ชุดนิทรรศการยาเสพติด ภัยพิบัติร้าย ทำลายชีวิต : 2555) กล่าวถึง สาเหตุของการติดยาเสพติด ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง , ด้วยความคึกคะนอง , เพื่อนชวน , คิดว่าลองแล้วจะไม่ทำให้ติด , มีความเชื่อในทางที่ผิด , เพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น ถูกหลอกให้เสพยาเสพติด

จากการศึกษาผู้วิจัยพอสรุปสาเหตุของการติดสิ่งเสพติด ได้ดังนี้

1. เพื่อนชวน ด้วยความเกรงใจเพื่อน หรือเชื่อเพื่อน หรือต้องการแสดงว่า ตัวเป็นพวกเดียวกับเพื่อน จึงใช้สิ่งเสพติดนั้น
2. อยากลอง ในการใช้ครั้งแรกๆ อาจมีความรู้สึกดี จนในที่สุดก็ติดสิ่งเสพติดนั้น หรือถ้าไปทดลองใช้สิ่งเสพติดบางชนิด เช่น เฮโรอีน แม้จะเสพเพียงครั้งเดียว ก็อาจทำให้ติดได้
3. ความสนุกสนาน อาจจะแสดงความเก่งกล้าของตนในกลุ่มเพื่อน ให้เพื่อนผู้ ยอมรับว่าตนเก่ง โดยมีได้คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นในภายหลังจนในที่สุดก็กลายเป็นคนติด ยาเสพติด
4. ทำให้หายป่วย คนที่มีอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคประจำตัวบางอย่าง ใช้ยาเพื่อระงับอาการเจ็บปวด และผู้ป่วยก็จะใช้นั้นอีก เมื่อทำเช่นนี้ไปนานๆ ก็จะเกิดอาการ ติดยานั้นขึ้น
5. ไม่สบายใจ เช่น มีความวิตก กังวล เครียด มีความผิดหวังในชีวิต มีความเศร้าสลดเสียใจ เป็นต้น
6. ช่วยงานอาชีพ เช่น ผู้ที่ประกอบอาชีพ นักร้อง คนขับรถ ฯลฯ ผู้ที่มีอาชีพ เหล่านี้จะใช้ยาเสพติดเพื่อหวังผลให้สามารถทำได้ บางคนใช้ยาเสพติดเพราะฤทธิ์ยาช่วยให้ไม่ง่วง

3. ประเภทของผู้ใช้ยาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองผู้เสพติดตามความรุนแรงเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 ผู้เสพ หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยน แต่ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ 2) ใช้แล้วมีปัญหาแต่ยังคงใช้ยา 3) หยุดยาแล้ว ไม่มีอาการถอน/อยากยา

3.2 ผู้ติด หมายถึง ผู้ที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ (1) ดำรงชีวิตผิดปกติและไม่สามารถปฏิบัติการกิจต่างๆ ได้ และมีผลกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่น (2) หยุดยาแล้ว มีอาการถอน/อยากยา

3.3 ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง หมายถึง ผู้ติดยา/สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 3 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ทางการแพทย์หรือจากประวัติทางสังคม ไม่สามารถเลิกเสพยาได้ แม้ผ่านการบำบัดหลายครั้ง หรือหลายวิธี ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) เคยรักษาแบบบำบัดด้วยยา มากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 ปี หรือบำบัดด้วยยาและบำบัดฟื้นฟูร่วมกัน เกินกว่า 3 ครั้ง (2) ไม่ตั้งใจ หรือไม่ต้องการเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง (จากการประเมินในการบำบัดฯ แต่ละครั้ง) (3) เคยถูกจับหรืออยู่ระหว่างการดำเนินคดีเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดมากกว่า 3 ครั้ง

แนวทางการแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติด

แนวทางการแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติดมี 2 ส่วนสำคัญ คือ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด

1. ลักษณะการบำบัดรักษา

1.1 ระบบการบำบัดรักษา

1.1.1 ระบบสมัครใจ (Voluntary System) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในขั้นตอนต่างๆ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

1) การค้นหาผู้เสพยาเสพติด กระบวนการในการค้นหาจึงเน้นการให้ผู้เสพยาเสพติด พ่อ แม่ ญาติ ของผู้เสพยาเสพติด ที่มีความต้องการเลิกยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ด้วยความสมัครใจ ผ่านการค้นหาโดยชุมชน หรือการทำประชาคมในชุมชน

2) การคัดกรองผู้เสพยาเสพติด เนื่องจากผู้เสพยาเสพติดมีพฤติกรรมการเสพยาที่แตกต่างกันทั้งชนิดของตัวยาสเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการเสพยา ดังนั้นเพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพฯ มีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน

ป.ป.ส. ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองผู้เสพติดตามความรุนแรงเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้เสพ ผู้ติด และผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

1.1.2 ระบบบังคับ (Compulsory System) เป็นระบบที่เกิดขึ้นโดยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2534 เป็นกฎหมายที่ใช้บังคับผู้ติดยาและสารเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ต่อมาได้มีการปรับแก้ไขเนื่องจากกฎหมายเดิมมีข้อขัดข้องในการดำเนินงาน และได้ประกาศใช้ “พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545” ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2545 สาระสำคัญของพระราชบัญญัติ มีดังนี้ เมื่อเจ้าพนักงานจับกุมผู้ต้องหาใน 4 ฐาน คือ (1) เสพยาเสพติด (2) เสพและมีไว้ในครอบครอง (3) เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือ (4) เสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง และไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในฐานความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ต้องหามาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่ง ส่งตัวผู้ต้องหาไปรับการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด แต่หากผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปี บริบูรณ์ ให้พนักงานสอบสวนนำส่งตัวผู้ต้องหาไปยังศาลภายใน 24 ชั่วโมง โดยแจ้งให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ทราบ เพื่อดำเนินการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ และประวัติทางสังคมว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ หากคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด จะดำเนินการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและส่งตัวผู้ต้องหาไปยังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลา 6 เดือน และมีการประเมินผลการรักษา หากผู้ติดยาเสพติดไม่ผ่านการประเมิน คณะกรรมการอาจขยายระยะเวลาการฟื้นฟูออกไปได้อีกคราวละไม่เกิน 6 เดือน แต่รวมทั้งสิ้นแล้วไม่เกิน 3 ปี แต่หากผลการตรวจพิสูจน์ไม่พบว่าผู้ต้องสงสัยเป็นผู้ติดยาเสพติด ทางศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจะส่งผู้ต้องหาคืนพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินการในชั้นต่อไป กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลเป็นที่น่าพอใจ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะปล่อยตัว ผู้ต้องหาไปโดยถือว่าพ้นความผิดจากที่ถูกกล่าวหา

1.1.3 ระบบต้องโทษ (Correctional System) เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด และถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย ซึ่งมีหน่วยงานรับผิดชอบ ดังนี้

1) กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม มีหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ต้องขังที่ติดยาเสพติดอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีความผิดในคดียาเสพติดจะถูกส่งตัวมารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในทัณฑสถานบำบัดพิเศษของกรมราชทัณฑ์ จำนวน 10 แห่ง ทั่วประเทศ แบ่งเป็น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษชาย 8 แห่ง และทัณฑสถานบำบัดพิเศษหญิง 8 แห่ง แต่เนื่องจากมีผู้ต้องขังจำนวนมากที่กระทำความผิดในคดียาเสพติด หรือคดีอื่นๆ แต่มีประวัติ

การใช้ยาเสพติด กรมราชทัณฑ์จึงได้ดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในเรือนจำทั่วไปอีก 105 แห่ง

2) กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม สำหรับเด็กและเยาวชนที่มีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ ในวันที่กระทำผิดไว้ในระหว่างการสอบสวนหรือพิจารณาคดี หรือตามคำพิพากษาหรือคำสั่งศาล ซึ่งกรมพินิจฯ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเยาวชนกลุ่มนี้ โดยให้การสงเคราะห์และบำบัดแก้ไขเด็กและเยาวชนในระหว่างที่ถูกควบคุมหรือภายหลังปล่อย จัดให้มีการตรวจรักษาและพยาบาลเด็กและเยาวชน ตลอดจนให้การศึกษาและอบรมสั่งสอนเด็กและเยาวชน ซึ่งอยู่ในความควบคุมของกรมพินิจฯ และในปัจจุบันได้มีการนำรูปแบบชุมชนบำบัดมาใช้ในการดำเนินการบำบัดรักษาเด็กและเยาวชนที่ติดยาและสารเสพติดอีกด้วย

3) กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติมีบทบาทหน้าที่ในการคุมประพฤติผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและมีความผิดไม่ร้ายแรงนัก โดยศาลจะสั่งให้ถูกคุมความประพฤติ และจะต้องรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่เป็นระยะๆ และอาจมีเงื่อนไขอื่นๆ อีก เช่น ห้ามข้องเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ ให้เข้ารับการบำบัดรักษา เป็นต้น โดยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2546 เป็นต้นมา กรมคุมประพฤติมีหน้าที่เพิ่มเติมในการคุมประพฤติเด็กและเยาวชนด้วย จากเดิมที่เป็นหน้าที่ของกรมพินิจฯ

1.2 รูปแบบของการบำบัดรักษา² เป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยวิธีต่างๆ เพื่อให้หายจากการเสพติดและใช้ชีวิตในสังคมปกติได้ มี 5 รูปแบบ ดังนี้

1.2.1 รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยมาพักค้างในสถานบำบัดที่กำหนดไว้ใช้รูปแบบค่ายเยาวชนต้นกล้า (สถาบันธัญญารักษ์เป็นผู้พัฒนาหลักสูตร) เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

- 1) เพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด
 - 2) เพื่อพัฒนาเยาวชนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมโดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient)
 - 3) เพื่อให้ครอบครัวได้ทำหน้าที่ครอบครัวอย่างเต็มศักยภาพ
 - 4) เพื่อสร้างเครือข่ายของครอบครัวและเยาวชนในการแก้ไขปัญหา
- ยาเสพติด

1.2.2 รูปแบบการบำบัดรักษาวิธี จิต สังคม บำบัด (MATRIX MODEL) เป็นการบำบัดที่ประยุกต์มาจาก The Matrix intensive Outpatient Program ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้รักษาผู้ติดยาเสพติดประเภทสารกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า โคเคน เป็นการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกแบบเร่งรัดโดยใช้เวลา 16 สัปดาห์ สำหรับ Matrix Program นี้มีการพัฒนาและนำมาใช้ตั้งแต่ ปี 1984 โดย Matrix institute on Addiction มหาวิทยาลัย UCIA ประเทศสหรัฐอเมริกา วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม

² การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจ (กระทรวงสาธารณสุข : 2552)

ให้ผู้ป่วยเรียนรู้สาเหตุของการติดยาเสพติด การฝึกทักษะในการเลิกเสพยาและการป้องกันการกลับไปเสพยา รวมทั้งเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุการติดยาและวิธีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม มีการนัดหมายที่แน่นอนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเทศไทยนำ Matrix Program มาใช้ตั้งแต่ ปี 2543 ปัจจุบันมีการปรับเนื้อหากิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานบำบัดโดยระยะเวลาจาก 16 สัปดาห์ เป็น 12 สัปดาห์ กลุ่มบำบัดฯ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง

1.2.3 รูปแบบการบำบัดวิธีชุมชนบำบัด เป็นวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้อยู่ร่วมเสมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวขนาดใหญ่สร้างขึ้นใหม่เพื่อให้ผู้เสพติดเข้ารับ การบำบัดฯ สามารถเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองในเรื่องระเบียบวินัย และปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ และพฤติกรรม เพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ระยะเวลาในการบำบัด 1 – 1½ ปี ชุมชนบำบัดจะเน้นการแก้ปัญหาทางจิตใจเป็นสำคัญ ด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1) การเลียนแบบพฤติกรรมที่ดี ด้วยความเชื่อว่าทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีเมื่อได้เห็นว่าผู้ที่อยู่ในสภาพเดียวกันและเคยติดยาเสพติดก่อนสามารถทำได้ ก็จะเป็นแรงบันดาลใจให้มีความเข้มแข็งและก้าวสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเช่นกัน 2) การอยู่ร่วมกันเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน อันจะสร้างความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยให้เกิดขึ้นนำไปสู่การรักตนเองและรักผู้อื่น 3) การใช้อิทธิพลกลุ่ม เพื่อเป็นแรงเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสมโดยกลุ่มเพื่อนจะเป็นผู้สร้างความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจ เป็นต้น

1.2.4 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูฯ ที่พัฒนามาจากรูปแบบชุมชนบำบัด โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระยะเวลาในการบำบัดฯ 4 – 6 เดือน โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) ครอบครัว (F : Family) ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มการบำบัดรักษา 2) กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activities) ใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย 3) การช่วยตนเอง (S : Self-help) กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ 4) ชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic Community) มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคมโดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ได้แก่ กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ กลุ่มชักประวัติ กลุ่มสัมมนา กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มทัศนศึกษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มออกกำลังกาย

1.2.5 รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรุนแรง (HEART MODEL) เป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรุนแรง (Hardcore) เน้นเรื่อง

ครอบครัว การให้ความรู้และการศึกษา การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย การพิจารณาความเป็นจริง และแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าโดยกระบวนการชุมชนบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด 1 ปี โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ครอบครัว (H : Home) ประกอบด้วย การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด การให้คำปรึกษาครอบครัว และให้ญาติมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม/ความคิดเห็นในการวางแผนการบำบัด 2) การให้การศึกษา (E : Education) ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่ถูกต้องกับผู้ป่วยเรื่องยาเสพติดในระดับเกิด การตระหนักรู้ การให้ความรู้เรื่องงานบำบัด และการฝึกอาชีพ 3) การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (A : Activity Promotion) เป็นการใช้กิจกรรมในการบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย 4) การพิจารณาความเป็นจริง (R : Reality) เป็นแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงเน้นที่พฤติกรรมปัจจุบันของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้จักตนเอง กล้าเผชิญกับความเป็นจริง และตอบสนองความต้องการของตนในโลกของความเป็นจริงโดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของตนเองและผู้อื่น 5) ชุมชนบำบัด (TC: Therapeutic Community) มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคมโดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัด

2. ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด มีดังนี้

2.1 ขั้นเตรียมการรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธี การบำบัดรักษา ยาเสพติดที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับการบำบัดรักษา

2.2 ขั้นบำบัดด้วยยา เป็นการรักษาทางยาเพื่อทดแทนยาหรือสารเสพติด และเพื่อลดอาการไม่สบายจากการขาดสารเสพติด หรือเรียกว่า การถอนพิษยา (Detoxification) ซึ่งขั้นตอนนี้จะเน้นให้การดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย เช่น กิจกรรมเสริมความรู้ การให้สุศึกษา การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด กีฬาบำบัด และการจัดกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ฟังเทศน์ ฝึกสมาธิ เป็นต้น

2.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นให้ผู้ติดยาเสพติดฝึกการคิดแบบใช้เหตุผลให้มีปัญญารู้เท่าทันสิ่งชักนำให้กลับไปเสพยาเสพติด และฝึกการจัดสมดุลการดำเนินชีวิตด้วยตารางกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมครอบครัวและเพื่อนฝูง การใช้เวลาว่าง การพักผ่อนนอกห้อง และการแสวงหากิจกรรมที่ช่วยให้เลิกยาเสพติด เช่น กิจกรรมเพื่อช่วยเหลือเพื่อน เป็นต้น ซึ่งขั้นตอนนี้จะช่วยให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความสามารถในการทำงาน แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ยอมรับและเข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่พึ่งพาเสพติดอีกต่อไป

2.4 ขั้นติดตามการรักษา เป็นขั้นตอนที่ช่วยประคับประคองและส่งเสริมกำลังใจแนะแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม มีระยะเวลาในการติดตาม 1 ปี

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

1. ความหมายของนโยบายสาธารณะ

James Anderson 1970 (รศ.ดร.มยุรี อนุมานราชชน 2556 : 16) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะคือ แนวทางการกระทำของรัฐที่มีจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นโยบายอาจเป็นเรื่องเกี่ยวกับการออกกฎหมาย การนำกฎหมายไปปฏิบัติ และการบังคับใช้กฎหมาย นอกจากนั้นนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลกระทำจริง ไม่ใช่สิ่งที่ตั้งใจกระทำหรือกำลังจะกระทำ นโยบายของรัฐอาจเป็นเรื่องที่ได้กระทำหรือดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีกฎหมายรองรับและมีอำนาจในการบังคับการกระทำนั้นๆ

Thomas Dye 1984 (รศ.ดร.มยุรี อนุมานราชชน 2556 : 16) ให้คำนิยามของนโยบายสาธารณะว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลจะต้องทำ เหตุผลที่ต้องกระทำเช่นนั้น และสิ่งที่เป็นการแตกต่างที่รัฐบาลได้กระทำ นโยบายสาธารณะจึงหมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือเลือกที่จะไม่กระทำ

ศุภชัย ยาวประภาส (2550 : 1 – 5) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึงแนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมที่ผ่านมาในอดีต กิจกรรมที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

ปิยะนุช เงินคล้าย (ม.ป.ป. : 6) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางหรือกิจกรรมต่างๆ ที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐตัดสินใจว่าจะทำหรือไม่ทำ ภายใต้อำนาจ หน้าที่และความรับผิดชอบ โดยกำหนดเป็นหลักการ แผนงาน หรือโครงการ เพื่อก่อประโยชน์แก่สังคมและส่วนรวม

สรุป นโยบายสาธารณะ หมายถึง นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นเป็นแผนงาน หรือโครงการ โดยรัฐบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ และเกิดประโยชน์แก่สังคม

2. กระบวนการนโยบายสาธารณะ

2.1 วิลเลียม ดันท์ (1994) เห็นว่าการวิเคราะห์นโยบายเป็นสังคมศาสตร์ประยุกต์ที่ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาหลายวิธีในการแสวงหาความรู้และการถกเถียงเพื่อตรวจสอบและแปลงเปลี่ยนระบบข้อมูลนโยบาย (Policy relevant information) ที่อาจนำไปใช้ในระบบการเมือง เพื่อแก้ไขปัญหา นโยบาย ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

2.1.1 การกำหนดโครงสร้างของปัญหา (Problem Structuring) เป็นระเบียบวิธีวิเคราะห์นโยบายที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางในการแก้ไข เพื่อให้สามารถจำแนกและระบุปัญหาได้อย่างชัดเจน รวมถึงการทบทวนสภาพปัญหาใหม่หลังจากที่ได้มีการนำนโยบายไปปฏิบัติแล้วส่งผลลัพธ์ขึ้นมา เพื่อเป็นการตรวจสอบว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ตลอดจนทัศนคติของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เพื่อให้

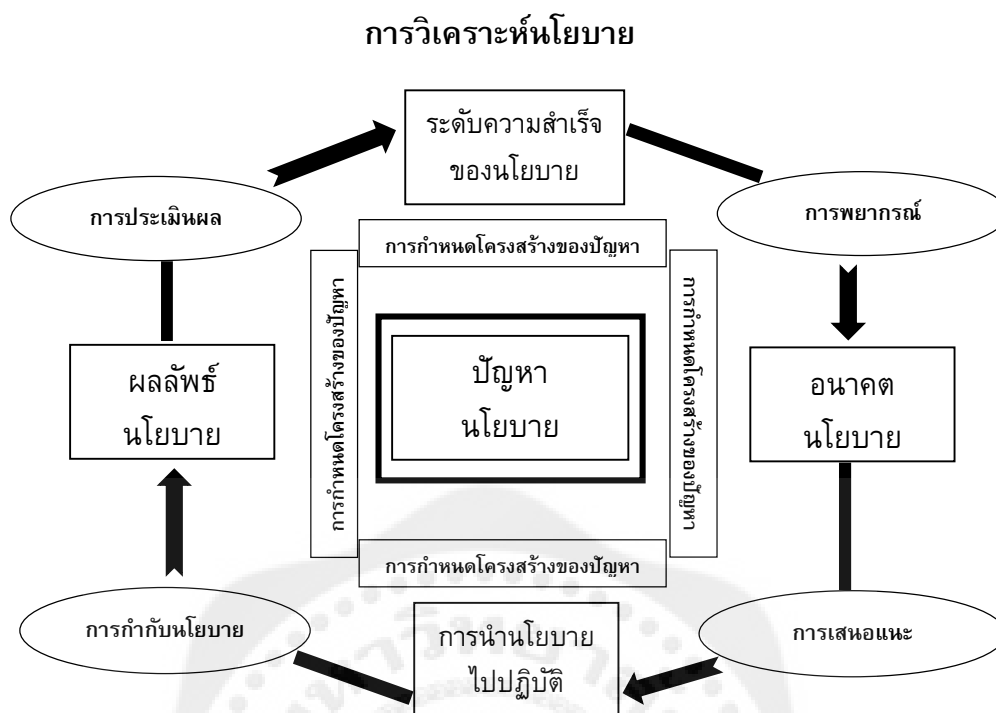
การพิจารณาปัญหาสอดคล้องกับสภาพ ความเป็นจริงที่เปลี่ยนแปลงไป ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขทางเลือก เพื่อแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น

2.1.2 การทำนาย หรือการพยากรณ์ (Forecasting) เป็นระเบียบวิธีวิเคราะห์ที่ใช้ในการทำนายสภาพแวดล้อม และผลลัพธ์ของชุดปฏิบัติการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสำหรับทางเลือกแต่ละทางที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหานั้น โดยพิจารณาว่าทางเลือกจะก่อให้เกิดผลดีผลเสียอย่างไร ระเบียบวิธีวิเคราะห์เพื่อการทำนายนี้ใช้ความรู้จากหลายสาขา เพื่อให้การทำนายมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลลัพธ์และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของแต่ละทางเลือก ตลอดจนสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น ผู้วิเคราะห์จะต้องพิจารณาถึงทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด หากช่วงเวลาที่นักวิเคราะห์ต้องทำนายค่อนข้างยาวนานในอนาคต โอกาสเกิดความไม่แน่นอนก็มีมากขึ้น นักวิเคราะห์จะต้องกำหนดเงื่อนไขต่างๆ ที่จำเป็นของแต่ละทางเลือกไว้ด้วย

2.1.3 การเสนอแนะ (Recommendation) เป็นระเบียบวิธีวิเคราะห์นโยบายที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับทางเลือกต่างๆ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับสถานการณ์ การเมือง สภาพแวดล้อม และค่านิยมของผู้ตัดสินใจ หากการเสนอแนะทางเลือกไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ และค่านิยมของผู้ตัดสินใจแล้ว ทางเลือกนั้นอาจไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติ การเสนอแนะนอกจากจะใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์แล้ว ยังต้องใช้ข้อมูลเชิงประเมินและข้อมูลเชิงปทัสสถานประกอบด้วย เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับค่านิยมของผู้ตัดสินใจมาก ผู้ตัดสินใจมักจะเลือกทางเลือกที่สอดคล้องกับค่านิยมของตนเสมอ

2.1.4 การกำกับนโยบาย (Monitoring) เป็นระเบียบวิธีการวิเคราะห์นโยบายที่ใช้ในการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลของนโยบายที่ผ่านมา เพื่อนำมาปรับปรุงในการกำกับการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์นโยบาย ดังนั้นการกำกับนโยบายจึงเป็นส่วนเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติและผลลัพธ์นโยบาย กล่าวคือ ผลลัพธ์จะเป็นไปตามวัตถุประสงค์เพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับขีดความสามารถในการกำกับการนโยบาย ซึ่งหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการควบคุม และตรวจสอบการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผู้รับผิดชอบ

2.1.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นระเบียบวิธีวิเคราะห์นโยบายที่ใช้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่า หรือค่านิยมของแนวทางปฏิบัติของนโยบายในอดีตหรือในอนาคต ซึ่งการประเมินนี้สามารถกระทำได้ทั้งก่อนที่จะนำไปปฏิบัติและหลังจากการนำไปปฏิบัติแล้ว เพื่อเป็นการตรวจสอบทางเลือกว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด โดยเปรียบเทียบกับผลได้ผลเสียที่ประมาณการไว้ในแต่ละทางเลือก กับผลลัพธ์ในนโยบายที่เกิดขึ้นหลังจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผล จึงสัมพันธ์โดยตรงระหว่างผลลัพธ์นโยบายกับทางเลือกนโยบาย ซึ่งจะบอกถึงระดับความสำเร็จของผลลัพธ์นโยบายการประเมินผลจะบอกให้ทราบว่า นโยบายที่นำไปปฏิบัติจะก่อให้เกิดความแตกต่างอะไรบ้างกับสภาพเดิมที่เป็นอยู่ รวมทั้งบอกด้วยว่าทางเลือกแต่ละทางเลือกจะก่อให้เกิดผลได้ผลเสียอะไรบ้าง



ภาพประกอบ 3 วงจรการวิเคราะห์นโยบายของ วิลเลียม ดันน์

ที่มา : ดัดแปลงจาก Dunn's Integrated Framework (1994)

จากการศึกษาการวิเคราะห์นโยบายของ วิลเลียม ดันน์ ผู้วิจัยพบว่า การวิเคราะห์ปัญหา คือการระบุปัญหาให้ชัดเจนและทำความเข้าใจกับปัญหา เพื่อแยกให้ออกว่า ข้อมูลที่กำหนดมาในปัญหาหรือเงื่อนไขของปัญหาคืออะไร ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการนโยบาย หากไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ก็ไม่สามารถกำหนดนโยบายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยเช่นกัน

2.2 สมพร แสงชัยและสุนทร เกิดแก้ว (2520 : 2 – 3) กล่าวถึงการประเมินผลโครงการและการวิเคราะห์โครงการ ไว้ว่า โดยทั่วไปยังมีการเข้าใจสับสนอยู่มากที่ไม่สามารถแยกข้อแตกต่างระหว่างการวิเคราะห์โครงการและการประเมินผลโครงการ และใช้ศัพท์ทั้งสองอย่างไม่ถูกต้อง การวิเคราะห์ (Analysis or Appraisal) เป็นการพิจารณาโครงการในช่วงของการวางแผนเพื่อศึกษาดูว่าโครงการที่พิจารณาอยู่นั้นจะเป็นประโยชน์มากน้อยเพียงใด และสมควรจะลงทุนดำเนินโครงการนั้นหรือไม่ และจะมีผลดีหรือผลร้ายทั้งในทางตรงและทางอ้อมอย่างไร เป็นต้น ส่วนการประเมินผล (Evaluation) นั้นเป็นการตรวจสอบดูว่าโครงการที่ได้ดำเนินไปแล้วนั้นมีความก้าวหน้าไปแค่ไหน มีปัญหาในทางปฏิบัติอย่างไร บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หรือมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างไรบ้าง เป็นต้น หรืออาจจะกล่าวได้ว่าการประเมินผลคือ

1) การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานกับแผนที่ตั้งไว้ 2) การควบคุมและเร่งรัดการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน 3) การศึกษาปัญหาในทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 4) การศึกษาแผนงานที่ได้ดำเนินงานไปแล้วเพื่อให้ทราบคำตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาที่มีอยู่อย่างไร และ 5) การศึกษาดูผลกระทบทางตรงและทางอ้อมทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งอาจจะเป็นเหตุผลของการวางแผนโครงการต่อไปอีกหรือเป็นข้อมูลสำหรับ ช่วยในการตัดสินใจของฝ่ายบริหาร ฉะนั้น การประเมินผลจึงเป็นการศึกษาหรือตรวจสอบโครงการในระหว่างที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ หรือภายหลังจากที่โครงการได้สำเร็จเสร็จสิ้นไปแล้ว

2.3 สมบัติ อารมณ์ความรู้สึก (2553 : 289 – 295) และ ศุภชัย ยาวะประภาส (2550 : 30 – 31) จำแนกระบบข้อมูลนโยบาย ออกเป็น 5 ประการ คือ

2.3.1 ปัญหา นโยบาย (Policy Problem) หมายถึง สิ่งที่เป็นความต้องการสิ่งที่มีคุณค่าหรือช่วงโอกาสในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งยังไม่เป็นที่ประจักษ์และตระหนักถึง แต่สามารถทำให้สำเร็จได้โดยการดำเนินงานของรัฐบาล ซึ่งครอบคลุมความพยายามในการจำแนกคำถามและประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำหนดกรอบของปัญหาที่ต้องการแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหามาให้ชัดเจน การค้นหาปัจจัยหลักที่ต้องดำเนินการ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความพยายามในการระบุปัญหาให้ชัดเจน จะช่วยให้เกิดโครงสร้างเชิงตรรกะสำหรับการวิเคราะห์ เพื่อให้รู้ว่าเป็นปัญหาที่แท้จริงและต้องการแก้ไขหรือไม่ เช่น ปัญหาการเพิ่มของคดีอาชญากรรม จะเกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจถดถอย และการว่างงาน เป็นต้น ปัญหา นโยบายจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบปัญหาทั้งหมด การแก้ไขปัญหาร่วมกันหลายปัญหายังง่ายกว่าการแก้ไขปัญหาคิดเดียว

2.3.2 อนาคตนโยบาย (Policy Future) หมายถึง แนวทางปฏิบัติที่เป็นไปและมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาระยะ ซึ่งจะเป็นไปตามคุณค่าของสังคมในแต่ละช่วงเวลาในการแสวงหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาลงขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีแนวโน้ม แต่ข้อมูลนี้มักหาได้ยาก เนื่องจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตมักจะไม่เกิดขึ้นซ้ำอีกโดยตัวเอง และค่านิยมของสังคมมักเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

2.3.3 การดำเนินนโยบาย (Policy Action) หมายถึง การกระทำหรือชุดของการกระทำที่กำหนดโดยทิศทางของทางเลือกนโยบาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในอนาคตตามคุณค่าหรือค่านิยมของสังคมที่กำหนดไว้ ทางเลือกนโยบายที่จะนำไปดำเนินการนั้น อาจอยู่ในรูปของกฎหมาย คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี หรือประกาศกระทรวง โดยหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการดำเนินการนโยบายให้บรรลุผล นักวิเคราะห์นโยบายควรจะได้ทำการสำรวจทางเทคนิคที่จะปฏิบัติและความเป็นไปได้ทางการเมือง นอกจากนี้ผลของการดำเนินการยังขึ้นอยู่กับการปัจจัยหลายประการ เช่น บรรทัดฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ทรัพยากรที่ใช้ สภาพแวดล้อมความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.3.4 ผลลัพธ์นโยบาย (Policy Outcomes) หมายถึง ผลที่สังเกตเห็นได้ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เมื่อนโยบายถูกนำไปปฏิบัติ ผลที่บังเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ก็ตาม เรียกว่าผลลัพธ์นโยบาย ซึ่งผลลัพธ์นโยบายนี้อาจเป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือเป็นผลที่ไม่ได้คาดหมายไว้ก็ได้ ผลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ก็อาจมีหลายระดับ ส่วนผลที่ไม่ได้คาดหมายไว้ อาจมีทั้งในทางบวกและในทางลบ

2.3.5 ระดับความสำเร็จของนโยบาย (Policy Performance) หมายถึงระดับความสำเร็จของนโยบายเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่คาดหวังไว้ ถ้าผลนโยบายสามารถทำให้กลุ่มบุคคลที่เป็นเป้าหมายได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่ แสดงว่านโยบายประสบความสำเร็จอย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงปัญหาบางอย่างที่แก้ไขให้สมบูรณ์ ปัญหาเหล่านี้มักถูกนำมาแก้ไขใหม่โดยการก่อรูปปัญหาใหม่ขึ้น หรืออาจไม่ได้รับความสนใจอีก จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักวิเคราะห์นโยบายที่จะต้องรู้ว่าผลลัพธ์นโยบายเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่ต้นหรือไม่ และมีข้อมูลเกี่ยวกับระดับความสำเร็จของนโยบายว่าเป็นอย่างไร ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการกำหนดปัญหาใหม่ หรือพัฒนาทางเลือกนโยบายใหม่ ซึ่งข้อมูลระดับความสำเร็จของนโยบายได้มาจากการประเมินผลนโยบาย

จากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะของนักวิชาการดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่ากระบวนการนโยบายสาธารณะที่สำคัญที่สุด คือ การศึกษาวิเคราะห์ปัญหา นโยบายให้ชัดเจน เป็นขั้นตอนแรก เพื่อต้องการทราบว่าปัญหานั้นมีผลกระทบต่องสังคมอย่างไร และเกิดขึ้นกับคนกลุ่มใด ประชาชนในสังคมต้องการให้แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร ถ้ารัฐบาลเข้าไปแก้ไขใครจะเป็นผู้ได้และเสียประโยชน์ ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการนำไปปฏิบัติ ระบุปัญหาที่ชัดเจนจะเป็นพื้นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหามาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาได้

3. ปัญหา นโยบาย

การกำหนดปัญหา นโยบายนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากเมื่อระบุปัญหาที่แน่ชัดแล้ว สาเหตุแห่งปัญหาจะถูกกำหนดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งถ้ามีการกำหนดนโยบายที่ผิดก็จะเป็นการแก้ไขสภาพปัญหาที่แท้จริงไม่ได้ ดังนั้นในการระบุประเด็นปัญหา นโยบายควรมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะของปัญหา นโยบายว่าเป็นอย่างไร เพื่อช่วยให้การระบุประเด็นปัญหา นโยบายถูกต้องยิ่งขึ้น ปัญหา นโยบายจะมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ คือ³

3.1 มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน (Interdependence) ปัญหา นโยบายมักไม่สามารถพิจารณาแยกเด็ดขาดจากปัญหาเรื่องอื่นๆ ได้ เนื่องจากมักเกี่ยวพันกับปัญหา นโยบายอื่นๆ อาทิ การร้องขอให้มีการออกนโยบายให้รถบรรทุกสามารถบรรทุกได้หนัก 28 ตัน โดยเพิ่มจากเดิมที่เคยบรรทุกได้ 21 ตัน ถ้าออกนโยบายนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพถนน อาจก่อให้เกิดปัญหา ด้านการคมนาคมต่อไป หรือปัญหาสาธารณสุขของชุมชน มีความสัมพันธ์กับปัญหาการศึกษาและ

³ วิลเลียม ดันน์ 1986 (ศุภชัย ยาวะประภาฯ , 2548 : 39 – 40)

ปัญหาค่าครองชีพของประชาชน เป็นต้น ดังนั้น การพิจารณาปัญหาควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึง ทุกๆ ปัญหาด้วย

3.2 ความเป็นอัตนัยของปัญหา (Subjectivity) ปัญหานโยบายจะมีมาก หรือไม่ มากหรือน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้กำหนดนโยบายหรือนักวิเคราะห์นโยบาย เพราะการรับรู้ปัญหาของแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับค่านิยมและกรอบแนวความคิด ยกตัวอย่างเช่น บางกลุ่มคนในสังคมมีความเห็นว่าปัญหาค่าครองชีพของชาวชนบทมีความสำคัญที่ รัฐบาลต้องแก้ไขก่อน ในขณะที่บางกลุ่มคนในสังคมมีความเห็นเห็นว่ารัฐบาลควรให้ความสำคัญต่อการค้าระหว่างประเทศ สนับสนุนอุตสาหกรรมส่งออกก่อน ในขณะที่อีกกลุ่มในสังคมหนึ่งอาจเห็นว่า รัฐบาลควรให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมในปัจจุบันก่อนปัญหาอื่นๆ เป็นต้น

3.3 ความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของปัญหา (Artificiality) จากการที่ปัญหานโยบายขึ้นอยู่กับการรับรู้และการนิยามของแต่ละกลุ่มบุคคล ดังนั้น จึงมีการเปลี่ยนแปลงในตัว นโยบายได้ตลอดเวลา ดังจะเห็นจากเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาล นโยบายที่รัฐบาลเดิมกำหนดและจะ ดำเนินการหรือแม้แต่ดำเนินการแล้ว มักจะถูกเปลี่ยนแปลงและกำหนดนโยบายใหม่ขึ้นมาเพื่อเป็น ผลงานในรัฐบาลของตน

3.4 ความเป็นพลวัตของปัญหา (Dynamism) ปัญหานโยบายมักจะมี ลักษณะไม่คงที่ จะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และการแก้ปัญหานโยบายนั้นเมื่อปัญหาหนึ่งถูกแก้แล้ว มักจะก่อให้เกิดปัญหาใหม่ตามอยู่เสมอ ตัวอย่างเช่น นโยบายการวางแผนครอบครัวของไทยที่ ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรไทย แต่ปรากฏว่ากลับส่งปัญหา เนื่องจากการเจริญพันธุ์นั้นลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน เกิดปัญหาอัตราผู้สูงอายุในประชากรไทยเพิ่ม มากขึ้น ปัญหาการขาดแรงงานภาคการเกษตร เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ 1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ลักษณะปัญหาผู้สูงอายุเสพติด 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะปัญหาผู้สูงอายุเสพติด เช่น

อาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติด ซ้ำ จากการศึกษาพบว่า มี 3 ส่วนที่สำคัญ คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคลเชิงลึกของผู้ติดยาเสพติด ที่มีการกลับไปติดยาเสพติด ซ้ำ พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่กลับไปติดยาซ้ำนั้น ส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาเสพติดประจำ ปัจจัยจากครอบครัวมีผลต่อปัจจัยส่วนบุคคลทั้งด้านนิสัย อารมณ์ และบุคลิกภาพ ได้แก่ การเชื่อคน ง่าย ชอบตามเพื่อน ใจร้อน และชอบคิด ตัดสินใจคนเดียว ไม่ชอบแสดงออก มีโลกส่วนตัว และคิดมาก เป็นต้น การไม่มีความภูมิใจในตนเอง ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ทุกข์จากความเครียดในปัญหาต่างๆ ประกอบกับการติดใจตัวยาสเสพติด เมื่อไปพบเพื่อนจึงเสพติดซ้ำ และกลับไปค้ายาเสพติด

2. ปัจจัยร่วมที่พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ติดยาเสพติดซ้ำกับผู้ที่สามารถเลิกยาเสพติดได้ คือ สาเหตุการติดยา นิสัย คนที่รัก ความไว้วางใจ และยึดเหนี่ยวจิตใจ ตลอดจนการเลี้ยงดูที่ได้รับและกิจกรรมในครอบครัวปัจจัยแตกต่างที่พบว่าผู้ติดยาเสพติดซ้ำ มีน้อยกว่าผู้เลิกยาเสพติด คือการมองเห็นคุณค่าตนเองในความสำเร็จที่ผ่านมาความภูมิใจ และวิธีการแก้ปัญหาในปัจจุบัน

3. แนวทางในการกำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาติดยาเสพติดซ้ำ ด้านการบำบัดต้องมิกิจกรรมการให้คำปรึกษา กิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักคิดวิเคราะห์ให้ไตร่ตรอง และรู้จักตนเอง สามารถวางแผนเป้าหมายและเกิดแรงจูงใจทางบวกต่อการดำเนินชีวิต เจ้าหน้าที่ในสถานบำบัด ต้องดูแลอย่างเต็มที่ มีการพัฒนารูปแบบและเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย ซึ่งมีภูมิหลังหรือบุคลิกลักษณะที่ต่างกัน ส่วนฝ่ายปราบปรามผู้ค้ายาเสพติดต้องดำเนินงานอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง พร้อมประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกัน เร่งรัดการจับกุมโดยเฉพาะผู้มีอิทธิพล ผู้ค้ารายใหญ่มากกว่ารายย่อย พร้อมเพิ่มบทลงโทษให้มากขึ้น การป้องกันยาเสพติดต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริมการศึกษา การปลูกฝังวิธีคิด ความเกรงกลัวบาป หรือจริยธรรมให้เด็กเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว การป้องกันการเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ที่เลิกยาเสพติดได้ ทุกฝ่ายต้องยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เปิดโอกาสให้เขามาร่วมกิจกรรมในชุมชน พร้อมๆ กับ การสร้างอาชีพและรายได้ โดยชุมชนควรมีศูนย์กลางที่ทุกฝ่ายร่วมมือกันฟื้นฟูดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้ติดยาเสพติดหลังจากผ่านการบำบัดมาแล้ว

ภคินี อิศรางกูร ณ อยุธยา ได้ศึกษาการใช้ยาเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัยจากการศึกษาพบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติด ดังนี้

1. ปัจจัยหลัก เช่น **ด้านครอบครัว** เป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้ใช้ยาเสพติด ได้แก่ ครอบครัวที่มีลักษณะความสัมพันธ์ห่างเหิน บิดามารดาไม่มีเวลาเอาใจใส่ ขาดความสนใจ ขาดการรับฟัง และไม่มีโอกาสให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานของตนเท่าที่ควร เมื่อเกิดปัญหาส่วนตัว เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำงาน ปัญหาความรัก ทำให้เกิดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล เหนือ ลักษณะความสัมพันธ์ที่ห่างเหินจะเป็นตัวผลักดันให้หันไปผูกพันกับคนที่อยู่ภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มเพื่อนมากกว่า **ด้านกลุ่มเพื่อน** เป็นปัจจัยสำคัญในเรื่องของการชักจูง หรือเป็นแบบอย่างในเรื่องการใช้ยาเสพติด เมื่อเกิดปัญหาขึ้นเพื่อนที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องการใช้ยาเสพติด ก็เป็นโอกาสที่จะแนะนำให้ทดลองใช้ยาเสพติดเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ถึงแม้จะไม่เกิดปัญหาส่วนตัว แต่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด ทำให้เกิดความอยากทดลองใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จะไม่มีความรู้สึกลัว เนื่องจากรู้สึกมั่นใจว่ามีเพื่อนร่วมทดลองทำพฤติกรรมดังกล่าวด้วยกัน

2. ปัจจัยเสริม ที่เอื้ออำนวยให้มีการใช้ยาเสพติด ได้แก่ **ค่านิยมในเรื่องการใช้ชีวิต** เช่น ค่านิยมในการเที่ยวกลางคืนตามสถานบันเทิง มีการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ร่วมด้วย เมื่อถูกชักชวนให้ใช้ยาเสพติดในช่วงเวลานั้น ก็จะเคลิบเคลิ้มไปกับสภาพแวดล้อมและสิ่งยั่วยุได้อย่างง่ายดาย โดยไม่มีคนขัดขวางห้ามปราม เนื่องจากการเที่ยวในกลุ่มเพื่อนที่มีความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ที่คล้ายกันนั่นเอง **การขาดความรู้** ในเรื่องพิษภัยของยาเสพติด และเรื่องของกฎหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องยาเสพติดแบบผิวเผิน เป็นลักษณะความรู้ที่ได้จากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ และจากสถาบันการศึกษา ซึ่งเห็นว่าเป็นเรื่องซ้ำซาก น่าเบื่อเกินไป จึงไม่ให้ความสนใจ และรู้ว่ายาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ผิดกฎระเบียบของสถาบันการศึกษา แต่ไม่รู้ลึกกลัว เพราะเห็นว่าการใช้ยาเสพติดของพวกเขาเป็นเรื่องเล็กน้อย **ทัศนคติทางบวกต่อยาเสพติด** ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายาเสพติดที่ให้มีประโยชน์ในบางเรื่อง ไม่ได้มีแต่โทษเพียงอย่างเดียว และการใช้ยาเสพติดของพวกเขาไม่ได้ก่อความเดือดร้อนเสียหายต่อผู้อื่น เป็นเพียงกิจกรรมที่ร่วมกันทำในกลุ่มเพื่อนฝูงเท่านั้น นับว่าเป็นเงื่อนไขที่สำคัญอีกประการที่ทำให้ผู้ใช้ไม่เกรงกลัวที่จะใช้ยาเสพติด เพราะไม่คิดว่าเป็นอันตราย ผิดกฎหมาย หรือผิดระเบียบ

ในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 เรื่อง ผู้วิจัยพบว่าปัญหาในการใช้ยาเสพติดหรือการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ปัจจัยที่สำคัญประการแรก คือ ครอบครัว เช่น ลักษณะความสัมพันธ์ห่างเหิน , บุคคลในครอบครัวใช้ยาเสพติดประจำ ประการที่ 2 คือ กลุ่มเพื่อน เช่น ถูกเพื่อนชักจูง , การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ชอบใช้ยาเสพติด

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินผลด้านการบำบัดรักษายาเสพติด เช่น

สริตา ธีระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, อภินันท์ อร่ามรัตน์ (2552) ได้ศึกษาโครงการประเมินระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ พบว่า

1. การถ่ายทอดนโยบาย พบว่า ช่วง 3 เดือนแรกหลังคำสั่งฯ จังหวัดยังอยู่ในช่วงการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับปฏิบัติ นโยบายลงมาในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากเป็นนโยบายที่เริ่มในช่วงกลาง – ปลาย งบประมาณทุกหน่วยงานมีแผนการใช้งบประมาณของตนเองส่วนใหญ่ใช้หมดแล้ว ทำให้เกิดภาวะชะงักงันของคณะทำงานฝ่ายบำบัดรักษาในข้อจำกัดของเวลาและงบประมาณ ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายที่ไม่จริงจัง ขาดการสนับสนุนทั้งงบประมาณและการติดตาม

2. การค้นหาผู้เสพยาผู้ติดยาด้วยกระบวนการทำประชาคมตามแนวทางที่ภาครัฐกำหนด พบว่าไม่ประสบผลจำนวนรายชื่อที่ได้ต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก เหตุผลใหญ่ที่ไม่ได้รายชื่อคือไม่มีใครกล้าระบุ เนื่องจากขาดหลักฐานที่ชัดเจน ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยหากระบุชื่อผู้เสพยาที่เป็นลูกบ้าน มีการข่มขู่ผู้นำชุมชน พ่อแม่มักไม่ยอมรับ ท้ายสุดรายชื่อและการจับกุมกดดันโดยตำรวจเป็นวิธีการหลักที่นำมาใช้เกือบทุกชุมชน

3. การนำผู้เสพยาสู่การบำบัด ผู้เข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเก่า หรือผู้ที่มีปัสสาวะผลบวกชัดเจน รายที่เคยมีคดีมาก่อน กลุ่มผู้เสพยา/ผู้ติดยาจำนวนมากไม่เข้าบำบัด เนื่องจากมีหลักฐานไม่ชัดเจน หรือไม่สมัครใจเข้าบำบัด ตำรวจเป็นกำลังหลักในการนำผู้เสพยาเข้าบำบัดแบบ

“บังคับให้สมัครใจ” ทศนคติของผู้นำพ่อแม่ต่อการบำบัดผู้เสพ/ผู้ติดยังเป็นการกลัวเสียประวัติ กลัวอันตราย

4. มาตรการบังคับบำบัด พบว่าขาดความพร้อมทั้งด้านกำลังคน สถานที่งบประมาณ และการจัดการโปรแกรมบำบัดที่เหมาะสม การปรับวิธีการเพื่รองรับจำนวนบังคับที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อคุณภาพในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะของการศึกษาโครงการประเมินระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ พบว่า

1. จำนวนผู้เข้าบำบัดต่ำกว่าเป้าหมายมาก จุดอ่อนมาจากนโยบายที่ขาดความจริงใจในการแก้ปัญหาทางงบประมาณไม่เพียงพอ ขาดการสนับสนุน ติดตาม กลุ่มผู้ปฏิบัติขาดความมั่นใจ ขาดความปลอดภัย โดยเฉพาะผู้นำชุมชน จึงไม่มีแรงกดดันมากพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในทุกระดับอย่างจริงจัง

2. การทำประชาคม ควรใช้ในการสร้างความร่วมมือ สร้างความมีส่วนร่วม ซึ่งปรากฏชัด ในตัวอย่างชุมชนเข้มแข็งที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าบำบัด และถึงแม้จะมีผู้เสพ แต่ชุมชนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้โดยไม่ต้องรอคำสั่ง หากเชื่อว่าการเสพติดเป็นปลายเหตุของปัญหา การสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งในทุกด้าน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่น่าจะพิจารณา ส่งเสริม และสนับสนุน ขยายพื้นที่ชุมชนเข้มแข็ง สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะเกิดความยั่งยืนในการป้องกันปัญหาเสพติดในระยะยาว

3. งานบำบัดฟื้นฟู ภาพรวมของการบำบัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำเป็นงานปกติต่อเนื่องอยู่แล้วโดยไม่ต้องรอคำสั่ง ฝายนโยบายควรทำการศึกษาเพื่อกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จของงาน เพื่อติดตามและประเมินผลให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่ และสร้างกลไกสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

4. กลุ่มผู้เสพจำนวนมากที่มีหลักฐานไม่ชัดเจน ไม่สามารถนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ การกดดันไม่มากพอที่จะให้คนกลุ่มนี้เข้าสู่การบำบัด การสมัครใจเป็นไปได้ยาก ควรพิจารณาเรื่องการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาท แก้ปัญหาโดยชุมชนเอง สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วม โดยฝายนโยบายคอยสนับสนุน และติดตามประเมินผลในกลุ่มที่บำบัดหลายครั้ง อาจต้องหามาตรการเพิ่มเติมเพื่อให้หยุดเสพได้นานขึ้น

5. ระบบการบำบัดฯ ทั้งในชุมชนและสถานบำบัด ยังต้องการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับตัวยา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ยืนยันคุณภาพการบำบัดรักษา รวมทั้งการติดตามหลังการบำบัดที่ยังไม่สามารถทำตามมาตรฐาน หรือ หลักวิชาการ รวมทั้งระบบการช่วยเหลือหลังบำบัดยังไม่สามารถสนองความต้องการของผู้เสพผู้ติดได้

ฉวีวรรณ บุญบุศย์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาการประเมินภาพรวมการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด พบว่า

1. ความครอบคลุมในการให้บริการในพื้นที่ หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปฏิบัติในการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด สอดคล้อง

เป็นไปในทิศทางเดียวกันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเป้าหมายให้มีการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกระดับทั่วประเทศ

2. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด มีการใช้รูปแบบการบำบัดรักษามากกว่า 1 รูปแบบขึ้นไป รูปแบบที่หน่วยงานเลือกใช้มากที่สุด คือรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix program) รองลงมาคือค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน (ค่ายเยาวชนต้นกล้า) และการบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ ส่วนการบำบัดแบบฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) และกลุ่มปัญญาสังคมให้บริการน้อยที่สุด ในขณะที่หลักสูตรคลินิกใกล้ใจในชุมชนจัดรวมอยู่ในกลุ่มวิธีการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ

3. การนำหลักสูตรที่ได้รับการอบรมไปใช้ โดยภาพรวมผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดทุกหน่วยงาน ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหลักสูตรที่อบรมมาแล้วสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เลยโดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 10 – 35 เท่านั้น ส่วนผู้ที่เห็นว่าต้องการ มีนำไปปรับปรุงประยุกต์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้มีมากถึงร้อยละ 65 – 82

4. ความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงาน มีความพร้อมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระดับปานกลาง โดยเฉพาะสถานีนอามัยมีความพร้อมในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดต้องใช้เวลาและคนจำนวนมาก แต่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้บำบัดมีความพร้อมมากพอในระดับหนึ่งที่จะให้บริการบำบัดรักษา เพราะส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ส่วนความพร้อมเกี่ยวกับงบประมาณ สถานที่ และเวลาอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง เนื่องจากประสบปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณที่ล่าช้า ไม่มีความชัดเจนในการเบิกจ่าย ส่วนด้านสถานที่ไม่เหมาะสมในการบำบัดเนื่องจากคับแคบ เสี่ยงรบกวนและไม่มีความเป็นส่วนตัวขณะบำบัดผู้ป่วย

5. ความพึงพอใจของผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผลการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้บำบัดมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินการบำบัดรักษาในระดับปานกลาง ส่วนผู้รับการบำบัดมีความพึงพอใจต่อการเข้ารับการบำบัดทั้งในด้านกระบวนการบำบัดและด้านผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดในระดับมาก

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาการประเมินภาพรวมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาเสพติดและผู้ติดสารเสพติด

1. ควรมีการประสานความร่วมมือในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อจะได้ระดมสมองและเร่งรัดให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการบำบัดรักษาที่เป็นแนวทางหรือเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ควรเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดในแต่ละพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรหรือรูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการขยายผลในการจัดอบรมให้กว้างขวางและครอบคลุมในแต่ละพื้นที่มากขึ้นเพื่อให้ผู้บำบัดได้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการบำบัดมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ให้คำนึงถึงความสะดวกของผู้เข้ารับการอบรม การประหยัดค่าใช้จ่ายและงบประมาณ

4. ควรมีการบริหารจัดการเกี่ยวกับอัตราบุคลากร งบประมาณและสถานที่

5. กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั้งจัดสรรงบประมาณในรูปค่าตอบแทนเป็นค่าล่วงเวลาในการทำงานนอกเวลาให้กับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด เนื่องจากการบำบัดรักษาผู้ป่วยในชุมชนบางครั้งต้องใช้เวลานอกราชการ

6. ผู้บริหารระดับสูงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรได้ประสานงานกับสถานพยาบาลในการประสานความร่วมมือและระดมความแก้ไขปัญหาด้านสถานที่ที่ใช้ในการบำบัดรักษา เพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมในการปฏิบัติงานยาเสพติดมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่มขวัญและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้บำบัดในการปฏิบัติงานยาเสพติดให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายรัฐบาล

พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เจ็ดโถม (2552) ได้ศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ พบว่า

1. ด้านลักษณะทางสังคม ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่ ใช้สารเสพติดเป็นอันดับมากที่สุด คือ ยาบ้า สาเหตุที่ใช้เนื่องจาก อยากรลอง เริ่มเสพเมื่ออายุ ต่ำกว่า 17 ปี วิธีใช้ยาเสพติด ชนิดยาบ้าใช้กินทั้งเม็ดและใช้ใส่กระดาชฟอยล์ แล้วนำมอลนไฟสูดดมควัน บ้างจะเกี่ยวกับอาชีพการว่างงาน ไม่มีงานทำ ทำให้กลุ้มใจ คิดมาก จึงตัดสินใจใช้ยาเสพติดเพื่อระบายความเครียด ความวิตกกังวล ด้านสังคม ชุมชน ครอบครัว ส่วนใหญ่ให้การยอมรับผู้ผ่านการบำบัดรักษา ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ได้รับกำลังใจจากคนในชุมชน ผู้ใกล้ชิด มารดา คู่สมรสและบุตร มีผู้ป่วยกลุ่มน้อยที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม ชุมชน ได้รับการยกย่อง บางคนให้ข้อคิดว่าไม่ทราบชุมชนคิดอย่างไรทำให้ไม่ค่อยคบหากับใคร เก็บตัวเงียบเกรงว่าสังคมจะไม่ยอมรับ

2. รูปแบบการบำบัดรักษา เมื่อได้รับการบำบัดตามกระบวนการและขั้นตอนครบตามมาตรฐานมีผลการรักษาเป็นที่พอใจ ในขั้นตอนของการบำบัดในระยะที่ 4 เป็นระยะขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสมัครใจอยู่ในขั้นนี้ ร้อยละ 80.38 และระบบบังคับบำบัด อยู่ในขั้นนี้ ร้อยละ 97.49 ขณะที่ถูกจำหน่ายในระบบสมัครใจ หยุดเสพได้ทั้งหมด และมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 52.53 และ 46.84 ระบบบังคับบำบัด หยุดเสพได้ทั้งหมดและดีขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 61.19 และ 38.58 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมทั้ง 2 ระบบแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประเด็นสำคัญของวิธีนี้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันรับรู้ถึงวิธีการช่วยให้หยุดยาเสพติดและส่งเสริมให้ไม่กลับไปเสพซ้ำได้

3. ข้อเสนอแนะ คือ ด้านนโยบายในการบำบัดรักษา สามารถสำเร็จได้อย่างจริงจัง ควรได้รณรงค์ให้เยาวชนได้รู้จักถึงโทษภัยของยาเสพติด และวิธีป้องกันตนเองจากการเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ตั้งแต่ในระดับประถมศึกษา ยกกระตักการพัฒนาอาชีพ กำหนดนโยบาย

ด้านสร้างอาชีพรายได้ที่มั่นคงในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาทุกระบบ กำหนดกรอบ อัตรากำลังของบุคลากรที่เป็นมืออาชีพ มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด จิต สังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดทุกขั้นตอน และกระตุ้นให้สังคม ชุมชน ท้องถิ่น เปิดใจยอมรับผู้ผ่านการบำบัดฯ ช่วยงานสังคม ชุมชน สนับสนุนงบประมาณค่าบำบัดรักษา การสร้างอาชีพ รายได้ที่มั่นคง ให้โอกาสอย่างเหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินผลด้านการบำบัดรักษาเสพติด 3 เรื่อง ผู้วิจัยพบว่าแนวทางในการกำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดควรสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้มแข็ง พร้อมกับการณรงค์ให้เด็ก เยาวชน และประชาชนได้รู้จักถึง โทษภัยของยาเสพติด และรู้วิธีป้องกันตนเองจากการเกี่ยวข้องกับยาเสพติด หากเมื่อผู้ใช้ยาเสพติด ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาไปแล้ว ควรมีการพัฒนาแบบและเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่เหมาะสม กับลักษณะผู้ป่วย มีกิจกรรมการให้คำปรึกษา กิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักคิดวิเคราะห์ได้ตรงตรง และรู้จักตนเอง สามารถวางแผนเป้าหมายและเกิดแรงจูงใจทางบวกต่อการดำเนินชีวิต เพิ่มนโยบาย สร้างทัศนคติที่ดีให้สังคม ชุมชน ครอบครัว เปิดใจยอมรับผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสกลับมาร่วม กิจกรรมในชุมชน นอกจากนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลกระบวนการบำบัดรักษาต้องให้ ความสำคัญในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สถานที่ที่เหมาะสม รวมทั้งจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบ ในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด

และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในส่วนของการศึกษาปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดมุ่งให้ ความสำคัญไปที่การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ใช้ยาเสพติด แต่ยังขาดการมองลักษณะปัญหาในมิติอื่น ซึ่งทำให้การพิจารณาถึงสถานการณ์ปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดอาจยังไม่สมบูรณ์ งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งหวังที่จะนำข้อมูลแต่ละด้านของผู้ใช้ยาเสพติดมาพิจารณาวิเคราะห์เพื่อแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหา ที่แท้จริงและนำไปสู่การนำเสนอแนวนโยบายที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล 3 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา , อาชีพ
2. ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด ดังนี้
 - 2.1 อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก หมายถึง อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดในครั้งแรก
 - 2.2 ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก หมายถึง ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก
 - 2.3 สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด หมายถึง เหตุผลที่ทำให้เกิดความรู้สึกต้องการใช้ยาเสพติด ได้แก่ เพื่อนชวน , อยากลอง , ความสนุกสนาน , ทำให้หายป่วย , ไม่สบายใจ , ช่วยงานอาชีพ

2.4 ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน หมายถึง ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา

2.5 ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม หมายถึง การใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียวหรือมากกว่า 1 ชนิด เพื่อให้ได้รับความหลากหลายของการรับรู้ฤทธิ์ของยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยลักษณะของการใช้ยาเสพติดร่วม แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) การใช้ชนิดเดียว หมายถึง การใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียว ไม่เสพร่วมกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ

2) การใช้ร่วมกัน หมายถึง การใช้ยาเสพติดร่วมกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ เนื่องจากยาเสพติดมีฤทธิ์เสริมกัน

3) การใช้สลับกัน หมายถึง การใช้ยาเสพติดสลับกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ เนื่องจากเป็นยาเสพติดในกลุ่มเดียวกัน ออกฤทธิ์ประเภทเดียวกัน

2.6 ลักษณะการเสพติด หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองผู้เสพติด ตามความรุนแรงของลักษณะการเสพติด ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้เสพ หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง
- 2) ผู้ติด หมายถึง ผู้ที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 3) ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง หมายถึง ผู้ติดยา/สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 3 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ทางการแพทย์หรือจากประวัติทางสังคม ไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ผ่านการบำบัดหลายครั้ง หรือหลายวิธี

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา เช่น

3.1 สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา หมายถึง เหตุผลที่ผู้ใช้ยาเสพติดมีความต้องการที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา มักมีหลายสาเหตุ ได้แก่

1) ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง หมายถึง การตัดสินใจด้วยเหตุผลของผู้ใช้ยาเสพติดโดยไม่มีการบังคับจากเจ้าหน้าที่รัฐ

2) ภาวะจำเป็น/ถูกกดดัน หมายถึง การถูกบีบคั้นหรือความจำเป็นของผู้ใช้ยาเสพติดโดยไม่มีการบังคับจากเจ้าหน้าที่รัฐ ได้แก่ กลัวถูกจับ , มีปัญหาทางจิตใจ , ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง , โรงเรียนบังคับ , สุขภาพไม่ดี , ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด และหาซื้อยาเสพติดยาก

3) บังคับตาม พรบ. หมายถึง ผู้ใช้ยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพ จะถูกนำเข้ารับการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และหากผู้เข้ารับการบำบัด มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจก็ถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี

4) ต้องโทษ หมายถึง ผู้ใช้ยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย โดยมีเรือนจำ/ ทัณฑสถาน หรือสถานพินิจฯ ได้จัดให้มีกระบวนการบำบัดฟื้นฟู

3.2 ระบบการบำบัดรักษา หมายถึง ระบบของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีกระบวนการบำบัดอยู่ 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ

3.3. รูปแบบการบำบัดรักษา หมายถึง รูปแบบการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละราย ได้แก่

1) การบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน คือ การรักษาผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วยใน โดยผู้ติดยาเสพติดจะได้อยู่ในสถานพยาบาล หรือสถานบำบัดที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัดฟื้นฟู และได้รับการสนับสนุนจากทีมแพทย์หรือผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

2) การบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก คือ การรักษาผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยจะเข้ามารับการรักษาทุกวัน ทุกอาทิตย์ หรือตามแต่ที่จะมีการนัดเป็นครั้งคราวไป แต่จะกลับบ้านทุกๆ วัน

3) การใช้เมธาโดนระยะยาว คือ การใช้เมธาโดนรักษาอาการขาดยาในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดประเภท ผีน เฮโรอีน หรือยาที่ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน

4) ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบกระบวนการค่าย ภายใต้การควบคุมของผู้ที่มีความชำนาญ

5) คลินิกให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุข คือ คลินิกที่เปิดให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้คำปรึกษาและปรับเจตคติของผู้ติดยาเสพติด

6) บำบัดในชุมชน หมายถึง การดูแลหรือให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

7) จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน คือ กระบวนการบำบัดรักษานักเรียนที่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

8) รูปแบบที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด คือ การบำบัดรักษาโดยรูปแบบและวิธีการของหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงยุติธรรม ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดรักษาของกรมคุมประพฤติ โปรแกรมบำบัดรักษาของกรมราชทัณฑ์ และโปรแกรมบำบัดรักษาของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

3.4 ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย หมายถึง การบำบัดในขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการรักษา และก่อนจำหน่าย หมายถึง ก่อนที่จะถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนหรือสังคมตามปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1) ขั้นการถอนพิษยา หมายถึง การบำบัดรักษาเพื่อลดอาการอยากยาเสพติด การถอนพิษยา จึงเป็นการให้ยาตามอาการ เพื่อลดความเครียด อาการซึมเศร้า หรืออาการทางจิตอื่นๆ

2) ขั้นการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การรักษาอาการอยากยาเสพติดไปพร้อมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสมองของผู้ติดยาเสพติดให้กลับมาเป็นสมองของคนปกติ ไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีก

3.5 สาเหตุการจำหน่าย คือ เหตุผลที่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ในสถานบำบัดรักษาครบตามกำหนด หรือไม่ครบตามกำหนด เช่น ขาดการรักษา ละเมิดกฎของสถานบำบัดถูกจับ หรือตาย เป็นต้น การจำหน่าย หมายถึง การถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนหรือสังคมตามปกติ

3.6 การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย หมายถึง ผลการประเมินจากการบำบัดรักษาที่ครบตามกำหนด หรือไม่ครบตามกำหนด ว่ามีผลที่ ดีขึ้น ไม่ดีขึ้น หรือหยุดเสพได้ทั้งหมด ขณะจำหน่าย หมายถึง ขณะที่จะถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนหรือสังคมตามปกติ



บทที่ 3

ผลการดำเนินงานวิจัย

ผลการดำเนินงานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุเสพติดในประเทศไทย” ได้นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ T-test , ANOVA , Regression ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำเสนอได้ดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะอันเป็นลักษณะส่วนตัวของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในปี 2559 เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	149466	89.7
หญิง	17206	10.3
รวม	166672	100.0
อายุ		
ต่ำกว่า 15	3326	2.0
15 – 19	37934	22.8
20 – 24	35301	21.2
25 – 29	27212	16.3
30 – 34	24021	14.4
35 – 39	17218	10.3
มากกว่า 39 ขึ้นไป	21660	13.0
รวม	166672	100.0
อายุเฉลี่ย = 27.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.57)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่มีการศึกษา	9731	5.8
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1545	0.9
ประถมศึกษา	60624	36.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	58837	35.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23734	14.2
อนุปริญญา	8486	5.1
ปริญญาตรี	2900	1.7
อื่นๆ	815	0.5
รวม	166672	100.0
อาชีพ		
แรงงานอิสระ	100095	60.0
รับจ้าง	(67251)	(40.3)
เกษตรกร	(22826)	(13.7)
ค้าขาย	(10018)	(6.0)
แรงงานภาคเอกชน	10893	6.6
ผู้ใช้แรงงาน	(4596)	(2.8)
พนักงานโรงงาน	(3330)	(2.0)
พนักงานบริษัทเอกชน	(2967)	(1.8)
เจ้าหน้าที่รัฐ	2927	1.8
ทหาร/ตำรวจ	(2328)	(1.4)
ข้าราชการ	(599)	(0.4)
ว่างงาน	52053	31.2
อื่นๆ	704	0.4
รวม	166672	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน		
ไม่สมบูรณ์	76305	45.8
บิดา/มารดาเสียชีวิต	(11602)	(7.0)
บิดาเสียชีวิต	(22328)	(13.4)
มารดาเสียชีวิต	(6424)	(3.8)
แยกกันอยู่	(18594)	(11.2)
หย่า	(14095)	(8.4)
อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น	(3307)	(2.0)
สมบูรณ์ (อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น)	90322	54.2
รวม	166672	100.0

จากตาราง 1 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.7) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 28 ปี อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 15 – 19 ปี (ร้อยละ 22.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.4) ประกอบอาชีพแรงงานอิสระ (ร้อยละ 60.0) โดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 54.2)

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด หมายถึง ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 เช่น อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม ลักษณะการเสพติด เป็นต้น

ตาราง 2 อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 15	25962	15.6
15 – 19	82134	49.3
20 – 24	28814	17.3
25 – 29	12933	7.8
30 – 34	7571	4.5
35 – 39	4110	2.5
มากกว่า 39 ขึ้นไป	5148	3.1
รวม	166672	100.0

อายุเฉลี่ย = 19.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.22)

จากตาราง 2 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ใช้ยาเสพติดครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 49.3) โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 20 ปี

ตาราง 3 ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรกของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	จำนวน	ร้อยละ
ยาบ้า	119610	71.8
กัญชา	20655	12.4
ฝิ่น	6288	3.8
เฮโรอีน	4550	2.7
ไอซ์	3880	2.3
สารระเหย	3716	2.2
กระท่อม	3622	2.2
อื่นๆ	4351	2.6
รวม	166672	100.0

จากตาราง 3 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เลือกใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก (ร้อยละ 71.8) รองลงมาคือ กัญชา , ฝิ่น , เฮโรอีน , ไอซ์ , สารระเหย และกระท่อม

(ร้อยละ 12.4 , 3.8 , 2.7 , 2.3 , 2.2 และ 2.2 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมียาเสพติดประเภทอื่นๆ (ร้อยละ 2.6) เช่น ยาอี , โคเคน , มอร์ฟิน , เมธาโดน , ยาเลิฟ ฯลฯ

ตาราง 4 สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
อยากลอง	95982	57.6
เพื่อนชวน	49933	30.0
ความสนุกสนาน	7572	4.5
ช่วยงานอาชีพ	5289	3.2
ทำให้หายป่วย	3589	2.2
ไม่สบายใจ	3462	2.1
อื่นๆ	845	0.5
รวม	166672	100.0

จากตาราง 4 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่ที่ใช้ยาเสพติดมีสาเหตุมาจากอยากลอง (ร้อยละ 57.6) รองลงมา คือ เพื่อนชวน (ร้อยละ 30.0) และมีเพียงส่วนน้อยที่เริ่มใช้ยาเสพติดเพราะความสนุกสนาน , ช่วยงานอาชีพ , ทำให้หายป่วย และ ไม่สบายใจ (ร้อยละ 4.5 , 3.2 , 2.2 , 2.1 และ 0.5 ตามลำดับ)

ตาราง 5 ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
ยาบ้า	122701	73.6
กัญชา	12621	7.6
ไอซ์	8242	4.9
เฮโรอีน	6763	4.1
ฝิ่น	5349	3.2
กระท่อม	3142	1.9
สารระเหย	1807	1.1
อื่นๆ	6047	3.6
รวม	166672	100.0

จากตาราง 5 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เลือกใช้อาบน้ำเป็นยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันก่อนเข้ารับการบำบัด (ร้อยละ 73.6) มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้ กัญชา , ไอซ์ , เฮโรอีน , ผีน , กระตอม และสารระเหย (ร้อยละ 7.6 , 4.9 , 4.1 , 3.2 , 1.9 และ 1.1 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ยังมี ยาเสพติดประเภทอื่นๆ (ร้อยละ 3.6) เช่น ยาอี , โคเคน , มอร์ฟิน , เมธาโดน และยาเลิฟ ฯลฯ

1. ลักษณะการใช้อาบน้ำร่วมกัน

หมายถึง การใช้อาบน้ำเพียงชนิดเดียวหรือมากกว่า 1 ชนิด เพื่อให้ได้รับความหลากหลายของการรับรู้ฤทธิ์ของยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยลักษณะของการใช้อาบน้ำร่วมกัน แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1) การใช้ชนิดเดียว หมายถึงการใช้อาบน้ำเพียงชนิดเดียว ไม่ผสมร่วมกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ
- 2) การใช้ร่วมกัน หมายถึง การใช้อาบน้ำร่วมกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ เนื่องจากยาเสพติดมีฤทธิ์เสริมกัน
- 3) การใช้สลับกัน หมายถึง การใช้อาบน้ำสลับกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ เนื่องจากเป็นยาเสพติดในกลุ่มเดียวกัน ออกฤทธิ์ประเภทเดียวกัน

ตาราง 6 ลักษณะการใช้อาบน้ำร่วมกันของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ลักษณะการใช้อาบน้ำร่วมกัน	จำนวน	ร้อยละ
ใช้ชนิดเดียว	72737	74.1
ใช้ร่วมกัน	8827	9.0
ใช้สลับกัน	6209	6.3
อื่นๆ	10431	10.6
รวม	98204	100.0

จากตาราง 6 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่ใช้อาบน้ำเพียงชนิดเดียว (ร้อยละ 74.1) มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้อาบน้ำร่วมกัน และใช้สลับกัน (ร้อยละ 9.0 และ 6.3 ตามลำดับ)

2. ลักษณะการเสพยา

หมายถึง พฤติกรรมการเสพยาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองผู้เสพยา ตามความรุนแรงของลักษณะการเสพยา ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ผู้เสพ หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง
- 2) ผู้ติด หมายถึง ผู้ที่ใช้เป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 3) ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง หมายถึง ผู้ติดยา/สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 3 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ทางการแพทย์หรือจากประวัติทางสังคม ไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ผ่านการบำบัดหลายครั้ง หรือหลายวิธี

ตาราง 7 ลักษณะการเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ลักษณะการเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
ผู้เสพ	96753	58.0
ผู้ติด	63576	38.1
ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	6343	3.8
รวม	166672	100.0

จากตาราง 7 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ (ร้อยละ 58.0) รองลงมาคือ ผู้ติด (ร้อยละ 31.8) และมีเพียงส่วนน้อยเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง (ร้อยละ 3.8)

การบำบัดรักษา

การบำบัดรักษา เป็นการดำเนินงานโดยวิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ เช่น รูปแบบการบำบัดรักษา ขั้นตอนในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่าย ฯลฯ เพื่อหาสาเหตุในการแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพ โดยวัดจากการประเมินผลขณะจำหน่ายหรือขณะถูกปล่อยตัวให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

1. สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา หมายถึง เหตุผลที่ผู้ติดยาเสพติดมีความต้องการที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา มักมีหลายสาเหตุ ได้แก่

- 1) ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง หมายถึง การตัดสินใจด้วยเหตุผลของผู้ติดยาเสพติดโดยไม่มีการบังคับจากเจ้าหน้าที่รัฐ
- 2) ภาวะจำเป็น/ถูกกดดัน หมายถึง การถูกบีบบังคับหรือความจำเป็นของผู้ติดยาเสพติดโดยไม่มีการบังคับจากเจ้าหน้าที่รัฐ ได้แก่ กลัวถูกจับ , มีปัญหาทางจิตใจ , ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง , โรงเรียนบังคับ , สุขภาพไม่ดี , ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด และหาซื้อยาเสพติดยาก

3) บังคับตาม พรบ. หมายถึง ผู้ใช้ยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพ จะถูกนำเข้ารับการบำบัดบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และหากผู้เข้ารับการบำบัด มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี

4) ต้องโทษ หมายถึง ผู้ใช้ยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด และถูกคุมขัง ซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย โดยมีเรือนจำ/ทัณฑสถาน หรือสถานพินิจฯ ได้จัดให้มีกระบวนการบำบัดฟื้นฟู

ตาราง 8 สาเหตุการเข้าบำบัดรักษาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง (อยากเลิก)	46701	28.0
ภาวะจำเป็น/ถูกกวดขัน	39535	23.7
กลัวถูกจับ	(15823)	(9.5)
มีปัญหาทางจิตใจ	(10881)	(6.5)
ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง	(6303)	(3.8)
โรงเรียนบังคับ	(2904)	(1.8)
สุขภาพไม่ดี	(2846)	(1.7)
ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด	(570)	(0.3)
หาซื้อยาเสพติดยาก	(208)	(0.1)
บังคับตาม พรบ.	52986	31.8
ต้องโทษ	27450	16.5
รวม	166672	100.0

จากตาราง 8 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่มีสาเหตุในการเข้าบำบัดรักษาเพราะถูกบังคับตาม พรบ. (ร้อยละ 31.8) รองลงมาคือ ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเองเพราะอยากเลิก (ร้อยละ 28.0) ในขณะที่บางส่วนมาจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทำให้เป็นความจำเป็นและถูกกวดขันให้เข้ารับการบำบัด (ร้อยละ 23.7) ได้แก่ กลัวถูกจับ , มีปัญหาทางจิตใจ , ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง , โรงเรียนบังคับ , สุขภาพไม่ดี , ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด และหาซื้อยาเสพติดยาก (ร้อยละ 9.5 , 6.5 , 3.8 , 1.8 , 1.7 , 0.3 , และ 0.1 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าบางส่วนเข้ารับการบำบัดเนื่องจากต้องโทษ (ร้อยละ 16.5)

2. ระบบการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมีกระบวนการบำบัดอยู่ 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ

ตาราง 9 ระบบการบำบัดรักษาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ระบบการบำบัดรักษา	จำนวน	ร้อยละ
สมัครใจ	86236	51.7
บังคับบำบัด	52986	31.8
ต้องโทษ	27450	16.5
รวม	166672	100.0

จากตาราง 9 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือ บังคับบำบัด และต้องโทษ (ร้อยละ 31.8 และ 16.5 ตามลำดับ)

3. รูปแบบการบำบัดรักษา

รูปแบบการบำบัดรักษา หมายถึง รูปแบบการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละราย ดังนี้

1) การบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน คือ การรักษาผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วยใน โดยผู้ติดยาเสพติดจะได้อยู่ในสถานพยาบาล หรือสถานบำบัดที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัดฟื้นฟู และได้รับการสนับสนุนจากทีมแพทย์หรือผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

2) การบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก คือ การรักษาผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยจะเข้ามารับการรักษาทุกวัน ทุกอาทิตย์ หรือตามแต่ที่จะมีการนัดเป็นครั้งคราวไป แต่จะกลับบ้านทุกๆ วัน

3) การให้เมธาโดนระยะยาว คือ การใช้เมธาโดนรักษาอาการขาดยาในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดประเภท ผีน เฮโรอีน หรือยาที่ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน

4) ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบกระบวนการค่าย ภายใต้การควบคุมของผู้ที่มีความชำนาญ

5) คลินิกให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุข คือ คลินิกที่เปิดให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้คำปรึกษาและปรับเจตคติของผู้ป่วยยาเสพติด

6) บำบัดในชุมชน หมายถึง การดูแลหรือให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

7) จิตสังคมนาบัติในโรงเรียน คือ กระบวนการบำบัดรักษานักเรียนที่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

8) รูปแบบที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด คือ การบำบัดรักษาโดยรูปแบบและวิธีการของหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงยุติธรรม ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดรักษาของกรมคุมประพฤติ โปรแกรมบำบัดรักษาของกรมราชทัณฑ์ และโปรแกรมบำบัดรักษาของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ตาราง 10 รูปแบบการบำบัดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

รูปแบบการบำบัด	จำนวน	ร้อยละ
บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก	68491	41.1
บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน	18530	11.1
การให้เมธาโดนระยะยาว	8905	5.3
ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	5252	3.2
คลินิกให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุข	4192	2.5
บำบัดในชุมชน	2938	1.8
จิตสังคมนาบัติในโรงเรียน	817	0.5
รูปแบบที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด	54159	32.5
อื่นๆ	3388	2.0
รวม	166672	100.0

จากตาราง 10 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 41.1) รองลงมาคือ การบำบัดในรูปแบบที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด (ร้อยละ 32.5) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีเพียงส่วนน้อยที่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน , การให้เมธาโดนระยะยาว , ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม , คลินิกให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุข , บำบัดในชุมชน และจิตสังคมนาบัติในโรงเรียน (ร้อยละ 11.1 , 5.3 , 3.2 , 2.5 , 1.8 และ 0.5 ตามลำดับ)

4. ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย หมายถึง การบำบัดในขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการรักษา และก่อนจำหน่าย หมายถึง ก่อนที่จะถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนหรือสังคมตามปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1) ขั้นตอนการถอนพิษยา หมายถึง การบำบัดรักษาเพื่อลดอาการอยากยาเสพติด การถอนพิษยา จึงเป็นการให้ยาตามอาการเพื่อลดความเครียด อาการซึมเศร้า หรืออาการทางจิตอื่นๆ

2) ขั้นตอนการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การรักษาอาการอยากยาเสพติดไปพร้อมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ใช้ยาเสพติดให้กลับมาเป็นสมรรถภาพปกติ ไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดอีก

ตาราง 11 ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559

ขั้นตอนสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
ถอนพิษยา	5930	6.0
ถอนพิษยาและฟื้นฟู	27948	28.5
ฟื้นฟู	64326	65.5
รวม	98204	100.0

จากตาราง 11 พบว่า ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ร้อยละ 65.5) รองลงมาคือ ถอนพิษยาและฟื้นฟู (ร้อยละ 28.5) มีเพียงส่วนน้อยที่ออกตั้งแต่ขั้นถอนพิษยาซึ่งเป็นขั้นตอนแรกเริ่มของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (ร้อยละ 6.0)

5. สาเหตุการจำหน่าย

สาเหตุการจำหน่าย คือ เหตุผลที่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอยู่ในสถานบำบัดรักษาครบตามกำหนด หรือไม่ครบตามกำหนด เช่น ขาดการรักษา ละเมิดกฎของสถานบำบัด ถูกจับหรือตาย เป็นต้น การจำหน่าย หมายถึง การถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนหรือสังคมตามปกติ

ตาราง 12 สาเหตุการจำหน่ายของผู้เข้ารับการรักษาในปี 2559

สาเหตุการจำหน่าย	จำนวน	ร้อยละ
ครบตามกำหนด	87816	89.4
ไม่ครบตามกำหนด	10388	10.6
ผู้ป่วยขาดการรักษา	(6187)	(6.3)
ผู้ป่วยบอกเลิกการบำบัด	(1112)	(1.1)
ถูกจับ	(793)	(0.8)
ผู้ป่วยละเมิดกฎของสถานบำบัด	(225)	(0.2)
ตาย	(67)	(0.1)
อื่นๆ	(2004)	(2.0)
รวม	98204	100.0

จากตาราง 12 พบว่า ผู้เข้ารับการรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่บำบัดรักษาครบตามกำหนด (ร้อยละ 89.4) รองลงมาคือ ไม่ครบตามกำหนด (ร้อยละ 10.6) โดยไม่ครบตามกำหนด สาเหตุส่วนใหญ่จากการที่ผู้ป่วยขาดการรักษา (ร้อยละ 6.3) รองลงมา คือ ผู้ป่วยบอกเลิกการบำบัด , ถูกจับ , ผู้ป่วยละเมิดกฎของสถานบำบัด และ ตาย (ร้อยละ 1.1 , 0.8 , 0.2 และ 0.1 ตามลำดับ)

6. การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย หมายถึง ผลการประเมินจากการบำบัดรักษาที่ครบตามกำหนด หรือไม่ครบตามกำหนด ว่ามีผลที่ ดีขึ้น ไม่ดีขึ้น หรือหยุดเสพได้ทั้งหมด ขณะจำหน่าย หมายถึง ขณะที่ถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนหรือสังคมตามปกติ

ตาราง 13 การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่ายของผู้เข้ารับการรักษาในปี 2559

ผลการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ดีขึ้น	46494	47.4
หยุดเสพได้ทั้งหมด	44513	45.3
ไม่ดีขึ้น	7197	7.3
รวม	98204	100.0

จากตาราง 13 พบว่า ผู้เข้ารับการรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่มีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายดีขึ้น และหยุดเสพได้ทั้งหมด ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 45.3 ตามลำดับ) โดยมีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 7.3)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ได้แก่ อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม และลักษณะการเสพติด

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก

เพศ	กลุ่มอายุ							รวม
	ต่ำกว่า 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	มากกว่า 39	
ชาย	16.4%	50.7%	16.9%	7.2%	4.1%	2.1%	2.6%	100.0%
หญิง	8.8%	36.5%	20.9%	12.9%	8.6%	5.3%	6.9%	100.0%
รวม	15.6%	49.3%	17.3%	7.8%	4.5%	2.5%	3.1%	100.0%

Chi-square = 4238.464, sig = 0.000

จากตาราง 14 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะเริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและกลุ่มอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรก พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) นั่นคือ เพศต่างกันจะมีสัดส่วนการใช้ยาเสพติดครั้งแรกในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลในตารางพบว่า แม้ว่าเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะเริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่า เพศชายจะมีสัดส่วนของการเริ่มใช้ยาเสพติดในช่วงอายุน้อยกว่าเพศหญิง โดยในกลุ่มอายุที่มากขึ้นจะมีสัดส่วนที่ลดลง ในขณะที่เพศหญิงจะมีสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากในแต่ละช่วงอายุ

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก

เพศ	ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก								รวม
	ยาบ้า	กัญชา	ฝิ่น	เฮโรอีน	ไอซ์	ระเหย	กระท่อม	อื่นๆ	
ชาย	71.6%	13.5%	3.2%	2.7%	1.6%	2.4%	2.4%	2.6%	100.0%
หญิง	73.5%	3.0%	8.7%	2.6%	8.3%	1.0%	0.4%	2.5%	100.0%
รวม	71.8%	12.4%	3.8%	2.7%	2.3%	2.2%	2.2%	2.6%	100.0%

Chi-square = 5970.982 , sig = 0.000

จากตาราง 15 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะเลือกใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูลจากตาราง พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก รองลงมา จากยาบ้า ในเพศชายจะเลือกใช้กัญชาเป็นยาเสพติดแรกมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิง เลือกใช้ฝิ่นและไอซ์เป็นยาเสพติดแรกมากกว่าเพศชาย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละ โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประเภทของยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก พบว่า เพศที่ต่างกันจะเริ่มต้นใช้ยาเสพติดครั้งแรกที่ต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด

เพศ	สาเหตุ							รวม
	อยากลอง	เพื่อนชวน	ความสนุกสนาน	ช่วยงานอาชีพ	ทำให้หายป่วย	ไม่สบายใจ	อื่นๆ	
ชาย	58.0%	30.3%	4.7%	3.2%	1.6%	1.7%	0.4%	100.0%
หญิง	53.7%	27.3%	3.3%	2.8%	6.6%	5.1%	1.2%	100.0%
รวม	57.6%	30.0%	4.5%	3.2%	2.2%	2.1%	0.5%	100.0%

Chi-square = 2998.565 , sig = 0.000

จากตาราง 16 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะเริ่มใช้ยาเสพติดโดยมีสาเหตุจากการอยากลองมากที่สุด เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูลจากตาราง พบว่า เพศหญิงจะมีสาเหตุของการใช้ยาเสพติดเพราะทำให้หายป่วย และไม่สบายใจสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะมีสาเหตุของการใช้ยาเสพติดเพื่อความสนุกสนานและเห็นว่าเป็นสิ่งที่ช่วยในการประกอบอาชีพในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหา

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีสาเหตุการใช้ยาเสพติดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน

เพศ	ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน								รวม
	ยาบ้า	กัญชา	ไอซ์	เฮโรอีน	ฝิ่น	กระท่อม	ระเหย	อื่นๆ	
ชาย	73.9%	8.3%	4.0%	4.1%	2.7%	2.0%	1.2%	3.7%	100.0%
หญิง	71.1%	1.7%	13.0%	3.3%	7.5%	0.5%	0.4%	2.6%	100.0%
รวม	73.6%	7.6%	4.9%	4.1%	3.2%	1.9%	1.1%	3.6%	100.0%

Chi-square = 4886.828 , sig = 0.000

จากตาราง 17 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่ใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดปัจจุบันก่อนเข้ารับการรักษา และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตาราง ยังพบว่ายาเสพติดประเภทที่ใช้รองลงมาจากยาบ้า สำหรับเพศชายเลือกใช้กัญชาและเฮโรอีนมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงเลือกไอซ์และฝิ่นมากกว่าเพศชาย เมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประเภทของยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีการใช้ยาเสพติดประเภทที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม

เพศ	ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม				รวม
	ใช้ชนิดเดียว	ใช้สลับกัน	ใช้ร่วมกัน	อื่นๆ	
ชาย	74.1%	6.3%	9.2%	10.3%	100.0%
หญิง	73.3%	6.1%	6.7%	13.9%	100.0%
รวม	74.1%	6.3%	9.0%	10.6%	100.0%

Chi-square = 168.753 , sig = 0.000

จากตาราง 18 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียวมากที่สุด รองลงมาคือใช้ร่วมกัน โดยที่เพศชายจะมีลักษณะการใช้ร่วมกันมากกว่าการใช้สลับประเภทกัน ในขณะที่เพศหญิงจะมีสัดส่วนของลักษณะการใช้ยาแบบใช้ร่วมกันและใช้สลับกันไม่แตกต่างกันมาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง

เพศกับลักษณะการใช้ยาสูบ พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีลักษณะการใช้ยาสูบที่แตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับลักษณะการเสพติด

เพศ	ลักษณะการเสพติด			รวม
	ผู้เสพ	ผู้ติด	ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	
ชาย	59.1%	37.2%	3.8%	100.0%
หญิง	49.3%	46.6%	4.1%	100.0%
รวม	58.0%	38.1%	3.8%	100.0%

Chi-square = 620.482 , sig = 0.000

จากตาราง 19 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะมีลักษณะการเสพติดในระดับของการเป็นผู้เสพยามากที่สุด ในขณะที่เพศหญิงจะเป็นผู้ติด และผู้ติดยาเสพติดรุนแรงในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับลักษณะการเสพติด พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีลักษณะการเสพติดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับอายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก

ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	กลุ่มอายุ							รวม
	ต่ำกว่า 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	มากกว่า 39	
ไม่สมบูรณ์	16.4%	46.0%	16.6%	8.0%	5.1%	3.0%	4.9%	100.0%
สมบูรณ์	14.9%	52.1%	17.8%	7.6%	4.1%	2.0%	1.6%	100.0%
รวม	15.6%	49.3%	17.3%	7.8%	4.5%	2.5%	3.1%	100.0%

Chi-square = 2156.734 , sig = 0.000

จากตาราง 20 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะเริ่มเข้ายาเสพติดครั้งแรกในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับอายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก พบว่า ความสัมพันธ์ของบิดามารดาที่ต่างกันจะเริ่มต้นเข้ายาเสพติดครั้งแรกในกลุ่มอายุที่ต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) ซึ่งเมื่อพิจารณาจาก

ข้อมูลในตารางพบว่า ผู้ที่บิดามารดาที่มีความสัมพันธ์แบบราบรื่นสมบูรณ์จะเริ่มใช้ยาเสพติดในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี และกลุ่มอายุ 20 – 24 มากกว่ากลุ่มผู้ที่บิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กันแบบไม่สมบูรณ์ ในขณะที่ผู้ที่บิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กันแบบไม่สมบูรณ์จะเริ่มใช้ยาเสพติดในช่วงอายุอื่นมากกว่าผู้ที่บิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กันแบบสมบูรณ์

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดา มารดา	ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก								รวม
	ยาบ้า	กัญชา	ฝิ่น	เฮโรอีน	ไอซ์	ระเหย	กระตอม	อื่นๆ	
ไม่สมบูรณ์	69.9%	12.3%	5.3%	3.0%	2.6%	2.6%	2.1%	2.2%	100.0%
สมบูรณ์	73.4%	12.4%	2.5%	2.5%	2.1%	1.9%	2.3%	3.0%	100.0%
รวม	71.8%	12.4%	3.8%	2.7%	2.3%	2.2%	2.2%	2.6%	100.0%

Chi-square = 14206.276 , sig = 0.000

จากตาราง 21 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ส่วนใหญ่จะใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูลพบว่า ในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์จะเลือกใช้ยาบ้า กัญชา และกระตอมในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ จะเลือกใช้ฝิ่น ไอซ์ และสารระเหย เป็นยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรกในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะใช้ยาเสพติดครั้งแรกประเภทที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดา มารดา	สาเหตุ							รวม
	อยากลอง	เพื่อนชวน	ความสนุก	ช่วยงาน	ทำให้หาย	ไม่สบายใจ	อื่นๆ	
ไม่สมบูรณ์	56.0%	29.4%	4.2%	3.8%	3.3%	2.7%	0.6%	100.0%
สมบูรณ์	58.9%	30.4%	4.8%	2.6%	1.1%	1.6%	0.4%	100.0%
รวม	57.6%	30.0%	4.5%	3.2%	2.2%	2.1%	0.5%	100.0%

Chi-square = 1472.464 , sig = 0.000

จากตาราง 22 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุที่ใช้จ่ายเสพติดเพราะอยากลองมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ จะใช้จ่ายเสพติดเพราะเพื่อนชวน และความสนุกสนาน เป็นสาเหตุที่รองลงมา ในสัดส่วนที่สูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ จะใช้จ่ายเสพติดเพราะช่วยงานอาชีพ ทำให้หายป่วย และไม่สบายใจ เป็นสาเหตุที่รองลงมา ในสัดส่วนที่สูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุที่ใช้จ่ายเสพติด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะมีสาเหตุที่ใช้จ่ายเสพติดที่ต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดา มารดา	ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน								รวม
	ยาบ้า	กัญชา	ไอซ์	เฮโรอีน	ฝิ่น	กระท่อม	ระเหย	อื่นๆ	
ไม่สมบูรณ์	71.9%	7.1%	5.8%	4.5%	4.4%	1.8%	1.2%	3.2%	100.0%
สมบูรณ์	75.0%	8.0%	4.2%	3.7%	2.2%	1.9%	1.0%	4.0%	100.0%
รวม	73.6%	7.6%	4.9%	4.1%	3.2%	1.9%	1.1%	3.6%	100.0%

Chi-square = 1154.166 , sig = 0.000

จากตาราง 23 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะใช้จ่ายเป็นยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ จะเลือกใช้กัญชาและกระท่อม เป็นยาเสพติดที่รองลงมา ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ จะเลือกใช้ไอซ์ เฮโรอีน ฝิ่น และสารระเหย เป็นยาเสพติดที่รองลงมา ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะใช้จ่ายเสพติดปัจจุบันประเภทที่ต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดามารดา	ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม				รวม
	ใช้ชนิดเดียว	ใช้ร่วมกัน	ใช้สลับกัน	อื่นๆ	
ไม่สมบูรณ์	74.4%	6.7%	8.8%	10.1%	100.0%
สมบูรณ์	73.8%	6.1%	9.1%	11.1%	100.0%
รวม	74.1%	6.3%	9.0%	10.6%	100.0%

Chi-square = 40.516 , sig = 0.000

จากตาราง 24 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะมีลักษณะการใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียวมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์จะใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียวในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ จะใช้ยาเสพติดสลับกันมากกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม พบว่า ความสัมพันธ์ที่ต่างกันจะมีลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับการลักษณะการเสพติด

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดามารดา	ลักษณะการเสพติด			รวม
	ผู้เสพ	ผู้ติด	ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	
ไม่สมบูรณ์	55.8%	40.6%	3.7%	100.0%
สมบูรณ์	60.0%	36.1%	3.9%	100.0%
รวม	58.0%	38.1%	3.8%	100.0%

Chi-square = 352.034 , sig = 0.000

จากตาราง 25 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะมีการเสพติดในลักษณะของผู้เสพยาเสพติดมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์จะมีการเสพติดในลักษณะของผู้ติดเป็นลักษณะที่รุนแรงลงมามากกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์จะมีการเสพติดในลักษณะของผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

เป็นลักษณะที่รองลงมามากกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับลักษณะการเสพติด พบว่า ความสัมพันธ์ที่ต่างกันจะมีลักษณะการเสพติดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและการบำบัดรักษา

ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ระดับการศึกษา และอาชีพ ส่วนการบำบัดรักษา เช่น สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา ระบบการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดรักษา ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย สาเหตุการจำหน่าย และการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

เพศ	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ชาย	23.1%	19.8%	32.1%	15.4%	9.6%	100.0%
หญิง	20.9%	16.3%	32.1%	24.7%	6.0%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 1169.016 , sig = 0.000

จากตาราง 26 พบว่า สาเหตุในการเข้ารับการบำบัดของเพศชายและเพศหญิงเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด ซึ่งพบว่าเพศชายจะรู้สึกตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่จะถูกต้องโทษมากกว่าเพศชาย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีสาเหตุการเข้าบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระบบการบำบัดรักษา

เพศ	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ชาย	52.7%	31.8%	15.5%	100.0%
หญิง	43.3%	32.0%	24.8%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 1066.363 , sig = 0.000

จากตาราง 27 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีลักษณะการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดจากข้อมูล พบว่า เพศหญิงจะมีสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากในแต่ละระบบการบำบัดรักษา

ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับรูปแบบการบำบัดรักษา

เพศ	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การให้เมธาโดนระยะยาว	คลินิกให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุข	ค่ายปรับพฤติกรรม	จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน	บำบัดในชุมชน	บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน	บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอก	กระทรวงยุติธรรมกำหนด	อื่นๆ	
ชาย	4.9%	2.6%	3.3%	0.5%	1.9%	11.1%	42.2%	31.2%	2.2%	100.0%
หญิง	8.8%	1.5%	2.0%	0.2%	0.9%	10.9%	31.1%	44.0%	0.5%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 2151.936 , sig = 0.000

จากตาราง 28 พบว่า เพศชายส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่เป็นรูปแบบกระทรวงยุติธรรมกำหนดมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า เพศหญิง มีรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีการให้เมธาโดนระยะยาวในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

เพศ	ขั้นตอนสุดท้าย			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ชาย	6.1%	28.2%	65.6%	100.0%
หญิง	5.0%	30.7%	64.3%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 38.153 , sig = 0.000

จากตาราง 29 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะได้รับการบำบัดรักษาจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่าย แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า เพศชายจะบำบัดด้วยการถอนพิษยาเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะบำบัดด้วยการถอนพิษยาและฟื้นฟูเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่าย พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 30 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุการจำหน่าย

เพศ	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ชาย	89.5%	10.5%	100.0%
หญิง	89.1%	10.9%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 62.038 , sig = 0.000

จากตาราง 30 พบว่า เพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่จะบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนด แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) โดยพบว่า เพศชายจะมีสัดส่วนของการเข้าบำบัดรักษาได้ครบตามเกณฑ์กำหนดสูงกว่าเพศหญิง

ตาราง 31 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่วย

เพศ	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่วย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
ชาย	48.6%	7.3%	44.0%	100.0%
หญิง	35.5%	7.3%	57.2%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 643.502 , sig = 0.000

จากตาราง 31 พบว่า เพศชายส่วนใหญ่จะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่จะหยุดเสพได้ทั้งหมด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่วย พบว่า เพศที่ต่างกันจะมีการประเมินผลจากการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 32 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

อายุ	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ต่ำกว่า 15	25.9%	40.0%	8.3%	10.6%	15.2%	100.0%
15-19	19.6%	24.3%	24.7%	17.0%	14.2%	100.0%
20-24	22.5%	18.7%	34.9%	16.3%	7.6%	100.0%
25-29	18.5%	17.7%	36.7%	19.0%	8.1%	100.0%
30-34	20.2%	17.9%	36.0%	18.4%	7.6%	100.0%
35-39	23.3%	15.7%	36.8%	16.3%	8.0%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	36.8%	16.1%	30.0%	10.6%	6.6%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 7857.341 , sig = 0.000

จากตาราง 32 พบว่า ผู้ที่เข้ารับการบำบัดในกลุ่มอายุ 15 – 39 ปี ส่วนใหญ่มีสาเหตุเข้าบำบัดรักษาเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด และกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี จะมีสาเหตุจากภาวะจำเป็น/ถูกกดดันมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะตัดสินใจเข้า

บำบัดรักษาด้วยตัวเองเพราะอยากเลิก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีสาเหตุในการเข้ารับการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 33 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระบบการบำบัดรักษา

อายุ	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ต่ำกว่า 15	83.4%	6.6%	10.0%	100.0%
15-19	60.7%	23.0%	16.4%	100.0%
20-24	47.9%	35.0%	17.1%	100.0%
25-29	43.4%	37.1%	19.4%	100.0%
30-34	45.1%	36.2%	18.7%	100.0%
35-39	46.4%	37.1%	16.5%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	59.5%	30.1%	10.3%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 5324.482 , sig = 0.000

จากตาราง 33 พบว่า ผู้ที่เข้ารับการบำบัดในทุกช่วงอายุ จะสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า ช่วงอายุ 20 – 39 ปี ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ แต่ก็มีสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากกับการบำบัดรักษาโดยบังคับบำบัด ในขณะที่ช่วงอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี กลับถูกต้องโทษในสัดส่วนที่สูงกว่าการบังคับบำบัด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 34 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับรูปแบบการบำบัดรักษา

รูปแบบการบำบัดรักษา										
อายุ	คลินิกให้									รวม
	คำปรึกษา		ค่ายปรับ	จิต	บำบัด			กระทรวงยุติธรรมกำหนด อื่นๆ		
	การให้	ในสถาน	เปลี่ยน	สังคม	บำบัด	บำบัด	ฟื้นฟู			
	เมธาโดนระยะยาว	บริการสาธารณสุข	พฤติกรรมกรรม	บำบัดในโรงเรียน	ในชุมชน	ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก			
ต่ำกว่า 15	0.8%	4.4%	0.6%	5.8%	1.2%	5.4%	65.6%	14.5%	1.6%	100.0%
15-19	1.8%	3.2%	1.8%	1.5%	1.3%	7.4%	51.6%	29.7%	1.7%	100.0%
20-24	2.0%	2.2%	4.0%	0.1%	1.9%	12.2%	40.3%	35.2%	2.1%	100.0%
25-29	2.5%	2.2%	3.7%	0.0%	2.2%	14.0%	36.2%	36.9%	2.3%	100.0%
30-34	3.3%	2.2%	4.0%	0.0%	2.1%	14.2%	35.9%	36.0%	2.4%	100.0%
35-39	6.3%	2.2%	3.6%	0.0%	2.1%	11.8%	37.5%	34.1%	2.4%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	22.9%	2.5%	2.6%	0.0%	1.3%	9.0%	34.9%	25.1%	1.7%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 23346.495 , sig = 0.000

จากตาราง 34 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกช่วงอายุส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า รูปแบบที่รองลงมาในทุกช่วงอายุ จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูแบบที่กระทรวงยุติธรรมกำหนด แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า ช่วงอายุมากกว่า 39 ปี ขึ้นไป จะเข้ารับการบำบัดในรูปแบบของการให้เมธาโดนระยะยาวในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับรูปแบบกระทรวงยุติธรรมกำหนด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 35 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

อายุ	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ต่ำกว่า 15	6.6%	22.6%	70.8%	100.0%
15-19	6.1%	24.1%	69.8%	100.0%
20-24	6.3%	24.5%	69.2%	100.0%
25-29	6.0%	28.0%	66.1%	100.0%
30-34	6.1%	28.8%	65.1%	100.0%
35-39	5.0%	32.0%	62.9%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	6.2%	41.4%	52.4%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square =1594.379, sig = 0.000

จากตาราง 35 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกช่วงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการบำบัดจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่าย เมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) โดยพบว่า กลุ่มผู้มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จะมีสัดส่วนของการบำบัดจนถึงขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ

ตาราง 36 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสาเหตุการจำหน่าย

อายุ	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ต่ำกว่า 15	87.9%	12.1%	100.0%
15-19	88.5%	11.5%	100.0%
20-24	89.9%	10.1%	100.0%
25-29	89.6%	10.4%	100.0%
30-34	90.2%	9.8%	100.0%
35-39	90.1%	9.9%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	89.1%	10.9%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 47.851, sig = 0.000

จากตาราง 36 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในทุกช่วงอายุส่วนใหญ่จะบำบัดครบตามเกณฑ์กำหนด โดยมากที่สุด คืออายุในช่วง 30 – 34 ปี และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีสาเหตุในการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) โดยพบว่า ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี จะมีสาเหตุการจำหน่ายเพราะไม่ครบตามกำหนดอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ

ตาราง 37 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

อายุ	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสฟได้ทั้งหมด	
ต่ำกว่า 15	42.5%	9.1%	48.4%	100.0%
15-19	47.1%	8.3%	44.6%	100.0%
20-24	43.7%	7.3%	48.9%	100.0%
25-29	46.1%	7.3%	46.6%	100.0%
30-34	46.0%	6.9%	47.0%	100.0%
35-39	48.7%	7.0%	44.3%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	56.3%	5.9%	37.8%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 620.730 , sig = 0.000

จากตาราง 37 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี และช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และช่วงอายุ 20 – 34 ปี จะสามารถหยุดเสฟได้ทั้งหมด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000) และเมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า ช่วงอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี จะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ไม่ดีขึ้น ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ

ตาราง 38 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่าง บิดามารดา	สาเหตุ					รวม
	ภาวะจำเป็น/		บังคับตาม			
	อยากเลิก	ถูกกดดัน	พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ไม่สมบูรณ์	21.0%	16.8%	34.8%	18.6%	8.7%	100.0%
สมบูรณ์	24.5%	21.7%	29.7%	14.4%	9.7%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 1534.042 , sig = 0.000

จากตาราง 38 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ จะตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด และผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์จะถูกต้องโทษมากกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์มีสาเหตุเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิก และด้วยภาวะจำเป็น/ถูกกดดันมากกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะมีสาเหตุการเข้าบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 39 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับระบบการบำบัดรักษา

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดา มารดา	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ไม่สมบูรณ์	46.5%	34.7%	18.8%	100.0%
สมบูรณ์	56.2%	29.3%	14.5%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 1591.337 , sig = 0.000

จากตาราง 39 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ จะสมัครใจเข้าบำบัดรักษามากที่สุด โดยมาจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์

ระหว่างบิตามารดาที่ไม่สมบูรณ์ จะอยู่ในระบบบังคับบำบัด และต้องโทษ ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดากับระบบการบำบัดรักษา พบว่า ความสัมพันธ์ที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 40 ความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดากับรูปแบบการบำบัดรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดา	รูปแบบการบำบัดรักษา									
	การให้		ค่ายปรับ		จิต		บำบัด		รวม	
	เมธาโดน		เปลี่ยน		สังคม		ฟื้นฟู			
	ระยะยาว	คลินิกให้คำปรึกษา	พฤติกรรม	บำบัดในเรือน	บำบัดในชุมชน	แบบผู้ป่วยใน	ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก	กระทรวงยุติธรรมกำหนด	อื่นๆ	
ไม่สมบูรณ์	6.7%	2.2%	3.0%	0.3%	1.6%	11.1%	36.6%	36.5%	2.0%	100.0%
สมบูรณ์	4.2%	2.8%	3.3%	0.7%	1.9%	11.2%	44.9%	29.1%	2.1%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 2104.705 , sig = 0.000

จากตาราง 40 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดาที่สมบูรณ์ และไม่สมบูรณ์ จะเข้ารับการบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก โดยเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดาที่สมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูลพบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดาที่ไม่สมบูรณ์ จะบำบัดในรูปแบบของการให้เมธาโดนระยะยาวในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิตามารดากับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า ความสัมพันธ์ที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 41 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดามารดา	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ไม่สมบูรณ์	5.6%	29.4%	65.0%	100.0%
สมบูรณ์	6.4%	27.7%	65.9%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 55.639 , sig = 0.000

จากตาราง 41 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์จะบำบัดถึงขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายมากที่สุด โดยเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์จะบำบัดถึงขั้นถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ จะมีสัดส่วนการบำบัดถึงขั้นถอนพิษยาในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะบำบัดในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 42 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับสาเหตุการจำหน่าย

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดามารดา	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ไม่สมบูรณ์	88.6%	11.4%	100.0%
สมบูรณ์	90.1%	9.9%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 61.692 , sig = 0.000

จากตาราง 42 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ จะเข้ารับการบำบัดได้ครบตามที่เกณฑ์กำหนดมากที่สุด โดยเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูลพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์จะบำบัดได้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา กับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 43 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ความสัมพันธ์ ระหว่างบิดามารดา	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสฟได้ทั้งหมด	
ไม่สมบูรณ์	46.7%	7.5%	45.8%	100.0%
สมบูรณ์	47.8%	7.2%	45.0%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 13.506 , sig = 0.001

จากตาราง 43 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ จะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้นเท่านั้น โดยเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูลพบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ไม่สมบูรณ์ จะหยุดเสฟได้ทั้งหมดในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 44 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ระดับการศึกษา	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้อง โทษ	อื่นๆ	
ไม่มีการศึกษา	60.3%	11.5%	18.6%	6.8%	2.8%	100.0%
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20.8%	20.1%	30.3%	20.8%	8.0%	100.0%
ประถมศึกษา	17.0%	17.3%	38.9%	18.2%	8.6%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนต้น	20.6%	21.4%	31.1%	16.7%	10.2%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนปลาย	26.2%	22.8%	25.2%	15.5%	10.4%	100.0%
อนุปริญญา	23.5%	19.3%	30.0%	14.2%	13.0%	100.0%
ปริญญาตรี	39.4%	25.1%	17.3%	11.6%	6.5%	100.0%
อื่นๆ	18.7%	20.5%	32.4%	19.6%	8.8%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 11733.660 , sig = 0.000

จากตาราง 44 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่มีการศึกษา , มัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับปริญญาตรี จะตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากที่สุด ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น และอนุปริญญา จะมีสาเหตุเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีสาเหตุการเข้าบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 45 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระบบการบำบัดรักษา

ระดับการศึกษา	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ไม่มีการศึกษา	74.6%	18.8%	6.6%	100.0%
ต่ำกว่าประถมศึกษา	49.5%	30.2%	20.3%	100.0%
ประถมศึกษา	43.1%	38.6%	18.2%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนต้น	52.4%	30.7%	16.9%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนปลาย	59.2%	25.0%	15.8%	100.0%
อนุปริญญา	55.8%	29.8%	14.5%	100.0%
ปริญญาตรี	70.9%	17.3%	11.8%	100.0%
อื่นๆ	47.4%	31.5%	21.1%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 5112.147 , sig = 0.000

จากตาราง 45 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งที่ไม่ได้ศึกษา และสำเร็จการศึกษาในทุก ระดับชั้น จะสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา โดยเป็นกลุ่มที่ไม่มีการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อ พิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า ผู้เข้าบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จะถูกบังคับ บำบัดในสัดส่วนที่สูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ ในขณะที่ผู้เข้าบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่า ประถมศึกษา จะมีสาเหตุการเข้าบำบัดเพราะถูกต้องโทษในสัดส่วนที่สูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ การศึกษากับระบบการบำบัดรักษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 46 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับรูปแบบการบำบัดรักษา

ระดับการศึกษา	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การให้		ค่าย	จิต	บำบัด					
	เมธา	คลินิก	ปรับ	สังคม	บำ	ฟื้นฟู	บำบัด			
	โดน	ให้คำ	เปลี่ยน	บำบัด	บำบัดใน	แบบ	ฟื้นฟู	กระทรวง		
	ระยะ	ปรึกษา	นพฤติ	ในโรง	ชุม	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ยุติธรรม		
	ยาว		กรรม	เรียน	ชน	ใน	นอก	กำหนด	อื่นๆ	
ไม่มีการศึกษา	51.8%	1.3%	1.8%	0.0%	0.6%	7.9%	19.7%	15.7%	1.3%	100.0%
ต่ำกว่าประถม	3.7%	5.4%	4.5%	0.4%	0.7%	6.0%	43.8%	33.2%	2.3%	100.0%
ประถมศึกษา	3.2%	2.4%	3.9%	0.3%	1.2%	9.9%	38.9%	37.8%	2.4%	100.0%
มัธยมต้น	1.9%	2.8%	3.1%	0.7%	2.1%	10.5%	44.7%	32.2%	2.2%	100.0%
มัธยมต้น	1.7%	2.6%	2.4%	0.7%	2.7%	15.4%	45.5%	27.7%	1.4%	100.0%
ตอนปลาย	2.3%	3.1%	1.9%	0.1%	2.6%	12.2%	44.2%	32.0%	1.6%	100.0%
อนุ	2.3%	3.1%	1.9%	0.1%	2.6%	12.2%	44.2%	32.0%	1.6%	100.0%
ปริญญาตรี	2.3%	3.1%	1.9%	0.1%	2.6%	12.2%	44.2%	32.0%	1.6%	100.0%
อื่นๆ	0.7%	2.0%	4.2%	7.2%	1.6%	11.0%	33.0%	38.2%	2.1%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 48060.420 , sig = 0.000

จากตาราง 46 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษาไปจนถึงระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนใหญ่จะเข้ารับบำบัดในรูปแบบของการให้เมธาโดนระยะยาว และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 47 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ระดับการศึกษา	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ไม่มีการศึกษา	7.1%	59.3%	33.6%	100.0%
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6.3%	28.6%	65.1%	100.0%
ประถมศึกษา	5.0%	25.1%	69.9%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนต้น	5.8%	25.2%	69.0%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7.5%	29.3%	63.2%	100.0%
อนุปริญญา	5.7%	26.7%	67.6%	100.0%
ปริญญาตรี	12.6%	42.1%	45.3%	100.0%
อื่นๆ	5.0%	31.2%	63.8%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 4063.017 , sig = 0.000

จากตาราง 47 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับต่ำกว่าประถมศึกษาไปจนถึงระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาอยู่ในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่มีการศึกษาจะบำบัดอยู่ในขั้นของการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้าย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 48 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับสาเหตุการจำหน่าย

ระดับการศึกษา	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ไม่มีการศึกษา	86.5%	13.5%	100.0%
ต่ำกว่าประถมศึกษา	90.0%	10.0%	100.0%
ประถมศึกษา	89.2%	10.8%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนต้น	89.9%	10.1%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนปลาย	90.1%	9.9%	100.0%
อนุปริญญา	89.3%	10.7%	100.0%
ปริญญาตรี	87.4%	12.6%	100.0%
อื่นๆ	92.8%	7.2%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 88.123 , sig = 0.000

จากตาราง 48 พบว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่ไม่มีการศึกษา และจบการศึกษาทุกระดับชั้น จะบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจะมีสัดส่วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า ผู้เข้าบำบัดที่ไม่ได้ศึกษา จะบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนดในสัดส่วนที่สูงกว่าในระดับการศึกษาอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 49 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่วย

ระดับการศึกษา	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่วย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสฟได้ทั้งหมด	
ไม่มีการศึกษา	68.8%	5.0%	26.2%	100.0%
ต่ำกว่าประถมศึกษา	47.2%	7.6%	45.2%	100.0%
ประถมศึกษา	45.3%	7.4%	47.3%	100.0%
มัธยมศึกษาตอนต้น	44.2%	7.4%	48.5%	100.0%
มัธยมศึกษาตอน	49.0%	7.6%	43.4%	100.0%
ปลาย				
อนุปริญญา	46.9%	7.5%	45.6%	100.0%
ปริญญาตรี	59.4%	10.2%	30.3%	100.0%
อื่นๆ	40.9%	5.2%	53.9%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 1606.861, sig = 0.000

จากตาราง 49 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จนถึงระดับปริญญาตรี และที่สำเร็จการศึกษาระดับที่ต่ำกว่าประถมศึกษา จนถึงไม่ได้ศึกษา จะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่วยอยู่ระดับที่ดีขึ้น โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ผู้เข้าบำบัดที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่หยุดเสฟได้ทั้งหมด โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีสัดส่วนมากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่วย พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 50 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

อาชีพ	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
แรงงานอิสระ	22.1%	16.6%	37.5%	16.2%	7.6%	100.0%
แรงงานภาคเอกชน	26.4%	12.3%	29.9%	9.2%	22.3%	100.0%
เจ้าหน้าที่รัฐ	69.6%	6.8%	16.5%	3.1%	4.0%	100.0%
ว่างงาน	21.1%	27.3%	22.8%	19.0%	9.9%	100.0%
อื่นๆ	19.2%	17.6%	35.1%	10.8%	17.3%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 27223.307, sig = 0.000

จากตาราง 50 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอาชีพแรงงานอิสระ และแรงงานภาคเอกชน จะมีสาเหตุการเข้าบำบัดรักษาเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด และอาชีพว่างงาน จะมีสาเหตุมาจากภาวะจำเป็น/ถูกกดดันมากที่สุด ในขณะที่อาชีพเจ้าหน้าที่รัฐจะเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเอง เพราะอยากเลิกมากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะมีสาเหตุการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 51 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระบบการบำบัดรักษา

อาชีพ	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
แรงงานอิสระ	46.6%	37.4%	15.9%	100.0%
แรงงานภาคเอกชน	61.4%	29.6%	9.1%	100.0%
เจ้าหน้าที่รัฐ	80.5%	16.2%	3.3%	100.0%
ว่างงาน	57.9%	22.3%	19.9%	100.0%
อื่นๆ	55.7%	33.7%	10.7%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 5343.215 , sig = 0.000

จากตาราง 51 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในทุกอาชีพจะเข้าบำบัดในระบบสมัครใจ โดยผู้มีอาชีพเจ้าหน้าที่รัฐจะมีสัดส่วนในการเข้าบำบัดแบบสมัครใจในสัดส่วนที่สูงกว่าอาชีพอื่น แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่าอาชีพว่างงานจะเข้าบำบัดในระบบต้องโทษสูงกว่าอาชีพอื่น

ในขณะที่อาชีพแรงงานอิสระ จะเข้าบำบัดในทุกระบบในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 52 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับรูปแบบการบำบัดรักษา

อาชีพ	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การให้		ค่าย		จิต		บำบัด			
	เมธา		ปรับ	สงฆ์	บำบัด	ฟื้นฟู	บำบัด			
	โดน	คลินิกให้คำ	เปลี่ยน	บัตใน	บำบัด	แบบ	ฟื้นฟู	กระทรวง		
	ระยะ	ปรึกษาฯ	พฤติกรรม	โรง	ใน	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ยุติธรรม		
ยาว		กรรม	เรียน	ชุมชน	ใน	นอก	กำหนด	อื่นๆ		
แรงงานอิสระ	7.1%	2.5%	3.8%	0.0%	1.4%	9.6%	39.2%	34.2%	2.1%	100.0%
ภาคเอกชน	4.7%	4.3%	2.3%	0.0%	10.5%	4.5%	44.4%	26.3%	3.0%	100.0%
เจ้าหน้าที่รัฐ	1.0%	0.4%	5.2%	0.0%	0.1%	17.3%	66.1%	9.3%	0.7%	100.0%
ว่างงาน	2.3%	2.3%	1.9%	1.5%	0.7%	15.1%	42.5%	31.9%	1.7%	100.0%
อื่นๆ	6.0%	3.3%	3.4%	0.3%	2.0%	7.8%	52.3%	21.3%	3.7%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 11871.494 , sig = 0.000

จากตาราง 52 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกอาชีพส่วนใหญ่จะเข้าบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก โดยเป็นผู้มีอาชีพเจ้าหน้าที่รัฐมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า อาชีพแรงงานอิสระจะเข้าบำบัดในรูปแบบการให้เมธาโดนระยะยาว ในสัดส่วนที่สูงกว่าอาชีพอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 53 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

อาชีพ	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
แรงงานอิสระ	5.3%	28.9%	65.8%	100.0%
แรงงานภาคเอกชน	2.4%	32.4%	65.2%	100.0%
เจ้าหน้าที่รัฐ	3.6%	17.8%	78.7%	100.0%
ว่างงาน	8.1%	27.6%	64.3%	100.0%
อื่นๆ	4.7%	42.1%	53.2%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 724.839 , sig = 0.000

จากตาราง 53 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกอาชีพจะบำบัดในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย โดยผู้มีอาชีพเจ้าหน้าที่รัฐจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่อาชีพว่างงานจะบำบัดในขั้นของการถอนพิษยา เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย ในสัดส่วนที่สูงกว่าอาชีพอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะอยู่ในขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 54 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสาเหตุการจำหน่าย

อาชีพ	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
แรงงานอิสระ	89.8%	10.2%	100.0%
แรงงานภาคเอกชน	88.4%	11.6%	100.0%
เจ้าหน้าที่รัฐ	96.0%	4.0%	100.0%
ว่างงาน	88.6%	11.4%	100.0%
อื่นๆ	77.6%	22.4%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 203.875 , sig = 0.000

จากตาราง 54 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกอาชีพจะบำบัดได้ครบตามเกณฑ์กำหนด โดยส่วนใหญ่มีอาชีพเจ้าหน้าที่รัฐ ในขณะที่อาชีพแรงงานภาคเอกชน และอาชีพอื่นๆ จะบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนดในสัดส่วนที่สูงกว่าอาชีพอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 55 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

อาชีพ	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
แรงงานอิสระ	49.0%	7.1%	43.9%	100.0%
แรงงานภาคเอกชน	45.8%	5.1%	49.1%	100.0%
เจ้าหน้าที่รัฐ	46.8%	2.5%	50.7%	100.0%
ว่างงาน	45.1%	8.4%	46.5%	100.0%
อื่นๆ	46.1%	10.5%	43.4%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 328.959 , sig = 0.000

จากตาราง 55 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีอาชีพแรงงานอิสระ และแรงงานภาคเอกชน จะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่อาชีพเจ้าหน้าที่รัฐและว่างงานจะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่หยุดเสพได้ทั้งหมด และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูลพบว่า อาชีพว่างงานจะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่ไม่ดีขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่าอาชีพอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า อาชีพที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษา

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เช่น อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก สาเหตุที่ใช้ยา ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม ลักษณะการเสพติด ส่วนการบำบัดรักษา เช่น สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา ระบบการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดรักษา ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย สาเหตุการจำหน่าย และการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ตาราง 56 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

อายุ	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ต่ำกว่า 15	20.8%	25.5%	22.9%	20.4%	10.3%	100.0%
15-19	21.0%	20.5%	32.5%	16.6%	9.5%	100.0%
20-24	22.1%	16.4%	36.6%	16.0%	8.9%	100.0%
25-29	25.8%	14.3%	37.3%	14.3%	8.3%	100.0%
30-34	33.4%	15.1%	31.6%	11.5%	8.3%	100.0%
35-39	31.8%	11.8%	37.4%	11.8%	7.3%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	37.8%	15.5%	29.5%	9.3%	7.8%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 4060.668 , sig = 0.000

จากตาราง 56 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี ส่วนใหญ่เข้าบำบัดด้วยภาวะจำเป็น/ถูกกดดันมากที่สุด ส่วนกลุ่มอายุ 15 – 29 ปี และกลุ่มอายุ 35 – 39 ปี ส่วนใหญ่จะเข้าบำบัดเพราะถูกบังคับตาม พรบ. ในขณะที่กลุ่มอายุ 30 – 34 และกลุ่มอายุ 39 ปี ขึ้นไป จะเข้าบำบัดด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากที่สุด เมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีสาเหตุการเข้าบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 57 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับระบบการบำบัดรักษา

อายุ	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ต่ำกว่า 15	57.8%	22.1%	20.1%	100.0%
15-19	51.0%	32.2%	16.8%	100.0%
20-24	47.0%	36.7%	16.3%	100.0%
25-29	48.0%	37.2%	14.8%	100.0%
30-34	57.0%	31.1%	11.9%	100.0%
35-39	51.0%	37.2%	11.8%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	61.4%	29.6%	9.0%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 2212.758 , sig = 0.000

จากตาราง 57 พบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษาทุกช่วงอายุ จะเข้าบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ โดยกลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี ขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ช่วงอายุระหว่าง 25 – 29 และ 30 – 34 จะเข้าบำบัดในระบบบังคับบำบัด และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี จะเข้าบำบัดในระบบต้องโทษ เป็นส่วนใหญ่ ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 58 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับรูปแบบการบำบัดรักษา

อายุ	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การให้ เมธาโดน ระยะยาว	คลินิก ให้คำ ปรึกษา	ค่ายปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม	จิต	บำ บัด ในชุม ชน	ฟื้นฟู	บำบัด ฟื้นฟู ผู้ป่วย นอก	กระ ทรวงยุติ ธรรม กำหนด อื่นๆ		
				สังคม		บำบัด				
				บำบัด ในโรง เรียน		ผู้ป่วย ใน				
ต่ำกว่า15	2.3%	2.5%	2.7%	1.3%	1.2%	13.7%	44.5%	29.7%	2.0%	100.0%
15-19	2.7%	2.5%	3.5%	0.6%	1.6%	11.9%	42.6%	32.5%	2.2%	100.0%
20-24	6.0%	2.7%	3.3%	0.1%	2.5%	10.3%	37.5%	35.5%	2.1%	100.0%
25-29	10.1%	2.1%	3.0%	0.0%	2.6%	8.3%	37.4%	34.7%	1.7%	100.0%
30-34	16.5%	2.8%	2.6%	0.0%	2.0%	7.4%	37.8%	29.4%	1.5%	100.0%
35-39	17.0%	2.6%	2.9%	0.1%	1.1%	5.1%	35.6%	34.5%	1.2%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	22.2%	2.8%	1.0%	0.0%	1.0%	6.6%	38.8%	26.8%	0.8%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 9891.523 , sig = 0.000

จากตาราง 58 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกช่วงอายุ จะเข้าบำบัดในรูปแบบของการบำบัด ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก โดยช่วงอายุที่ต่ำกว่า 15 ปีจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ช่วงอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป จะเข้าบำบัดในรูปแบบของการให้เมธาโดนระยะยาว ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะบำบัดรักษาในรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 59 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

อายุ	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ต่ำกว่า 15	7.2%	26.8%	66.0%	100.0%
15-19	6.2%	26.2%	67.6%	100.0%
20-24	5.5%	28.8%	65.7%	100.0%
25-29	4.6%	32.7%	62.7%	100.0%
30-34	5.3%	39.5%	55.2%	100.0%
35-39	4.4%	35.7%	59.9%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	5.5%	38.9%	55.6%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 768.368 sig = 0.000

จากตาราง 59 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกช่วงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา ก่อนจำหน่าย ในขณะที่ช่วงอายุระหว่าง 30 – 34 ปี จะเข้าบำบัดในขั้นของการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 15 ปี จะอยู่ในขั้นของการถอนพิษยา ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละ โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา ก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 60 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับสาเหตุการจำหน่าย

อายุ	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ต่ำกว่า 15	87.3%	12.7%	100.0%
15-19	89.4%	10.6%	100.0%
20-24	90.6%	9.4%	100.0%
25-29	90.8%	9.2%	100.0%
30-34	91.7%	8.3%	100.0%
35-39	90.0%	10.0%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	88.6%	11.4%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 146.183 , sig = 0.000

จากตาราง 60 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกกลุ่มอายุจะบำบัดรักษาได้ครบตามกำหนด โดยเป็นช่วงอายุระหว่าง 30 – 34 ปีเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี จะบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์กำหนด ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 61 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

อายุ	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
ต่ำกว่า 15	47.3%	9.2%	43.5%	100.0%
15-19	46.4%	7.7%	45.9%	100.0%
20-24	46.2%	6.3%	47.6%	100.0%
25-29	48.1%	6.0%	45.9%	100.0%
30-34	53.0%	5.2%	41.8%	100.0%
35-39	50.6%	4.9%	44.5%	100.0%
มากกว่า 39 ขึ้นไป	56.0%	5.5%	38.6%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 370.003 , sig = 0.000

จากตาราง 61 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทุกช่วงอายุจะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้น โดยช่วงอายุที่มากกว่า 39 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากที่สุด ยกเว้นช่วงอายุระหว่าง 20 – 24 ปี จะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่หยุดเสฟได้ทั้งหมด ในขณะที่ช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี จะมีผลการประเมินที่อยู่ในระดับที่ไม่ดีขึ้น ในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกกับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า อายุที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 62 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ถูกกดดัน	บังคับตามพรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ความสนุกสนาน	26.7%	24.6%	20.7%	15.9%	12.0%	100.0%
ช่วยงานอาชีพ	23.5%	20.7%	30.3%	14.7%	10.8%	100.0%
ทำให้หายป่วย	78.7%	13.7%	3.8%	1.2%	2.6%	100.0%
เพื่อนชวน	21.9%	19.4%	32.9%	15.6%	10.3%	100.0%
ไม่สบายใจ	27.4%	21.8%	26.4%	16.0%	8.3%	100.0%
อยากลอง	20.8%	19.2%	33.9%	17.4%	8.7%	100.0%
อื่นๆ	24.3%	18.0%	30.3%	14.4%	13.0%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 7673.198 , sig = 0.000

จากตาราง 62 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดจากสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดเพราะความสนุกสนาน , ทำให้หายป่วย และไม่สบายใจ ส่วนใหญ่จะตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากที่สุด โดยส่วนใหญ่จะมาจากสาเหตุทำให้หายป่วยมากที่สุด ในขณะที่สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดเพราะช่วยงานอาชีพ , เพื่อนชวน และอยากลอง ส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดเพราะถูกบังคับตามพรบ. มากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการใช้ยาเสพติดกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า สาเหตุการใช้ยาเสพติดที่ต่างกันจะมีสาเหตุการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 63 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ไชยาเสพติดกับระบบการบำบัดรักษา

สาเหตุที่ไชยาเสพติด	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ความสนุกสนาน	63.8%	20.3%	15.9%	100.0%
ช่วยงานอาชีพ	55.0%	30.7%	14.3%	100.0%
ทำให้หายป่วย	94.9%	3.9%	1.2%	100.0%
เพื่อนชวน	51.5%	32.6%	15.8%	100.0%
ไม่สบายใจ	57.7%	26.5%	15.8%	100.0%
อยากลอง	48.8%	33.6%	17.6%	100.0%
อื่นๆ	56.8%	30.8%	12.4%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 3654.603 , sig = 0.000

จากตาราง 63 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีสาเหตุที่ไชยาเสพติดทุกสาเหตุจะเข้าบำบัดในระบบสมัครใจมากที่สุด โดยสาเหตุที่ทำให้หายป่วยจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่สาเหตุที่ไชยาเสพติดเพราะอยากลอง จะเข้าระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ในสัดส่วนที่สูงกว่าสาเหตุอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ไชยาเสพติดกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า สาเหตุที่ไชยาเสพติดต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 64 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับรูปแบบการบำบัดรักษา

สาเหตุ ที่ใช้ ยาเสพติด	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การ ให้ เมธา โดน ระยะ ยาว	คลินิกให้ คำ ปรึกษา	ค่าย ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	จิต สังคม บำบัด ในโรง เรียน	บำ บัด ใน ชุมชน	บำบัด ฟื้นฟู แบบ ผู้ป่วย ใน	บำบัด ฟื้นฟู ผู้ป่วย นอก	กระ ทรวงยุติ ธรรม กำหนด อื่นๆ		
ความ สนุก สนาน	4.8%	1.9%	2.5%	0.3%	2.7%	13.2%	50.3%	22.6%	1.7%	100.0%
ช่วยงาน อาชีพ	4.6%	5.7%	3.1%	0.0%	1.7%	9.5%	47.5%	25.9%	1.9%	100.0%
ทำให้ หายป่วย	73.1%	0.9%	0.3%	0.0%	0.3%	4.5%	18.4%	2.0%	0.4%	100.0%
เพื่อน ชวน	3.6%	2.1%	3.1%	0.5%	1.9%	12.8%	41.3%	32.4%	2.3%	100.0%
ไม่ สบายใจ	11.8%	2.5%	3.0%	0.3%	1.1%	10.7%	40.8%	28.3%	1.5%	100.0%
อยาก ลอง	3.6%	2.6%	3.3%	0.5%	1.7%	10.5%	40.7%	35.0%	2.0%	100.0%
อื่นๆ	6.4%	5.6%	2.4%	0.2%	0.6%	10.9%	42.1%	30.1%	1.8%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 35184.798 , sig = 0.000

จากตาราง 64 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดทุกสาเหตุจะเข้าบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด โดยเพราะความสนุกสนานจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดเพราะทำให้หายป่วย จะเข้าบำบัดรักษาในรูปแบบของการให้เมธาโดนระยะยาว ในสัดส่วนที่สูงกว่าสาเหตุอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 65 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

สาเหตุที่ใช้ ยาเสพติด	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ความสนุกสนาน	6.5%	35.6%	57.9%	100.0%
ช่วยงานอาชีพ	4.2%	28.5%	67.3%	100.0%
ทำให้หายป่วย	7.1%	68.0%	24.9%	100.0%
เพื่อนชวน	7.0%	25.7%	67.3%	100.0%
ไม่สบายใจ	6.3%	33.3%	60.4%	100.0%
อยากลอง	5.5%	27.2%	67.3%	100.0%
อื่นๆ	4.3%	33.3%	62.4%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 2541.286 , sig = 0.000

จากตาราง 65 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดในทุกสาเหตุส่วนใหญ่จะอยู่ในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่ายมากที่สุด ยกเว้นสาเหตุที่เกิดจากการทำให้หายป่วยจะอยู่ในขั้นของการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา พบว่า สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดที่ต่างกันจะมีการบำบัดในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 66 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับสาเหตุการจำหน่าย

สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ความสนุกสนาน	89.6%	10.4%	100.0%
ช่วยงานอาชีพ	91.0%	9.0%	100.0%
ทำให้หายป่วย	86.1%	13.9%	100.0%
เพื่อนชวน	89.5%	10.5%	100.0%
ไม่สบายใจ	86.7%	13.3%	100.0%
อยากลอง	89.5%	10.5%	100.0%
อื่นๆ	89.6%	10.4%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 57.375 , sig = 0.000

จากตาราง 66 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดในทุกสาเหตุ จะบำบัดได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสาเหตุจากการช่วยงานอาชีพจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่สาเหตุจากการทำให้หายป่วย จะบำบัดได้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ในสัดส่วนที่สูงกว่าสาเหตุอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 67 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
ความสนุกสนาน	50.1%	7.6%	42.3%	100.0%
ช่วยงานอาชีพ	43.9%	6.6%	49.5%	100.0%
ทำให้หายป่วย	69.6%	5.5%	24.9%	100.0%
เพื่อนชวน	47.1%	7.5%	45.3%	100.0%
ไม่สบายใจ	46.6%	8.9%	44.5%	100.0%
อยากลอง	46.4%	7.3%	46.3%	100.0%
อื่นๆ	41.3%	8.5%	50.2%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 615.324 , sig = 0.000

จากตาราง 67 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีสาเหตุเพราะความสนุกสนาน , ทำให้หายป่วย , เพื่อนชวน , ไม่สบายใจ และอยากลอง จะมีการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่สาเหตุเพราะช่วยงานอาชีพจะมีผลการประเมินในระดับที่หยุดเสพได้ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย พบว่า สาเหตุที่ใช้ยาเสพติดที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 68 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ประเภท ยาเสพติด ที่ใช้ปัจจุบัน	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
กระท่อม	28.7%	27.1%	10.1%	16.9%	17.3%	100.0%
กัญชา	23.0%	37.8%	19.5%	8.6%	11.1%	100.0%
ฝิ่น	80.7%	13.6%	3.4%	0.4%	1.9%	100.0%
ยาบ้า	16.1%	17.8%	37.5%	18.8%	9.8%	100.0%
ไอซ์	18.4%	17.3%	35.3%	24.0%	5.0%	100.0%
สารระเหย	12.6%	30.0%	47.6%	3.4%	6.4%	100.0%
เฮโรอีน	82.7%	10.0%	3.7%	1.8%	1.8%	100.0%
อื่นๆ	48.9%	26.3%	7.1%	6.7%	10.9%	100.0%
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 37302.714 , sig = 0.000

จากตาราง 68 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจากการใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า ไอซ์ และสารระเหย ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุในการเข้าบำบัดรักษาเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด ส่วนผู้เข้ารับการบำบัดจากการใช้ยาเสพติดประเภทกัญชา จะมีสาเหตุการเข้าบำบัดรักษาเพราะภาวะจำเป็น/ถูกกดดันมากที่สุด ในขณะที่ผู้ใช้ยาเสพติดประเภทกระท่อม , ฝิ่น และเฮโรอีน จะตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากที่สุด โดยเป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนสูงที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีสาเหตุในการเข้าบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 69 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับระบบการบำบัดรักษา

ประเภทยาเสพติด ที่ใช้ปัจจุบัน	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
กระตอม	77.8%	6.9%	15.3%	100.0%
กัญชา	73.7%	18.2%	8.1%	100.0%
ฝิ่น	95.8%	3.8%	0.3%	100.0%
ยาบ้า	43.6%	37.3%	19.1%	100.0%
ไอซ์	40.6%	35.2%	24.2%	100.0%
สารระเหย	49.0%	47.8%	3.2%	100.0%
เฮโรอีน	94.0%	4.2%	1.8%	100.0%
อื่นๆ	87.0%	7.3%	5.8%	100.0%
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 19612.573 , sig = 0.000

จากตาราง 69 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจากการใช้ยาเสพติดทุกประเภท จะเข้าบำบัดในระบบสมัครใจมากที่สุด โดยยาเสพติดประเภทฝิ่นจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่สารระเหยจะเข้าบำบัดในระบบบังคับบำบัด และไอซ์ จะเข้าบำบัดระบบต้องโทษ ในสัดส่วนที่สูงกว่ายาเสพติดประเภทอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 70 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับรูปแบบการบำบัดรักษา

ประเภท ยาเสพติด ที่ใช้ ปัจจุบัน	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การ							กระ		
	ให้	คลี	ค่าย	จิต	บำ	บำ		ทรวง		
	เมธา	นิก	ปรับ	สังคม	บัด	บัด	บำบัด			
	โดน	ให้คำ	เปลี่ยน	บำบัด	ใน	ฟื้นฟู	ฟื้นฟู	ยุติ		
ระยะ	ปรึกษา	พฤติกรรม	ในโรง	ชุม	แบบผู้	ผู้ป่วย	ธรรม			
ยาว	ชาว	กรรม	เรียน	ชน	ป่วยใน	นอก	กำหนด	อื่นๆ		
กระท่อม	0.0%	2.0%	2.0%	0.9%	1.3%	5.6%	69.7%	16.0%	2.6%	100.0%
กัญชา	0.2%	2.8%	0.8%	2.4%	1.4%	16.2%	56.4%	18.5%	1.3%	100.0%
ฝิ่น	77.3%	1.3%	0.4%	0.0%	0.2%	6.9%	12.8%	0.9%	0.2%	100.0%
ยาบ้า	0.0%	2.9%	3.9%	0.4%	2.1%	9.5%	41.0%	37.8%	2.3%	100.0%
ไอซ์	0.0%	0.3%	2.0%	0.2%	0.8%	16.6%	32.7%	45.6%	1.8%	100.0%
สาร	0.2%	1.3%	4.4%	0.0%	0.8%	34.3%	33.0%	23.0%	3.0%	100.0%
ระเหย										
เฮโรอีน	57.3%	0.3%	0.7%	0.0%	0.3%	12.2%	26.0%	2.4%	0.9%	100.0%
อื่นๆ	13.9%	0.6%	0.1%	0.4%	0.1%	24.4%	51.4%	8.8%	0.3%	100.0%
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 110962.524 , sig = 0.000

จากตาราง 70 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดจากการใช้ยาเสพติดประเภทกระท่อม , กัญชา , ยาบ้า , ไอซ์ และสารระเหย ส่วนใหญ่จะเข้าบำบัดรักษาในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะกระท่อมที่มีสัดส่วนการเข้าบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสูงกว่ายาเสพติดประเภทอื่นๆ ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดจากการใช้ฝิ่น และเฮโรอีน ส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดในรูปแบบการให้เมธาโดนระยะยาว และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 71 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ประเภทยาเสพติด ที่ใช้ปัจจุบัน	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
กระท่อม	3.1%	32.7%	64.2%	100.0%
กัญชา	7.7%	25.6%	66.6%	100.0%
ฝิ่น	8.3%	66.7%	25.0%	100.0%
ยาบ้า	4.7%	22.4%	72.9%	100.0%
ไอซ์	9.3%	29.3%	61.3%	100.0%
สารระเหย	5.7%	22.9%	71.4%	100.0%
เฮโรอีน	10.5%	70.6%	18.9%	100.0%
อื่นๆ	15.1%	47.2%	37.7%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 11308.455 , sig = 0.000

จากตาราง 71 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจากการใช้ยาเสพติดประเภทกระท่อม , กัญชา , ยาบ้า , ไอซ์ , และสารระเหย จะบำบัดในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัดก่อนจำหน่าย ในขณะที่ยาเสพติดประเภทฝิ่น และเฮโรอีน ส่วนใหญ่จะบำบัดในขั้นของการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัดก่อนจำหน่าย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษาก่อนจำหน่าย พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันที่ต่างกันจะบำบัดในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 72 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับสาเหตุการจำหน่าย

ประเภทยาเสพติด ที่ใช้ปัจจุบัน	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
กระท่อม	88.8%	11.2%	100.0%
กัญชา	90.3%	9.7%	100.0%
ฝิ่น	85.6%	14.4%	100.0%
ยาบ้า	91.1%	8.9%	100.0%
ไอซ์	86.6%	13.4%	100.0%
สารระเหย	89.8%	10.2%	100.0%
เฮโรอีน	76.6%	23.4%	100.0%
อื่นๆ	82.4%	17.6%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 1421.362 , sig = 0.000

จากตาราง 72 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทุกประเภทจะเข้าบำบัดได้ครบตามเกณฑ์กำหนด โดยยาเสพติดประเภทยาบ้าจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนจะเข้าบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนดในสัดส่วนที่สูงกว่ายาเสพติดประเภทอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 73 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับการประเมินผลจากการบำบัดระยะ
จำหน่าย

ประเภทยาเสพติด ที่ใช้ปัจจุบัน	การประเมินผลจากการบำบัดระยะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
กระท่อม	49.7%	7.0%	43.3%	100.0%
กัญชา	50.2%	7.3%	42.6%	100.0%
ฝิ่น	67.8%	6.3%	25.9%	100.0%
ยาบ้า	42.2%	7.0%	50.8%	100.0%
ไอซ์	44.3%	9.5%	46.1%	100.0%
สารระเหย	60.2%	9.6%	30.2%	100.0%
เฮโรอีน	80.3%	8.4%	11.3%	100.0%
อื่นๆ	66.1%	9.4%	24.5%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 4866.321 , sig = 0.000

จากตาราง 73 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดจากการใช้ยาเสพติดประเภทกระท่อม , กัญชา , ฝิ่น สารระเหย และเฮโรอีน จะมีผลการประเมินจากการบำบัดระยะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่ยาเสพติดประเภทยาบ้า และไอซ์ จะมีผลประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายในระดับที่หยุดเสพได้ทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดข้อมูล พบว่า ยาเสพติดประเภทสารระเหย จะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่ไม่ดีขึ้น ในสัดส่วนที่สูงกว่ายาเสพติดประเภทอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันกับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบันที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดระยะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 74 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ลักษณะการใช้ ยาเสพติดร่วม	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ใช้ชนิดเดียว	28.8%	24.6%	13.8%	19.6%	13.2%	100.0%
ใช้ร่วมกัน	28.7%	34.9%	10.9%	18.6%	6.9%	100.0%
ใช้สลับกัน	45.5%	26.6%	7.0%	13.7%	7.2%	100.0%
อื่นๆ	22.0%	29.3%	17.1%	24.3%	7.3%	100.0%
รวม	29.6%	25.9%	13.4%	19.5%	11.6%	100.0%

Chi-square = 2543.898 , sig = 0.000

จากตาราง 74 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีลักษณะการใช้ยาเสพติดแบบใช้ชนิดเดียว และใช้สลับกัน จะตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากที่สุด ในขณะที่ลักษณะการใช้ยาเสพติดแบบใช้ร่วมกัน ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุการเข้าบำบัดเพราะภาวะจำเป็น/ถูกกดดันมากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมที่ต่างกันจะมีสาเหตุในการเข้ารับการบำบัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 75 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับระบบการบำบัดรักษา

ลักษณะการใช้ ยาเสพติดร่วม	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ใช้ชนิดเดียว	66.6%	13.1%	20.2%	100.0%
ใช้ร่วมกัน	70.9%	11.7%	17.4%	100.0%
ใช้สลับกัน	79.4%	7.3%	13.3%	100.0%
อื่นๆ	60.3%	16.3%	23.4%	100.0%
รวม	67.4%	12.9%	19.8%	100.0%

Chi-square = 888.525 , sig = 0.000

จากตาราง 75 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมทุกลักษณะ จะเข้าบำบัดในระบบสมัครใจ โดยการใช้ยาเสพติดแบบสลับกันจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่การใช้

ยาเสพติดเพียงชนิดเดียว จะเข้าบำบัดในระบบบังคับบำบัด และต้องโทษ ในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้ยาเสพติดร่วมในลักษณะอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 76 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับรูปแบบการบำบัดรักษา

ลักษณะการใช้ยาเสพติด	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การให้เมธาโดน	คลินิกให้คำปรึกษา	ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	จิตสังคมบำบัด	บำบัดในชุมชน	บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วย	บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก	กระทรวงยุติธรรมกำหนด	อื่นๆ	
ใช้ชนิดเดียว	6.7%	3.7%	2.2%	0.8%	3.0%	10.1%	45.2%	27.2%	1.1%	100.0%
ใช้ร่วมกัน	5.8%	0.8%	1.1%	0.2%	0.7%	27.9%	38.2%	24.5%	0.9%	100.0%
ใช้สลับกัน	1.3%	0.3%	0.6%	0.3%	0.5%	31.4%	47.7%	17.2%	0.7%	100.0%
อื่นๆ	3.8%	3.2%	2.0%	0.3%	0.9%	13.9%	42.5%	32.4%	0.9%	100.0%
รวม	5.9%	3.2%	2.0%	0.7%	2.4%	13.5%	44.7%	26.7%	1.0%	100.0%

Chi-square = 5737.555 , sig = 0.000

จากตาราง 76 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมทุกลักษณะส่วนใหญ่จะเข้าบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด ในขณะที่การใช้ยาเพียงชนิดเดียวจะมีการรักษาในรูปแบบการให้เมธาโดนระยะยาว ในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้ยาเสพติดร่วมในลักษณะอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 77 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ลักษณะการใช้ ยาเสพติดร่วม	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ใช้ชนิดเดียว	4.5%	28.4%	67.1%	100.0%
ใช้ร่วมกัน	10.4%	35.9%	53.7%	100.0%
ใช้สลับกัน	18.3%	33.5%	48.2%	100.0%
อื่นๆ	3.8%	20.0%	76.1%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 3949.006 , sig = 0.000

จากตาราง 77 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมทุกลักษณะ จะบำบัดในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย โดยลักษณะการใช้ยาชนิดเดียวจะมีสัดส่วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อมูล พบว่า การใช้ยาาร่วมกัน จะบำบัดในขั้นของการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการใช้สลับกัน จะบำบัดในขั้นของการถอนพิษยา ในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้ยาเสพติดร่วมในลักษณะอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย พบว่า ลักษณะการใช้ยาเสพติดที่ต่างกันจะบำบัดรักษาในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 78 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วมกับสาเหตุการจำหน่าย

ลักษณะการใช้ ยาเสพติดร่วม	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ใช้ชนิดเดียว	90.1%	9.9%	100.0%
ใช้ร่วมกัน	84.2%	15.8%	100.0%
ใช้สลับกัน	81.0%	19.0%	100.0%
อื่นๆ	94.8%	5.2%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 1189.772 , sig = 0.000

จากตาราง 78 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีลักษณะการใช้ยาเสพติดโดยรวมทุกลักษณะ จะบำบัดได้ครบตามเกณฑ์กำหนดมากที่สุด โดยลักษณะการใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียวจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่การใช้อย่างสลับกัน จะบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้ยาเสพติดรวมในลักษณะอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดรวมกับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวมที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 79 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดรวมกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ลักษณะการใช้ ยาเสพติดรวม	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
ใช้ชนิดเดียว	46.5%	6.7%	46.8%	100.0%
ใช้ร่วมกัน	55.0%	11.0%	34.0%	100.0%
ใช้สลับกัน	56.4%	13.9%	29.7%	100.0%
อื่นๆ	41.1%	4.2%	54.7%	100.0%
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 2038.295 , sig = 0.000

จากตาราง 79 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีการใช้ยาเสพติดลักษณะแบบใช้ร่วมกัน และใช้สลับกัน จะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่การใช้อย่างเดียว จะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่หยุดเสพได้ทั้งหมด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้ยาเสพติดรวมกับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวมที่ต่างกันจะมีผลการประเมินจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 80 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ลักษณะ การเสพติด	สาเหตุ					รวม
	อยากเลิก	ภาวะจำเป็น/ ถูกกดดัน	บังคับตาม พรบ.	ต้องโทษ	อื่นๆ	
ผู้เสพ	16.8%	17.3%	32.2%	21.4%	12.4%	100.0%
ผู้ติด	29.5%	21.9%	33.4%	10.0%	5.2%	100.0%
ผู้ติดยาเสพติด	49.0%	27.9%	17.3%	2.9%	2.8%	100.0%
รุนแรง						
รวม	22.9%	19.5%	32.1%	16.3%	9.3%	100.0%

Chi-square = 23999.134 , sig = 0.000

จากตาราง 80 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้เสพ และผู้ติด ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุในการเข้าบำบัดรักษาเพราะถูกบังคับตาม พรบ. มากที่สุด ในขณะที่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกมากที่สุด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา พบว่า ลักษณะการเสพติดที่ต่างกันจะมีสาเหตุในการเข้าบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 81 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับระบบการบำบัดรักษา

ลักษณะการเสพติด	ระบบการบำบัดรักษา			รวม
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	ต้องโทษ	
ผู้เสพ	46.6%	31.5%	21.9%	100.0%
ผู้ติด	56.8%	33.6%	9.6%	100.0%
ผู้ติดยาเสพติด	79.5%	17.7%	2.8%	100.0%
รุนแรง				
รวม	51.7%	31.8%	16.5%	100.0%

Chi-square = 6447.262 , sig = 0.000

จากตาราง 81 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในทุกกลุ่มลักษณะการเสพติด จะเข้าบำบัดในระบบสมัครใจมากที่สุด โดยผู้ติดยาเสพติดรุนแรงจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ผู้ติด จะเข้าบำบัดระบบบังคับบำบัด และผู้ติดจะเข้าบำบัดในระบบต้องโทษ ในสัดส่วนที่สูงกว่าลักษณะการเสพติด

อื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับระบบการบำบัดรักษา พบว่า ลักษณะการเสพติดที่ต่างกันจะมีระบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 82 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับรูปแบบการบำบัดรักษา

ลักษณะ การเสพติด	รูปแบบการบำบัดรักษา									รวม
	การให้		ค่าย		บำบัด		กระ			
	เมธา		ปรับ		ฟื้นฟู		หวง			
	โดน	คลินิกให้	เปลี่ยน	จิตสังคม	บำบัด	แบบ	ฟื้นฟู	ยุติ		
	ระยะ	คำปรึกษา	พฤติกรรม	บำบัดใน	ใน	ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ธรรม		
	ยาว	ฯ	กรรม	โรงเรียน	ชุมชน	ใน	นอก	กำหนด	อื่นๆ	
ผู้เสพ	1.1%	3.8%	3.6%	0.8%	2.8%	3.6%	44.0%	37.9%	2.4%	100.0%
ผู้ติด	11.4%	0.8%	2.5%	0.1%	0.3%	18.6%	37.9%	27.1%	1.3%	100.0%
ผู้ติดยาเสพติด	9.9%	0.4%	1.9%	0.0%	0.7%	51.3%	27.9%	4.2%	3.7%	100.0%
รุนแรง										
รวม	5.3%	2.5%	3.2%	0.5%	1.8%	11.1%	41.1%	32.5%	2.0%	100.0%

Chi-square = 32587.600 , sig = 0.000

จากตาราง 82 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในทุกกลุ่มลักษณะการเสพติด จะเข้าบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอกมากที่สุด โดยลักษณะผู้เสพจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ผู้ติดจะมีการบำบัดในรูปแบบการให้เมธาโดนระยะยาว ในสัดส่วนที่สูงกว่าลักษณะการเสพติดอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับรูปแบบการบำบัดรักษา พบว่า ลักษณะการเสพติดที่ต่างกันจะมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 83 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ลักษณะการเสพติด	ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัด			รวม
	ถอนพิษยา	ถอนพิษยาและฟื้นฟู	ฟื้นฟู	
ผู้เสพ	3.5%	21.2%	75.3%	100.0%
ผู้ติด	7.0%	38.5%	54.4%	100.0%
ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	30.8%	34.8%	34.4%	100.0%
รวม	6.0%	28.5%	65.5%	100.0%

Chi-square = 9734.493 , sig = 0.000

จากตาราง 83 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้เสพ และผู้ติด ส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาในขั้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา ก่อนจำหน่าย ในขณะที่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรงส่วนใหญ่จะอยู่ในขั้นตอนการถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสุดท้าย และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดรักษา ก่อนจำหน่าย พบว่า ลักษณะการเสพติดที่ต่างกันจะบำบัดรักษาในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 84 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับสาเหตุการจำหน่าย

ลักษณะการเสพติด	สาเหตุการจำหน่าย		รวม
	ครบตามกำหนด	ไม่ครบตามกำหนด	
ผู้เสพ	92.7%	7.3%	100.0%
ผู้ติด	85.2%	14.8%	100.0%
ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	83.0%	17.0%	100.0%
รวม	89.4%	10.6%	100.0%

Chi-square = 1535.950 , sig = 0.000

จากตาราง 84 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในทุกกลุ่มลักษณะการเสพติด จะบำบัดได้ครบตามเกณฑ์กำหนด โดยลักษณะผู้เสพจะมีสัดส่วนมากที่สุด ในขณะที่ผู้ติดยาเสพติดรุนแรงจะมีสัดส่วนของการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์กำหนดสูงกว่าลักษณะการเสพติดอื่นๆ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติด

กับสาเหตุการจำหน่าย พบว่า ลักษณะการเสพติดที่ต่างกันจะมีสาเหตุการจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

ตาราง 85 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ลักษณะการเสพติด	การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย			รวม
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	หยุดเสพได้ทั้งหมด	
ผู้เสพ	39.4%	5.3%	55.3%	100.0%
ผู้ติด	56.9%	9.7%	33.4%	100.0%
ผู้ติดยาเสพติด	66.7%	13.2%	20.1%	100.0%
รุนแรง				
รวม	47.3%	7.3%	45.3%	100.0%

Chi-square = 5668.399 , sig = 0.000

จากตาราง 85 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้ติดและผู้ติดยาเสพติดรุนแรง จะมีผลการประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มผู้เสพ จะมีผลการประเมินอยู่ในระดับที่หยุดเสพได้ทั้งหมด และเมื่อทดสอบความแตกต่างของร้อยละโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเสพติดกับการประเมินผลจากการบำบัดรักษาขณะจำหน่าย พบว่า ลักษณะการเสพติดที่ต่างกันจะมีผลประเมินจากการบำบัดขณะจำหน่ายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig = 0.000)

การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Regression

1. การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เช่น ปัจจัยที่มีผลต่ออายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ปัจจัยที่มีผลต่อประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด ปัจจัยที่มีผลต่อประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการเสพติด

ตาราง 86 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

ตัวแปร	ค่า สัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
<u>ปัจจัยที่มีผลต่ออายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก</u>				
เพศ	.678	.150	61.702	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.175	-.063	-26.093	.000
<u>ปัจจัยที่มีผลต่อประเภทยาเสพติด ที่ใช้ครั้งแรก</u>				
เพศ	.251	.062	25.392	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	.032	.013	5.359	.000
<u>ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด</u>				
เพศ	-.018	-.004	-1.570	.117
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา	.068	.024	9.732	.000
<u>ปัจจัยที่มีผลต่อประเภทยาเสพติด ที่ใช้ปัจจุบัน</u>				
เพศ	.136	.033	13.561	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	.002	.001	.325	.746
<u>ปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะ การใช้ยาเสพติดรวม</u>				
เพศ	.061	.018	5.507	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	.033	.016	5.017	.000
<u>ปัจจัยที่มีผลต่อลักษณะการเสพติด</u>				
เพศ	.095	.051	20.741	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.034	-.029	-11.978	.000

จากตาราง 86 เมื่อทำการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ในเรื่องสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด คือ **ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา** ในขณะที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ในเรื่องอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด คือ **เพศ**

2. การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษา

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษา เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการบำบัดรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการบำบัดรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการจำหน่าย และปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ตาราง 87 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
เพศ	.247	.053	17.068	.000
อายุ	-.017	-.021	-5.000	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.196	-.070	-22.707	.000
ระดับการศึกษา	.054	.049	15.686	.000
อาชีพ	-.007	-.007	-2.234	.025
อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก	-.060	-.060	-14.894	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	.021	.020	5.387	.000
สาเหตุที่เข้ายาเสพติด	.017	.018	5.876	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	-.096	-.095	-25.787	.000
ลักษณะการเข้ายาเสพติดรวม	-.017	-.013	-4.163	.000
ลักษณะการเสพติด	-.640	-.268	-84.282	.000

จากตาราง 87 เมื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล (เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา และอาชีพ) และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่เข้ายาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด) พบว่า **ลักษณะการเสพติด** เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา

ตาราง 88 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการบำบัดรักษา

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
เพศ	.233	.037	11.983	.000
อายุ	-.079	-.074	-17.644	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.112	-.029	-9.603	.000
ระดับการศึกษา	.291	.192	62.551	.000
อาชีพ	.027	.020	6.244	.000
อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก	-.102	-.075	-18.876	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	.072	.050	13.843	.000
สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด	.070	.054	17.695	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	-.218	-.158	-43.644	.000
ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม	.112	.061	20.101	.000
ลักษณะการเสพติด	-.453	-.140	-44.390	.000

จากตาราง 88 เมื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล (เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา และอาชีพ) และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด) พบว่า **ระดับการศึกษา** เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อรูปแบบการบำบัดรักษา

ตาราง 89 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการบำบัดรักษา

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
เพศ	.259	.096	30.357	.000
อายุ	.039	.086	19.895	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.148	-.092	-29.095	.000
ระดับการศึกษา	-.005	-.007	-2.336	.020
อาชีพ	.014	.024	7.125	.000
อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก	-.060	-.103	-25.106	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	.018	.029	7.691	.000
สาเหตุที่เข้ายาเสพติด	.029	.053	16.841	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	-.023	-.040	-10.580	.000
ลักษณะการเข้ายาเสพติดรวม	.023	.029	9.396	.000
ลักษณะการเสพติด	-.302	-.219	-67.544	.000

จากตาราง 89 เมื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล (เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา และอาชีพ) และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่เข้ายาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด) พบว่า **ลักษณะการเสพติด** เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระบบการบำบัดรักษา

ตาราง 90 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
เพศ	.052	.026	8.216	.000
อายุ	-.014	-.042	-9.869	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.013	-.011	-3.489	.000
ระดับการศึกษา	.016	.033	10.442	.000
อาชีพ	-.021	-.048	-14.557	.000
อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก	-.003	-.007	-1.676	.094
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	.003	.007	1.832	.067
สาเหตุที่เข้ายาเสพติด	.014	.034	11.104	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	-.055	-.125	-33.941	.000
ลักษณะการเข้ายาเสพติดรวม	.001	.002	.561	.575
ลักษณะการเสพติด	-.254	-.246	-76.893	.000

จากตาราง 90 เมื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล (เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา และอาชีพ) และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่เข้ายาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด) พบว่า **ลักษณะการเสพติด** เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย

ตาราง 91 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อสาเหตุการจำหน่าย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
เพศ	-.002	-.002	-.575	.565
อายุ	-.006	-.033	-7.514	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.016	-.026	-8.016	.000
ระดับการศึกษา	-.005	-.018	-5.634	.000
อาชีพ	.001	.004	1.171	.242
อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก	-.002	-.011	-2.570	.010
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	-.007	-.028	-7.456	.000
สาเหตุที่เข้ายาเสพติด	.000	.001	.293	.769
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	.018	.080	20.810	.000
ลักษณะการเข้ายาเสพติดรวม	-.005	-.017	-5.273	.000
ลักษณะการเสพติด	.063	.118	35.604	.000

จากตาราง 91 เมื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล (เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา และอาชีพ) และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่เข้ายาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด) พบว่า **ลักษณะการเสพติด** เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสาเหตุการจำหน่าย

ตาราง 92 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B)	ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยปรับ มาตรฐาน (Beta)	T	Sig.
เพศ	.324	.100	31.666	.000
อายุ	.008	.014	3.317	.001
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา	-.021	-.011	-3.491	.000
ระดับการศึกษา	.030	.039	12.303	.000
อาชีพ	.019	.028	8.236	.000
อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก	-.019	-.028	-6.711	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	.001	.001	.401	.688
สาเหตุที่เข้ายาเสพติด	.008	.012	3.818	.000
ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน	-.058	-.083	-22.243	.000
ลักษณะการเข้ายาเสพติดร่วม	.020	.021	6.828	.000
ลักษณะการเสพติด	-.359	-.217	-66.865	.000

จากตาราง 92 เมื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล (เพศ , อายุ , ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา , ระดับการศึกษา และอาชีพ) และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่เข้ายาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม และลักษณะการเสพติด) พบว่า **ลักษณะการเสพติด** เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการบำบัดรักษา ในเรื่องสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา ระบบการบำบัดรักษา ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย สาเหตุการจำหน่าย การประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย คือ **ลักษณะการเสพติด**ของผู้เข้ารับการบำบัด ในขณะที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการบำบัดรักษา ในเรื่องรูปแบบการบำบัดรักษา คือ **ระดับการศึกษา**ของผู้เข้ารับการบำบัด

บทที่ 4

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล

ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยประมาณ 28 ปี อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 15 – 19 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานอิสระ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุเฉลี่ยประมาณ 20 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 49.3) และส่วนใหญ่เลือกใช้ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก ซึ่งมีสาเหตุมาจากการอยากรลอง และยาบ้ายังเป็นยาเสพติดที่ใช้ครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการบำบัดด้วยเช่นกัน โดยเมื่อพิจารณาถึงลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียว ซึ่งมีสัดส่วนที่มากกว่าการใช้สลับกัน หรือการใช้ร่วมกัน และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะการเสพติด พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เป็นเพียงผู้เสพ มากกว่าผู้ติดหรือผู้ติดยาเสพติดรุนแรง

3. การบำบัดรักษา

ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 มีสาเหตุในการเข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เพราะถูกบังคับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งรองลงมาก็คือตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเองเพราะอยากเลิก ในขณะที่บางส่วนมาจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ทำให้เป็นการกดดันให้เข้ารับการบำบัด และพบว่าส่วนน้อยจะมีสาเหตุจากถูกต้องโทษ โดยเมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการบำบัดรักษาพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก

เมื่อพิจารณาในเรื่องการจำหน่ายพบว่า ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสาเหตุของการจำหน่ายทั้งจากการบำบัดครบตามกำหนด และไม่ครบกำหนดมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยผู้ที่ถูกจำหน่ายที่ยังบำบัดไม่ครบตามกำหนด มักมีสาเหตุจากผู้ป่วยขาดการรักษา ส่วนใหญ่มีการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่ายดีขึ้น และหยุดเสพยาได้ทั้งหมด ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด

เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดใน 6 ประเด็น ได้แก่ อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดร่วม และลักษณะการเสพติด

พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ทั้งด้านเพศ , อายุ , ระดับการศึกษา , อาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดในทุกประเด็น โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศกับความสัมพันธระหว่างบิดามารดาซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญในทางทฤษฎีที่จะนำไปสู่การใช้ยาเสพติด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อสาเหตุที่ใช้ยาเสพติด ในขณะที่เพศกลับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่ออายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติดที่แตกต่างกัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและการบำบัดรักษา

เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดกับการบำบัดรักษาใน 6 ประเด็น ได้แก่ สาเหตุการเข้าบำบัดรักษา , ระบบการบำบัดรักษา รูปแบบการบำบัดรักษา , ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย , สาเหตุการจำหน่าย และการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ทั้งด้านเพศ , อายุ , ระดับการศึกษา , อาชีพ และความสัมพันธระหว่างบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาในทุกประเด็น และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ทั้งอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก , สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด , ประเภทยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน , ลักษณะการใช้ยาเสพติดรวม และลักษณะการเสพติด มีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาในทุกประเด็น เช่นกัน โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดทุกด้าน พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อรูปแบบการบำบัดรักษา ในขณะที่ ลักษณะการเสพติด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อสาเหตุการเข้าบำบัดรักษา , ระบบการบำบัดรักษา , ขั้นตอนสุดท้ายในการบำบัดก่อนจำหน่าย , สาเหตุการจำหน่าย และการประเมินผลจากการบำบัดขณะจำหน่าย

กล่าวโดยสรุป จากผลการศึกษาลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และการบำบัดรักษาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มส่วนใหญ่ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี 2559 เป็นผู้มีอายุตั้งแต่เยาวชนจนถึง 39 ปี มีสาเหตุที่ใช้ยาเสพติดเพราะอยากลอง เพื่อนชวน และความสนุกสนาน มักจะเลือกใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า ไอซ์ กัญชา ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทให้ตื่นตัว โดยผู้ใช้ยาเสพติดในกลุ่มนี้จะตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาเนื่องจากการถูกบังคับโดยมาตรการของรัฐและถูกกดดันจากสังคม มากกว่าการตัดสินใจเข้าบำบัดรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกอย่างแท้จริง และมีรูปแบบการบำบัดรักษาด้วยระยะเวลาสั้นๆ เนื่องด้วยอาการเสพติดของยาเสพติดประเภทดังกล่าวมีฤทธิ์ไม่มากนักหากไม่ได้ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้มีพฤติกรรมหยุดเสพยาเสพติดได้ทั้งหมด

2. กลุ่มที่มีจำนวนไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแรก ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 39 ปี ขึ้นไป และมีระดับการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา ส่วนใหญ่สาเหตุที่ทำให้ใช้ยาเสพติดก็เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย มักพบว่าเป็นผู้ใช้ยาเสพติดประเภทฝิ่น และเฮโรอีน ซึ่งเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์เสพติดทางร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน และเมื่อใช้ยาเสพติดประเภทดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะมีลักษณะ

การเสพติดที่รุนแรง จึงเป็นสาเหตุให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเองเพราะอยากเลิกอย่างแท้จริง มีรูปแบบในการบำบัดรักษาโดยการให้เมธาโดนในระยะยาว จึงมีผลการบำบัดรักษาอาการเสพติดทำได้แค่ให้ร่างกายดีขึ้นเท่านั้น ไม่สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ทั้งหมด

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย สามารถนำมาวิเคราะห์ ได้ในประเด็นเรื่องลักษณะของปัญหานโยบาย เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้กำหนดนโยบายต้องวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจลักษณะปัญหาที่แท้จริงก่อนทำการกำหนดนโยบาย โดยแนวคิดของ Dunn (1981) เสนอให้มีการพิจารณาวิเคราะห์ปัญหานโยบายใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน (Interdependence) พบว่า ปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันในหลายประเด็น และมีประเด็นสัมพันธ์กับปัญหาอื่นๆ ในสังคม ดังจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ใช้ยาเสพติดมากที่สุดคือ เพศ ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในสังคมทุกด้าน ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาผู้ใช้ยาเสพติด จึงไม่สามารถพิจารณาปัญหาแยกขาดกับปัญหาอื่นๆ ได้ แต่ควรพิจารณาลักษณะของภาพรวม มากกว่าแยกพิจารณาแบบแยกส่วน ซึ่งอาจทำให้การกำหนดนโยบายไม่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างสมบูรณ์

2) ความเป็นอัตนัยของปัญหา (Subjectivity) โดยทั่วไประดับความรุนแรงของปัญหามักขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งพบว่าปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สะสมมานาน และการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทั้งในเรื่องลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก จึงยังคงมีมุมมองต่อปัญหาและแนวทางในการกำหนดนโยบายแบบเดิมจนอาจส่งผลให้ละเลยในการวิเคราะห์รายละเอียดของปัญหา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยมีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดทุกปัจจัยมีอิทธิพลต่อการบำบัดรักษา แสดงให้เห็นว่าปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญในทุกมิติ

3) ความไม่มีตัวตนแท้จริงของปัญหา (Artificiality) ในการพิจารณาปัญหานโยบาย พบว่ามีบางปัญหาที่ถูกกำหนดให้เป็นปัญหานโยบายเนื่องมาจากการเห็นความสำคัญของผู้กำหนดนโยบาย มากกว่าความสำคัญของตัวปัญหาเอง หรืออาจกล่าวได้ว่าบางปัญหาที่ถูกกำหนดเป็นนโยบายไม่ได้เป็นปัญหาที่แท้จริงที่ควรให้ความสนใจ โดยในการพิจารณาปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดพบว่ามียรายละเอียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ผู้กำหนดนโยบายจึงควรต้องให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ตัวปัญหาและหาความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายเพื่อความสอดคล้องอย่างแท้จริง

4) ความเป็นพลวัตของปัญหา (Dynamism) พบว่า ปัญหายาเสพติดโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของคน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดบางส่วนมีการเปลี่ยนแปลงของตัวยาเสพติด หรือมีความสัมพันธ์

กับครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลต่อการเสพติดและผลต่อการเข้ารับบำบัดรักษา ดังนั้น การกำหนดนโยบายหรือการออกแบบแนวทางการบำบัดรักษา ควรให้ความสำคัญกับลักษณะของปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาดังกล่าว

นอกเหนือจากลักษณะ 4 ประการข้างต้นแล้ว ยังสามารถพิจารณาถึงโครงสร้างของปัญหา ซึ่งจะส่งผลต่อการกำหนดนโยบายโดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ปัญหาที่มีโครงสร้างแน่นอน (Well – Structured Problem) ปัญหาที่มีโครงสร้างปานกลาง (Moderately - Structured Problem) และปัญหาที่ไม่มีโครงสร้างชัดเจน (Ill - Structured Problem) โดยพิจารณาจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบาย ทางออกในการแก้ปัญหา และอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการแก้ปัญหา นั้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงปัญหาผู้ช้ยาเสพติด อาจนับได้ว่าเป็นปัญหาที่ไม่มีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งนับเป็น ปัญหาที่ยุ้งยากที่สุด สลับซับซ้อนที่สุด เนื่องจากจะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวมีผู้เกี่ยวข้องในการ กำหนดประเด็นปัญหาจำนวนมาก และทางออกที่จะแก้ปัญหามีหลายวิธี รวมทั้งอรรถประโยชน์ที่ ได้รับจากการแก้ไขปัญหาก็อาจไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน และการคาดหวังถึงผลลัพธ์ก็ทำได้ไม่ถ้ง่ายนัก ส่งผลให้การวิเคราะห์ปัญหาผู้ช้ยาเสพติดดังกล่าวต้องอาศัยข้อมูลและระยะเวลาในการ พิจารณาเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการวิเคราะห์ปัญหาผู้ช้ยาเสพติดควรมีกรอบ แนวทาง และระเบียบวิธีในการวิเคราะห์ที่ชัดเจนเป็นระบบเพื่อให้ได้รับผลการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือ และเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการแก้ไขปัญหาผู้ช้ยาเสพติดในประเทศไทย

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ช้ยาเสพติดในประเทศไทย ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ทางด้านลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรม การช้ยาเสพติด และการบำบัดรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงรายละเอียดของปัญหาของผู้ช้ยาเสพติด ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การกำหนดนโยบายด้านการแก้ไขปัญหาผู้ช้ยาเสพติดจึงควรพิจารณาใน ประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล จากผลการศึกษา ตัวแปรที่มีความสำคัญและโดดเด่นในกลุ่ม ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด ได้แก่

1.1 อาชีพในกลุ่มแรงงานอิสระและกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ จากข้อมูลพบว่า นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดมุ่งเน้นการป้องกันปัญหายาเสพติดในสถานประกอบการซึ่งเป็น กลุ่มแรงงานภาคเอกชนที่มีนายจ้างคอยสอดส่องดูแลเท่านั้น ทำให้กลุ่มแรงงานอิสระ เช่น อาชีพ รับจ้าง ที่ไม่มีนายจ้างคอยดูแลช่วยเหลือ มีผู้ช้ยาเสพติดเป็นจำนวนมาก และเมื่อบุคคลเหล่านี้เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาแล้วทำได้แค่มีอาการดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่สามารถหยุดเสพได้ทั้งหมด

ทั้งนี้ ข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เป็น เจ้าหน้าที่รัฐ จากข้อมูลพบว่ามีจำนวนไม่มากนัก ซึ่งอาจพิจารณาได้ใน 2 ลักษณะ คือ จำนวนของ ผู้ช้ยาเสพติดในกลุ่มของเจ้าหน้าที่รัฐมีจำนวนไม่มากนัก หรืออาจเนื่องมาจากมาตรการ

ในการค้นหาผู้ขายเสพติดในกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐอาจมีไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะสามารถตรวจค้นเจ้าหน้าที่รัฐที่ขายเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างเป็นทางการ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ควรกำหนดมาตรการในการค้นหาผู้ขายเสพติดในกลุ่มของเจ้าหน้าที่รัฐให้ชัดเจนเช่นเดียวกับมาตรการการค้นหาผู้ขายเสพติดในสถานประกอบการของเอกชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาผู้ขายเสพติดได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างแท้จริง

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา จากข้อมูลพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่สมบูรณ์ราบรื่นมากกว่าไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจจะเป็นประเด็นที่สำคัญในเรื่องของครอบครัวสามารถจูงใจหรือกดดันให้ผู้ขายเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ ได้ ดังนั้น การกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรมุ่งเน้นการให้ความสำคัญและมุ่งใช้กลไกของครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนสำคัญในการจูงใจให้ผู้ขายเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ตลอดจนให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ขายเสพติด หรือเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในการบำบัดรักษา และเป็นกลไกสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติหลังจากบำบัดรักษาจนครบกระบวนการ เนื่องจากความสัมพันธ์ของครอบครัวดังกล่าว จะเป็นเงื่อนไขในการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในการป้องกันมิให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษากลับไปขายเสพติดซ้ำอีกครั้ง

2. พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด จากข้อมูลพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่จะขายเสพติดประเภทยาบ้าในระดับที่สูงกว่ายาเสพติดประเภทอื่นๆ ทำให้นโยบายของรัฐมุ่งเน้นค้นหาผู้ขายเสพติดประเภทดังกล่าว และมีแนวทางในการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดโดยเครื่องมือการตรวจเฉพาะยาเสพติดประเภทยาบ้า ทำให้ละเลยการตรวจค้นหา/คัดกรองยาเสพติดประเภทอื่นๆ นอกจากนี้สาเหตุที่ผู้ขายเสพติดเข้ารับการบำบัดยังต้องใช้กระบวนการทางกฎหมายในการบังคับเข้าบำบัดรักษา ยังไม่ใช่วิธีการสมัครใจอยากเลิกด้วยตนเองอย่างแท้จริง ความยั่งยืนในการบำบัดรักษาจึงน้อยลง และการถูกบังคับโดยมาตรการของรัฐนั้น ไม่ได้รับประกันว่าจะสามารถเลิก ยาเสพติดได้อย่างถาวร เพราะฉะนั้นนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดควรเน้นมาตรการจูงใจให้เกิดความสมัครใจเข้ารับบำบัดรักษา ซึ่งให้เห็นถึงผลดี/ผลเสียในการเลิกยาเสพติด

3. การบำบัดรักษา ด้วยลักษณะของผู้ขายเสพติดที่มีพฤติกรรมแตกต่างกัน จึงสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มข้างต้น แนวทางในการบำบัดรักษาต้องเลือกทางที่เหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดรวมถึงลักษณะส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วย ถึงแม้ว่าจะขายเสพติดประเภทยาบ้า ต้องมุ่งเน้นแนวทางในการบำบัดรักษาระยะสั้น โดยไม่นำรูปแบบการบำบัดรักษาดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นผู้เสพติดยาเสพติดรุนแรง ควรคำนึงถึงความแตกต่างตั้งแต่กระบวนการค้นหา คัดกรอง และบำบัดรักษา เพราะฉะนั้นนโยบายการแก้ไขปัญหาผู้ขายเสพติดควรพิจารณา ดังนี้

3.1 นโยบายที่มุ่งค้นหา สนับสนุน ดูแลกลุ่มผู้ขายเสพติดประเภทยาบ้า โดยใช้แนวทางเดิมที่รัฐได้กำหนดไว้อย่างเหมาะสมแล้ว แต่ควรคำนึงถึงการจูงใจให้สมัครใจเข้ารับ

การบำบัดรักษาโดยใช้กลไกของครอบครัว ให้ผู้ใช้ยาเสพติดประเภทนี้เห็นผลดี/ผลเสียของการบำบัดรักษา รวมทั้งการดูแล ช่วยเหลือหลังการบำบัดรักษาด้วย

3.2 กลุ่มที่ใช้ฝิ่น และเฮโรอีน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มของผู้สูงอายุ ควรเน้นนโยบายการดูแลรักษามากกว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะถึงแม้ผู้เข้ารับการบำบัดจะสมัครใจอยากเลิกด้วยตนเอง แต่ด้วยภาวะของการเสพติดที่รุนแรง ทำให้ไม่สามารถหยุดเสพได้อย่างเด็ดขาด อาจจะมุ่งเน้นใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาปรับใช้ในการดูแล รักษา ช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดประเภทดังกล่าว ให้สามารถลด ละ เลิก ยาเสพติดได้ในที่สุด

นอกจากนั้นนโยบายการแก้ไขปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดควรเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ที่ติดยาเสพติด และเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติดและให้โอกาสในการกลับสู่สังคม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดในเรื่องการกำหนดนโยบายจากกรอบการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ได้นโยบายด้านการแก้ไขปัญหาผู้ใช้ยาเสพติดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยศึกษาเจาะลึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติด เพื่อหาประสิทธิผลของความสัมพันธ์ว่าแท้จริงแล้วความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาสามารถนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

3) การศึกษาวิจัยหารูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับลักษณะการเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กัลยา ธรรมคุณ และปราณี ภาณุภาส. (2540). ปัจจัยการหายขาดและการติดซ้ำของผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์. รายงานการวิจัย. ปทุมธานี: โรงพยาบาลรัฐญารักษ์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ และคณะ (2547). การประเมินภาพรวมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพยาและผู้ติดสารเสพติด. มปป.
- ปิยะนุช เงินคล้าย. (ม.ป.ป.). นโยบายสาธารณะ. เอกสารหมายเลข 161 กรุงเทพฯ: ศูนย์เอกสารทางวิชาการ คณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พงษ์ศิริ สอนแก้ว. (2546). การวิเคราะห์นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด : การศึกษาการนำแนวทางการใช้พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดไปปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. (2540). แนวทางการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : (เอกสารอัดสำเนา).
- พรณี วาทีสุนทร; และ กฤติกา เจ็ดโถม. (2552). การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ภคินี อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2544). การใช้ยาเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัย. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี อนุมานราชชน. (2556). นโยบายสาธารณะ : แนวความคิด วิธีการวิเคราะห์ และกำหนดนโยบายสาธารณะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันให้กับประเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เนท.
- สมบัติ ชำรงธัญวงศ์. (2555). นโยบายสาธารณะ : แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 25. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สมมาตร.
- สมพร แสงชัย; และ สุนทร เกิดแก้ว. (2520). การประเมินแผนและโครงการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สรिता ธีระวัฒน์สกุล; จิราพร สุวรรณธีรางกูร; และ อภินันท์ อร่ามรัตน์. (2552). รายงานโครงการประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา/ผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ : สำนักงาน ป.ป.ส.
- ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด. (2559). สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหา. กรุงเทพฯ.

- สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2552). *ความรู้และแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุตสาหกรรมไอโอเล็ท.
- สำนักงาน ป.ป.ส. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (2554). *ความรู้พื้นฐานเพื่อการป้องกันยาเสพติดในเยาวชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอเดียสแควร์.
- ศุภชัย ยาวะประภาษ. (2550). *นโยบายสาธารณะ*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2556). *การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์; และ รัตนา บรรณธรรม. (2550). *ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ*. รายงานการวิจัย. สำนักงาน ป.ป.ส.
- Dunn, W.N. (1994). *Public Policy : Problem Centered Policy Analysis. A Framework*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์



ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวจิรกานต์ ดาวฤกษ์
วันเดือนปีเกิด	2 มกราคม 2523
สถานที่เกิด	จังหวัด ระยอง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	399/258 หมู่ 4 ตำบลบางเตือ อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
อาชีพปัจจุบัน	รับราชการ
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนระดับปฏิบัติการ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2545	ปริญญามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาวิชา บรรณารักษศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์ จาก สถาบันราชภัฏสวนดุสิต
พ.ศ. 2560	รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ