

การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: พชอ. ในผู้สูงอายุเสพติดประเทศไทย

ณัฐกฤตา ทุมวงศ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในผู้สูงอายุเสพติด ดำเนินการ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 ในจังหวัดน่าน กาฬสินธุ์ สมุทรปราการ และนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเสพติด เครื่องมือที่ใช้ แบบประเมินและส่งต่อผู้ป่วยที่เสพติด เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ผลการตรวจปัสสาวะ สถิติที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Komogorov-Smirnov, Paired simple T-test และ ANOVA 4. ประเมินผล พบว่า **ขั้นตอนที่ 1** พบรูปแบบ 5 รูปแบบ ได้แก่ การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน การฟื้นฟูครอบครัว การบำบัดแบบบูรณาการเพื่อนช่วยเพื่อนและ การฟื้นฟูอาชีพ **ขั้นตอนที่ 2** รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ดำเนินการ บำบัดฟื้นฟูและคืนความยั่งยืนสู่ชุมชน **ขั้นตอนที่ 3** กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 112 คน มีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการบำบัดฟื้นฟูในภาพรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุเสพติด; คุณภาพชีวิต; การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

*สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author: Natkrita Thumwong Email: wwanjai@hotmail.com

Received 10/10/2024

Revised 04/11/2024

Accepted 02/12/2024

DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED TREATMENT MODEL UNDER DISTRICT HEALTH BOARD (DHB) FOR DRUG USERS, THAILAND

*Natkritta Thumwong**

ABSTRACT

This research and development aimed to develop a community-based treatment model under the District Health Board mechanism for drug users. The study was conducted between October 1, 2022 - September 30, 2023 in Nan, Kalasin, Samut Prakan, and Nakhon Si Thammarat provinces. The samples were drug users. The research instruments included drug user assessment and referral form, quality of life indicators, and urinalysis results. Statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test, paired sample t-test, and ANOVA. 4) Evaluation and recommendations. Phase 1 identified five models: Community-Based Treatment, Family Recovery, Integrated Treatment, Peer Support, and Vocational Rehabilitation. Phase 2 developed a four-stage treatment model: Preparation, Implementation, Treatment and Rehabilitation, and Sustainable Community Reintegration. Phase 3 involved 112 participants, showing significant differences in quality-of-life scores before and after treatment in overall aspects, including physical health, mental health, and environmental dimensions (P-value < 0.001)

Keywords: Drug users, Quality of life, Community-based treatment under District Health Board (DHB)

*Kalasin Provincial Public Health Office.

*Office of the Secretary of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nation Office On Drug and Crime: UNODC) พบว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 296 ล้านคน คิดเป็น 5.8% ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2024 จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 315 ล้านคน หรือประมาณ 6.1% ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี²

กระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่ การบำบัดทางการแพทย์ การบำบัดทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ³ การบำบัดทางจิตสังคมมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและกลุ่ม รวมถึงการฟื้นฟูทักษะทางสังคมและอาชีพสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการใช้โปรแกรมชุมชนบำบัด การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ พบว่ามีอัตราการความสำเร็จ 40-60%² ในประเทศไทย อัตราการบำบัดสำเร็จอยู่ที่ประมาณ 30-50%⁴

การบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ⁵ โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีอัตราการกลับไปเสพ

ซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบดั้งเดิมถึงร้อยละ 40⁶ ในฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย พบว่าการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการบำบัดและลดการตีตราทางสังคม⁷ ในประเทศไทย นำรูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ผ่านโครงการ "ชุมชนบำบัด" พบว่า สามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้ถึงร้อยละ 65 และช่วยให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ⁸ นอกจากนี้ ยังพบว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้มากกว่าร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการบำบัดในสถานพยาบาลยาเสพติด⁹

องค์ประกอบสำคัญในการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และระบบอาสาสมัครในชุมชน¹⁰ กระบวนการเริ่มจากการค้นหาผู้เข้ายาเสพติด ประเมินความรุนแรง วางแผนการบำบัด และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง¹¹ ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง¹² การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดค่าใช้จ่าย เพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดการตีตราทางสังคม¹³ อย่างไรก็ตาม ยังพบความท้าทายในด้านความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน¹⁴

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่¹⁵ มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีองค์ประกอบจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมเป็นคณะกรรมการ¹⁶ มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า พชอ. สามารถขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷

การพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เข้าเสพติดที่ชัดเจนครอบคลุม รวมถึงลดข้อจำกัดในเรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรในพื้นที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้เข้าเสพติด ครอบครัว สังคม ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566 การดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1 ศึกษารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3 นำรูปแบบการบำบัดไปใช้ และ 4 ประเมินผล ปรับปรุง เสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษารูปแบบการบำบัด โดยชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยการทบทวนเอกสาร

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรแพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดน่าน เชียงราย ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ขอนแก่น นครราชสีมา บุรีรัมย์ อุบลราชธานี สระบุรี ปราจีนบุรี นครปฐม และนครศรีธรรมราช รวม 12 จังหวัด เพื่อระดมสมองในการพัฒนารูปแบบการบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบที่ได้ไปใช้ กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ แบ่งประเทศไทย ออกเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สุ่มอย่างง่าย เลือกภาคละ 1 จังหวัด ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดน่าน ภาคอีสาน

ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ และภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช สุ่มอย่างง่าย เลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ สุ่มอย่างง่าย เลือกอำเภอละ 2 ตำบล ได้แก่ จังหวัดน่าน อำเภอ ท่าวังผา (ตำบลท่าวังผา ตำบลตาลชุม) จังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอกมลาไสย (ตำบลเจ้าท่า ตำบลหนองแปน) จังหวัดสมุทรปราการ อำเภอพระประแดง (ตำบลบางกอบัว ตำบลตลาด) จังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอนบพิตำ (ตำบลกรุงชิง ตำบลกระห่อ) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและมีการคัดกรองในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 31 มกราคม 2567 มีการติดตาม สิ้นสุด 30 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ชนิดยาเสพติดที่ใช้ จำนวนครั้งที่ใช้ต่อสัปดาห์ วิธีการใช้ อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก ระยะเวลาการใช้

ส่วนที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต มีข้อคำถาม 26 ข้อ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงจำแนกและความ

เที่ยงตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี การให้คะแนนของแบบวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีการแปลงผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (26-60 คะแนน) ปานกลาง (61-95 คะแนน) และ ดี (96-130 คะแนน)¹⁸

ส่วนที่ 3 แบบประเมินและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (บคก.สร. V2)¹⁹ ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่: 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ประวัติการใช้สารเสพติด 3) การประเมินความรุนแรงของการเสพติด 4) การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย 5) การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิต 6) การประเมินความพร้อมในการบำบัดรักษา 7) การประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและ 8) แนวทางการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา สามารถแบ่งเกณฑ์ตามระดับความรุนแรง คือ ระดับน้อย (คะแนน 2-3): ผู้ใช้ยาเสพติด ระดับปานกลาง (คะแนน 4-26): ผู้เสพยาเสพติด ระดับรุนแรง (คะแนน 27 ขึ้นไป) ผู้ติดยาเสพติด มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ 0.85 และความเที่ยงตรง (Validity) ที่ 0.82²⁰

ส่วนที่ 4 การตรวจปัสสาวะหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะในผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีน

สถิติที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Komogorov-Smirnov, Paired simple T-test และ ANOVA

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุง
ทำข้อเสนอ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่
KLS.REC 95/2565 (26 ธันวาคม 2565 - 26
ธันวาคม 2566)

ผลการศึกษา (Results)

1. รูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน

จากการทบทวนเอกสาร
กระบวนการบำบัดผู้เข้าเสพติดโดยชุมชนมี
ส่วนร่วม สามารถสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปกระบวนการบำบัดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบ	การบวนการ	ผลที่ได้รับ	แหล่งที่มา
1. การบำบัดโดย ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment) ²¹	- คัดกรองผู้เข้ายา - ประเมินความพร้อมชุมชน - จัดตั้งคณะทำงานชุมชน - วางแผนการบำบัดร่วมกัน	- ผู้เข้ายาได้รับการยอมรับ - ลดการตีตรา - เพิ่มการเข้าถึงบริการ	UNODC, 2014
2. การฟื้นฟูโดย ครอบครัว (Family- Based Recovery) ²²	- ให้ความรู้ครอบครัว - สร้างความเข้าใจและการ ยอมรับ - ฝึกทักษะการดูแล	- ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น - ลดการกลับไปเสพซ้ำ	WHO, 2016
3. การบำบัดแบบ บูรณาการ (Integrated Treatment) ²³	- การบำบัดทางการแพทย์ การรักษาด้วยยา - การให้การปรึกษา - กิจกรรมทางสังคม	- การฟื้นฟูแบบองค์รวม - คุณภาพชีวิตที่ดี	NIDA, 2018
4. การบำบัดโดย เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) ²⁴	- อบรมอาสาสมัคร - จับคู่ผู้บำบัด กับผู้ป่วย - สร้างเครือข่ายการ ช่วยเหลือ	- เพิ่มแรงจูงใจในการเลิกยา - สร้างต้นแบบที่ดี	SAMHSA, 2019
5. การฟื้นฟูทาง อาชีพ (Vocational Rehabilitation) ²⁵	- ฝึกอาชีพ - พัฒนาทักษะอาชีพ - หาแหล่งทำงาน	- มีรายได้ - เพิ่มความมั่นใจ - ลดการพึ่งพายาเสพติด	ILO, 2017

2. รูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จากการประชุมเพื่อระดมสมองได้รูปแบบการบำบัดผู้เข้าเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ใน 2 กลุ่ม คือ 1) การประชุมคณะทำงาน แต่งตั้งคณะทำงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาสาเหตุ กำหนดพื้นที่เป้าหมาย เลือกผู้นำตามโครงสร้างและตามธรรมชาติ 2) เตรียมการระดับชุมชน ได้แก่ การสืบสภาพชุมชน จัดทำแผนที่เดินดิน ประชุมร่วมกับทีมผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์ จัดทำบันทึกความร่วมมือกับชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ค้นหาผู้ป่วย สร้างแรงจูงใจ คัดกรองด้านร่างกาย จิตใจ ปฐมนิเทศ

ระยะที่ 3 ระยะการบำบัดรักษา และฟื้นฟู ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ปรับทัศนคติ การสร้างแรงจูงใจ ลดการตีตรา การงาน อาชีพ และการติดตาม

ระยะที่ 4 ระยะส่งต่อความยั่งยืนสู่ชุมชน โดยใช้บริบทของพื้นที่ในการส่งตัวผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว ชุมชน การส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อรักษาต่อเนื่อง

3. ผลการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.70 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 42.90 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30.40 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.80 วิธีการเข้าเสพติดส่วนใหญ่ด้วยการสูบ ร้อยละ 84.80 ชนิดยาเสพติดที่ใช้ คือ ยาบ้า ร้อยละ 53.60 รองลงมา คือ เฮโรอีน ร้อยละ 31.30 จำนวนครั้งที่ใช้ต่อสัปดาห์ ระหว่าง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 42.90 ช่วงอายุที่มีการเริ่มเข้าเสพติด คือ 16-20 ปี ร้อยละ 46.40 โดยเข้ามาแล้วระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 27.70 รองลงมา คือ 1-5 ปี ร้อยละ 26.80

3.2 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟู พบว่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการบำบัดฟื้นฟู ในภาพรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการบำบัดฟื้นฟู

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	95% CI	t
	Mean (SD)	Mean (SD)		p-value
ด้านสุขภาพกาย	15.82 (1.38)	17.36 (0.65)	1.234-1.837	10.092
				<0.001
ด้านจิตใจ	16.20 (0.61)	14.86 (1.11)	1.127-1.552	12.483
				<0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6.22 (0.54)	6.13 (0.43)	-0.230-0.052	-1.253
				0.213
ด้านสิ่งแวดล้อม	18.47 (1.60)	19.62 (0.95)	0.814-0.971	6.893
				<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	59.74 (1.60)	64.63 (4.19)	4.028-5.758	11.209
				< 0.001

3.3 ผลการใช้ยาเสพติด

จากการติดตามการใช้สารเสพติดในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเมื่อ สัปดาห์ที่ 12

ไม่พบการใช้สารเสพติด ร้อยละ 73.20
รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ผลการตรวจปัสสาวะ จำนวน 4 ครั้ง

ผลตรวจปัสสาวะ	ก่อนทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	2 สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	4 สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	8 สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	12 สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)
Negative	0	81 (72.30)	89 (79.50)	87 (77.70)	82 (73.20)
Positive	112(100)	31(27.70)	23 (20.50)	25 (22.30)	30 (26.80)

ขั้นตอนที่ 4

การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมในผู้
ยาเสพติดภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน
และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ
ประกอบด้วย ขั้นตอนสำคัญโดยสรุป ดังนี้

1) การประชุมทีมบูรณาการและประชาคมหมู่บ้าน 2) การจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงบวก 3) การพัฒนาหน่วยงานภาคีเครือข่าย การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ของผู้ให้การดูแลช่วยเหลือทุกระดับ 4) การจัดการด้านกองทุนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเสพติด ด้านการสร้างอาชีพและทักษะต่างๆ 5) การติดตามประเมินผลและให้คำปรึกษาระหว่างการบำบัดและภายหลังการบำบัดฟื้นฟู

วิจารณ์ (Discussions)

ลักษณะทางประชากรพบว่าผู้เข้ายาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.70) และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 21-30 ปี, ร้อยละ 42.90) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2021)²⁶ ที่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า การประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43.80) สะท้อนถึงความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่ง Kim et al. (2020)²⁷ พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการใช้สารเสพติด วิธีการสูบเป็นวิธีหลัก (ร้อยละ 84.80) และนิยมใช้ยาบ้า (ร้อยละ 53.60) สอดคล้องกับรายงานของ UNODC (2022)²⁸ ที่พบว่าเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดสูงในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การเริ่มใช้ในช่วงอายุ 16-20 ปี (ร้อยละ 46.40) สะท้อนถึงความเสี่ยงในวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez et al.

(2019)²⁹ ที่ระบุว่าช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงเปราะบางต่อการเริ่มใช้สารเสพติด การใช้ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 42.90) และระยะเวลาการใช้ 6-10 ปี (ร้อยละ 27.70) แสดงถึงการติดยาเสพติดเรื้อรัง สอดคล้องกับ Wilson et al. (2021)³⁰ ที่พบว่าการใช้สารเสพติดต่อเนื่องเกิน 5 ปีส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่ซับซ้อนขึ้น

ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ ด้านสุขภาพกายมีการพัฒนาอย่างชัดเจน จากเดิมที่ร้อยละ 68.80 อยู่ในระดับไม่ดี (7-16 คะแนน) เป็นระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) ทั้งหมดร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ Laudet et al. (2019)³¹ ที่พบว่าการบำบัดฟื้นฟูแบบองค์รวมส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญ ด้านจิตใจ พบการพัฒนาจากร้อยละ 66.10 เป็น 97.30 ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการบำบัดด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thompson et al. (2020)³² ที่พบว่าการบำบัดแบบผสมผสานช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านสังคมเป็นด้านที่ยังต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากยังคงอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งก่อนและหลังการบำบัด (ร้อยละ 95.50 และ 96.40 ตามลำดับ) สอดคล้องกับ Wilson et al. (2021)³³ ที่ระบุว่า การฟื้นฟูด้านสังคมต้องใช้เวลาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ด้านสิ่งแวดล้อม มีพัฒนาการที่

ชัดเจน จากร้อยละ 56.30 เป็น 100 ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts et al. (2022)³⁴ ที่พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมีผลต่อการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญการพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อีกทั้ง Boonyanut และคณะ (2023)³⁵ พบว่าการสร้างเครือข่ายชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนช่วยลดปัญหายาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้กลไก พชอ. ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ด้านสังคมที่ยังไม่พบการพัฒนา ซึ่งให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมเฉพาะด้านเพิ่มเติม

ในการติดตามหลังการบำบัดระยะเริ่มต้น (2 สัปดาห์) พบอัตราการไม่ใช้ยาเสพติดร้อยละ 72.30 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 79.50) เริ่มลดลงเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 8 (ร้อยละ 77.70) ลดลงต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 12 (ร้อยละ 73.20) รูปแบบนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (2021)³⁶ ที่พบว่าอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำมักเพิ่มขึ้นหลังจาก 1 เดือนของการบำบัด ในช่วง 4-8 สัปดาห์เป็นระยะที่มีอัตราการไม่ใช้ยาเสพติดสูงสุด สอดคล้องกับ Thompson et al. (2020)³⁷ ที่ระบุว่าเป็นช่วงที่ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีกับการบำบัด การลดลงของอัตราการไม่ใช้ยาเสพติดหลังสัปดาห์ที่ 8 สอดคล้องกับ Lee et al. (2022)³⁸ ที่พบว่า

ความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาซ้ำเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องกลับสู่สภาพแวดล้อมเดิม

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.70) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 21-30 ปี) ประกอบอาชีพรับจ้าง เริ่มใช้ยาเสพติดในช่วงวัยรุ่น (16-20 ปี) โดยยาบ้าเป็นหลัก รองลงมา คือ เฮโรอีน วิธีการใช้ส่วนใหญ่ คือ การสูบ โดยใช้ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีระยะเวลาการใช้ 6-10 ปี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจากร้อยละ 56.30 เป็นร้อยละ 100 ด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านสังคมยังคงอยู่ในระดับไม่ดี แม้ผ่านการบำบัดแล้ว ในการติดตาม พบว่าอัตราการไม่ใช้ยาเสพติดสูงสุดในช่วง 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 79.50) มีแนวโน้มลดลงหลังสัปดาห์ที่ 8 จนถึงสัปดาห์ที่ 12 ช่วงวิกฤติที่ต้องเฝ้าระวัง คือ หลังสัปดาห์ที่ 8 เป็นต้นไป โปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม สามารถรักษาอัตราการไม่ใช้ยาเสพติดได้เกินร้อยละ 70 ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความท้าทายในการพัฒนาด้านสังคม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรเพิ่มความเข้มข้นของการติดตามผู้ป่วยหลัง

สัปดาห์ที่ 8 พัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้เข้ายาบ้าและเฮโรอีน มุ่งเน้นเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคม จัดทำมาตรการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มวัยรุ่น พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะอาชีพ สร้างระบบสนับสนุนทางสังคม

2. สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Long-term follow-up) มากกว่า 12 สัปดาห์ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษา วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุการกลับไปใช้ยาซ้ำ

3. เติบโตขยาย ระดับปฏิบัติการ จัดตั้งระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน สร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน ระดับนโยบาย ด้านการป้องกันการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การบำบัดรักษายาเสพติดมีแนวทาง 3 แนวทาง ได้แก่ การบำบัดทางการแพทย์ การบำบัดทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการกลับไปเสพติดได้ การติดตาม

ทางสังคม เพิ่มการเข้าถึงบริการ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้

การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการบำบัด โดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย 4 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ ระยะการบำบัดรักษาและฟื้นฟู และระยะส่งต่อความยั่งยืนสู่ชุมชน ทั้งนี้ยังได้ข้อค้นพบใหม่เกี่ยวกับช่วงเวลาวิกฤติในการบำบัด โดยพบว่าอัตราการไม่ใช้ยาเสพติดจะสูงสุดในช่วง 4 สัปดาห์แรก (ร้อยละ 79.50) และมีจุดวิกฤติหลังสัปดาห์ที่ 8 ที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับไปใช้ยาซ้ำเพิ่มขึ้น การศึกษายังพบผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจง โดยมีพัฒนาการที่ชัดเจนในด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม แต่ด้านสังคมยังคงต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม การศึกษานี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการบูรณาการระบบการบำบัดผ่านกลไก พชอ. ทั้งในด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ การใช้ทรัพยากรในชุมชน และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยนี้ขอขอบคุณ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้บริหารสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.สธ.) สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่เป้าหมาย
ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.** Geneva: WHO; 2020.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2023.** Vienna: UNODC; 2023.
3. World Health Organization. **Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.** Geneva: WHO; 2020.
4. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. **Annual Drug Treatment Report 2023.** Bangkok: Department of Medical Services; 2023.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. **Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence.** Bangkok: UNODC; 2020.
6. Johnson K, Richards S, Chih MY. The efficacy of community-based treatment for substance use disorders: A 10-year follow-up study. **J Subst Abuse Treat** 2021; 127: 108349.
7. Rahman MM, Kamal NI, Chen T. Community-based approaches in treating substance use in Southeast Asia: A systematic review. **Drug Alcohol Depend** 2022; 231: 109254.
8. Wongthong S, Chunharas S. Evaluation of therapeutic community projects in Thailand. **J Public Health** 2020; 50(2): 145-159.
9. Thaikla K, Chamratrithirong A, Aramrattana A. Cost-effectiveness of community-based drug treatment programs in Northern Thailand. **J Health Res** 2023; 37(1): 23-34.
10. World Health Organization. **Community management of opioid overdose.** Geneva: WHO; 2022.
11. Weerachai W, editor. **Guidelines for community-based drug rehabilitation.** Bangkok: ONCB; 2021.
12. Chen HT, Lui X, Li Y. Implementation and effectiveness of community-based drug treatment programs: A systematic review. **Int J Drug Policy** 2021; 98: 103379.

13. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health Surveys. **Epidemiol Psychiatr Sci.** 2023; 28(2): 171-191.
14. Charoenamwongsuk S, Sangchanjai P. Evaluation of therapeutic community projects in Thailand. **J Mental Health Thailand** 2021; 29(1): 45-58.
15. Ministry of Public Health. **Prime Minister's Office Regulations on Area-Based Quality of Life Development B.E. 2561**. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
16. Office of the Public Sector Development Commission. **Manual for Public Sector Management Quality Development**. Bangkok: OPDC; 2020.
17. National Health Security Office. **National Health Security System Annual Report 2022**. Bangkok: NHSO; 2022.
18. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Guidelines for using WHOQOL-BREF-THAI in clinical practice and research**. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2009.
19. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. **Manual for substance use assessment and referral form (MOPH-V2)**. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022.
20. Department of Medical Services. **Clinical Practice Guidelines for Substance Use Disorders in Thailand**. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023.
21. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia**. Bangkok: UNODC; 2014.
22. World Health Organization (WHO). **Community management of opioid overdose**. Geneva: WHO Press; 2016.
23. National Institute on Drug Abuse (NIDA). **Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide**. 3rd ed. Bethesda: National Institutes of Health; 2018.
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). **Peer Support and Social Inclusion**. Rockville: SAMHSA; 2019.
25. International Labour Organization (ILO). **Employment and decent work**

- in the management of substance dependence recovery. Geneva: ILO Publications; 2017.
26. Chen X, Li Y, Zhang H. Gender differences in substance use disorders: A global perspective. **Drug Alcohol Depend.** 2021; 218: 108-115.
27. Kim HJ, Park S, Lee K. Socioeconomic factors and substance use: Analysis of urban populations. **J Subst Use** 2020; 25(3): 245-252.
28. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2022.** Vienna: UNODC; 2022.
29. Martinez R, Garcia M, Lopez A. Adolescent vulnerability to substance use: A longitudinal study. **Prev Med.** 2019; 124: 34-41.
30. Wilson K, Thomas R, Brown S. Chronic substance use and treatment outcomes: A systematic review. **J Subst Abuse Treat.** 2021; 130: 108449.
31. Laudet AB, Stanick V, Sands B. The effect of rehabilitation on physical well-being: A 12-month follow-up study. **J Subst Abuse Treat** 2019; 89: 114-122.
32. Thompson RG, Smith KL, Miller PM. Integrated mental health rehabilitation outcomes: A multi-center study. **Psychiatr Rehabil J.** 2020; 43(2): 91-99.
33. Wilson ME, Cohen A, Thomas D. Social rehabilitation challenges in long-term recovery: A systematic review. **Rehabil Psychol** 2021; 66(3): 267-279.
34. Roberts JS, Williams K, Anderson R. Environmental factors in rehabilitation success: Analysis of program outcomes. **Int J Rehabil Res** 2022; 45(1): 45-52.
35. Boonyanut N, Kanato M. Developing Drug Abuse Reducing Model In Communities: A Case Study Of Chaloem Phra Kiat, Buri Ram, Thailand. **Journal of Southwest Jiaotong University** 2023; 58(2): 522-533.
36. Johnson RK, Smith AB, Davis CD. Patterns of drug relapse in rehabilitation: A longitudinal study. **J Subst Abuse Treat** 2021; 125:108378.
37. Thompson ME, Wilson KL, Brown JR. Critical periods in substance abuse treatment: A 12-week follow-up study.

Drug Alcohol Depend 2020; 215:
108182.

38. Lee SH, Park JK, Kim YH.
Environmental factors affecting drug
relapse rates: A systematic review.
Int J Ment Health Addict 2022; 20(2):
867-881