

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อรอนกร สมเกียรติกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคเดลฟาย โดยเจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้นำชุมชน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด จำนวน 65 คน เพื่อวิเคราะห์ สภาพปัญหา ข้อจำกัด และ Best practice การวิจัยเชิงปริมาณ การประเมินการรับรู้และดำเนินงานตามรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแบบ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 จำนวน 30 คน ด้วยสูตรตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ส่วนการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ประเมินผู้ติดยาเสพติดทุกรายที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นครบตามกระบวนการ จำนวน 68 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่หนึ่ง 2) แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่สอง 3) แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทีแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษายาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา ผลการประเมินรูปแบบพบว่าก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.01) โดยผลการประเมินบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในประเด็นความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โดยผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ผลการประเมินภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มภาคีที่เกี่ยวข้อง (อสม. ผู้นำชุมชน จพต.) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; ครอบครัวและชุมชน; การป้องกันและบำบัดยาเสพติด

*นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริหารสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Development of Drug Addict Treatment Model with Family and Community Participation in SuratThani Province

Abstract

This action research purposed to developed and evaluated a drug addict treatment model with family and community participation in Surat Thani Province. The study was divided into 2 phases: Phase 1 was qualitative research using Delphi technique. There were 65 representatives involved key informants from community leader. President of the local government organization, Secondary School Director, director of community hospital and Director of the Tambon Health Promoting Hospital and drug addicts' family. The problems, limitations and best practice were analyzed for quantitative research. Assessment of recognition and implementation of the model were conducted for quantitative research. The samples sized were representatives of relevant health personnel which determine from a computer program. G*Power version 3.1.9.4 amount 30 population. The assessment of model applied results were done in all 68 drug addicts. The research instruments consisted of 1) an open-ended questionnaire for the model development of the first Delphi technique. 2) a questionnaire for model developing according to the second Delphi technique. 3) a questionnaire for evaluating the model's suitability. 4) Participation in drug prevention and treatment questionnaire, and 5) Satisfaction questionnaire for model implementation. Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. and t-test.

The results illustrated that the model of treatment for drug addicts with family and community participation in Surat Thani Province consisted of 5 steps: 1) family and community participation strengthening; 2) planning operations; 3) drug addict's treatment. 4) participation in control and monitoring, and 5) long-term care. The model assessment indicated that, before using the model, the representative families of drug addicts who participated in the activities were low level participated in drug prevention and treatment ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$), then family representatives participated in high level ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) after using the model, which increased statistically significant level of 0.05 (p-value=0.01). The overall satisfaction assessment results were increased significantly (p-value < .001).

Keywords: participation; family and community; drug addiction prevention and treatment

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพผลกระทบต่อสังคมและคนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย แม้ว่าจะมีมาตรการและนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมถึงการรณรงค์เรื่องยาเสพติดจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สถิติของผู้ป่วยยาเสพติดและจำนวนคดียาเสพติดในประเทศไทยก็ยังไม่มีความแนวโน้มว่าจะลดลง และการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้รูปแบบการติดต่อค้าขายยาเสพติดมีความยืดหยุ่นและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในประเทศมากขึ้น¹ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงเครือข่ายการค้าจากตลาดออฟไลน์สู่ออนไลน์ การใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเพื่อเพิ่มโอกาสทางการค้าและทำให้ผู้เสพสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้นผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย อาทิ Line, Facebook, Twitter, และ Instagram เป็นต้น โดยช่องทางเหล่านี้ นอกจากจะช่วยลดความเสี่ยงในการเปิดเผยตัวตนของผู้ค้าแล้วยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจให้กับผู้ซื้อได้มากขึ้นอีกด้วย เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ผู้ขายสามารถยกระดับการตลาดให้ดีขึ้นได้ด้วยการใช้ ภาพ วิดีโอ และข้อความที่ดึงดูดใจ เพื่อกระตุ้นความอยากซื้อให้กับผู้เสพ นอกจากนี้ เพื่อให้การขายยาเสพติดตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้ารายย่อยได้ดียิ่งขึ้น จึงพบว่าลักษณะและขนาดของบรรจุภัณฑ์มีความหลากหลายกว่าแต่ก่อน รวมถึงการแบ่งขายยาเสพติดในปริมาณที่แตกต่างกัน เพื่อให้ลูกค้าได้เลือกซื้อตามจำนวนเงินที่มี ทั้งนี้ยาเสพติดเข้าถึงผู้คนได้ง่ายมากขึ้นเท่าไร ก็จะมีเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดมีมากขึ้นตามไปด้วย² รัฐบาลไทยจึงเร่งรัดดำเนินนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูด้วยแนวคิดที่ว่า ‘มองผู้เสพเป็นผู้ป่วย’ มากกว่าเป็นอาชญากร ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการใช้แล้วในต่างประเทศ เช่น ประเทศโปรตุเกส กระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกฎหมายฉบับใหม่นี้ จึงเน้นไปที่

การใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ในสัดส่วนที่มากกว่าการลงโทษทางอาญา จากเดิมที่เน้นการบังคับบำบัดรักษาตามพรบ.45 ได้ปรับให้เป็นการบำบัดแบบไม่ต้องโทษ โดยหาผู้กระทำความผิดเป็นผู้เสพยา กฎหมายกำหนดแนวทางให้ศาลพิจารณาคดีโดยคำนึงถึงการสงเคราะห์ให้ผู้เสพลึกเสพด้วยการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา³ นอกจากการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยคำสั่งศาล ผู้กระทำความผิดยังสามารถเลือกสมัครใจเข้าสู่กระบวนการได้ด้วยตัวเองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ โดยผู้ทำผิดจะไม่ถูกดำเนินคดี ทำให้ผู้ทำผิดนั้นจะไม่มีประวัติอาชญากร ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การบำบัดรักษาจะไม่มี การนำโทษทางอาญาอย่างการกักขังมาใช้ร่วมด้วย แต่ใช้มาตรการอื่นแทน เช่น การรายงานตัว การจำกัดการเดินทาง และการใช้ชุมชนเข้ามารวมสอดส่องดูแล ซึ่งทำให้ผู้ทำผิดยังคงดำเนินชีวิตตามปกติได้ในขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษา⁴ โดยมีเพียงแค่บางเวลาที่ผู้ทำผิดต้องรับการนัดหมายเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น โดยแนวคิดนี้ ถือว่า ผู้เสพทุกคน เป็นผู้ป่วยและจะให้โอกาสในการบำบัดรักษา รวมถึงดูแลช่วยเหลือให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยรัฐบาลได้ให้โอกาสแก่ผู้ต้องสงสัยว่า ผู้ใช้ยาเสพติดทุกคนสามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู โดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย โดยหากพบผู้ใกล้ชิดใช้ยาเสพติดขอให้ทำความเข้าใจและแนะนำให้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) รวมถึง โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลอภัยภูธราชและโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก พ.ศ. 2559 (United Nations General Assembly Special Session 2016 : UNGASS 2016) ได้มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหายาเสพติดว่าแท้จริงแล้วปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องสุขภาพ เรื่องของระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของ

ความยากจน ฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วย^{5,6}

โดยจากประเด็นปัญหาและความสำคัญของการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ จึงดำเนินการศึกษา “การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี” ขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงรูปแบบและแนวทางการบริหารบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้เกิดประสิทธิภาพ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ใช้และเสพสารเสพติดให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ดำเนินการศึกษาวิจัย 1 ปี 3 เดือน (1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2565) ตามรายละเอียดระเบียบวิธีการศึกษาดังนี้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ข้อจำกัด Best practice และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature reviews) โดยมุ่งศึกษาค้นคว้า เอกสารและตำราทางวิชาการ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด (conceptual framework) และเป็นข้อมูลประกอบการออกแบบ

แบบสอบถาม และพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2) การสอบถามในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและเครือข่ายบริการในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ส่งแบบสอบถามปลายเปิดให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทางไปรษณีย์เพื่อสอบถามความเห็น เมื่อได้รับการตอบกลับมาครบแล้วรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปประเด็นวิเคราะห์เพื่อนำไปประกอบการจัดทำแบบสอบถามของกระบวนการเดลฟายในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟาย ครั้งที่ 2 ให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวมและผลสรุปเฉพาะบุคคลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคล ในครั้งที่ 1 เมื่อได้รับการตอบกลับมาครบแล้ว วิเคราะห์และสรุปข้อมูลภาพรวมของความคิดเห็น และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อใช้ประกอบการตอบแบบสอบถามในกระบวนการครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟาย ครั้งที่ 3 ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวม และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถามครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการตอบกลับมาของแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ทำการวิเคราะห์และ สรุปข้อมูล หากผลสรุปข้อมูลยังไม่คงที่ที่เป็นฉันทามติ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญแสดงความคิดเห็นยังไม่สอดคล้องกันถึง ร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 15 จะทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งหรือ จนกว่าผู้ให้ข้อมูลนั้นแสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันถึงร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 แล้ว จึงนำข้อสรุปที่ได้ ไปรวมประเด็นกับแนวคิดหลักการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และส่งรูปแบบดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญ รวมจำนวน 3 ท่าน

ตรวจสอบ เพื่อดำเนินการแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ผ่านความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญไปใช้และประเมินผลลัพธ์ โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่พัฒนาขึ้น หลังจากผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทุกแห่ง โดยเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้และประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มประชากรในการศึกษาค้างนี้เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด จำนวน 65 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จากผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาวิจัยนี้มีระยะเวลาการศึกษารวม 1 ปี 3 เดือน ดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) คือ แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและ

พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและรักษาเสพติด ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 1 จำนวน 7 ข้อ ในประเด็น วัตถุประสงค์ ของรูปแบบ หลักการของรูปแบบ ระบบงานและกลไกของรูปแบบ วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผลเงื่อนไขการนำไปใช้ และคู่มือการใช้รูปแบบแบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและรักษาเสพติด ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 2 และ 3 จำนวน 20 ข้อ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบจากเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (ร่าง) การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด จำนวน 20 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามปลายเปิดได้ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์คนที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 คน ที่อยู่ในพื้นที่อื่น นอกพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

ระยะที่ 3 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ได้แก่ 1. แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด 2. แบบสอบถามประเมินการรับรู้แนวทาง ความเหมาะสมของรูปแบบ และความพึงพอใจต่อรูปแบบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 และ น้อยที่สุด=1 สร้างและกำหนดรูปแบบของข้อคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายข้อจำนวน 3 คน และค่าความเชื่อมั่น ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อระหว่าง 0.65 - 1.00 ค่าดัชนี

ความสอดคล้องทั้งฉบับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับและค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงที่สามารถนำไปใช้ได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และ 0.87 พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ผลการทดสอบพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความหมายเป็นระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนนเป็นระดับมาก 2.51-3.50 คะแนนเป็นระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน เป็นระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนนเป็นระดับน้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยเชิงคุณภาพ หลังตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) แบบ Thematic analysis ในประเด็นด้านปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด (Gap analysis) และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้รับจากแบบบันทึกข้อมูลและจากแบบสอบถามจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average of mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติการทดสอบค่าที (paired t-test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 โดยข้อมูลการวิจัย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, p-value=0.08)

ผลการศึกษา

1. การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และหลักการของรูปแบบ

2. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยมุ่งการเสริมสร้างความรู้ สร้างความรักและความเข้าใจภายในครอบครัว และการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วม

3. การจัดระบบและกลไกการดำเนินงานของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามแนวคิดการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติด ประกอบด้วย 1) ระบบการป้องกันการติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชน และครอบครัวแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายของชุมชน การสร้างสภาพแวดล้อม และการส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายชุมชน สร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนให้น่าอยู่ และส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน โดยส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชน รวมถึงการส่งเสริมและสร้างอาชีพให้แก่คนในชุมชน 2) การจัดระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยครอบครัวและชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วม ด้วยการสมัครใจบำบัด พื้นฟู และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and rehabilitation: CBTx) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากขึ้น โดยมีการดำเนินการในชุมชน มีการระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมองว่า ชุมชนนั้นเป็นเสมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ที่มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการ การรักษาฟื้นฟู เข้ากับบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน ซึ่งการเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจและชุมชนรองรับค่าใช้จ่ายได้ โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของการดำเนินงานแบบ CBTx ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง : CBTx

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้กำหนดแนวทาง โดยหากเมื่อในชุมชนทราบว่าผู้ติดยาหรือผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในพื้นที่ ได้ทำการประสานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อคัดกรอง และจำแนกระดับความรุนแรงของอาการ ถ้ามีอาการรุนแรง และ/หรือมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางกายและจิตเวช จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีคณะกรรมการหรืออาสาสมัครในชุมชน ติดตามเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการบำบัดนั้น มีกระบวนการสร้างการยอมรับในสังคมปรับเปลี่ยนทัศนคติครอบครัว ชุมชน สังคม ว่าผู้ติดยาเป็นผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ต้องโทษ นอกจากนี้ มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ฝึกทักษะอาชีพ สร้างกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เพื่อไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เมื่อผ่านการบำบัดแล้ว ต้องมีการตรวจติดตามเป็นระยะ ๆ และมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งทางกายและทางจิต และครอบครัว ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ดังภาพที่ 2 3.) สร้างกลไกการดำเนินงานของรูปแบบประกอบด้วยคณะกรรมการป้องกันและรักษายาเสพติดชุมชนที่ คัดเลือกจากทุกภาคส่วนในสัดส่วนที่เน้นครอบครัวและองค์กรชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วย ผู้นำ

ชุมชน ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ตัวแทนผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้ว ตัวแทนภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับขนาดของชุมชน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน, วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการร่วมตัดสินใจ, ปฏิบัติการรักษายาเสพติด โดยใช้กระบวนการร่วมปฏิบัติที่เริ่มด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเสพติด, ร่วมติดตามและประเมินผล และ ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัยให้โอกาส ให้ความรักและการดูแล รวมถึงคณะกรรมการครอบครัวและชุมชนได้มีการร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้ผ่านการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ผู้ผ่านการรักษาต้องการ รวมถึงประคับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหาเสพติดในอนาคตทั้งของผู้รักษาและบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในช่วงวัยที่อ่อนไหวต่อการติดยาเสพติด



ภาพที่ 2 การดำเนินงานตามรูปแบบ CBTx

การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบ

ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการประเมินผลจากผลลัพธ์การดำเนินงานตามรูปแบบ การขับเคลื่อนการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ ซึ่งได้มีการขับเคลื่อนผ่านนโยบายและการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ คู่มือ SOP และ CPG ในการดำเนินงานและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมชี้แจงและการฝึกอบรม โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและมีความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินการตามรูปแบบ ร้อยละ 100 และได้รับการสนับสนุนการจัดบริการตามบทบาทการสนับสนุนการจัดบริการของระดับพื้นที่ในชุมชน ร้อยละ 96.67 โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวปฏิบัติ โดยเข้าร่วมประเมินพื้นที่ และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดขึ้น และร่วมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 98.50

ส่วนความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการตามรูปแบบ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากถึงมากที่สุด โดยผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าความเหมาะสมของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและ

บำบัดรักษาเสพติด อยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด ส่วนความเหมาะสมด้านขั้นตอน ของรูปแบบ และความเหมาะสมด้านคู่มือการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.01) โดยผลการประเมินบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในประเด็นความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โดยผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ผลการประเมินภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มภาคีที่เกี่ยวข้อง (อสม. ผู้นำชุมชน จพต.) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=30)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกัน และบำบัดรักษายาเสพติด	($\bar{X}$)	sd	$\bar{d}$	$\overline{sd}$	df	t	p-value
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.38	0.49	2.15	0.16	29	13.44	0.01*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.23	0.33					

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(29, 0.05)} = 1.69$)

การประเมินผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษายาเสพติด

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้เสพและใช้สารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในพื้นที่อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จำนวน 53 ราย อำเภอบ้านนาเดิม จำนวน 8 ราย อำเภอเกาะสมุย จำนวน 7 ราย รวมเข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 68 ราย โดยส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.65 ส่วนใหญ่อายุ 10 - 19 ปี ร้อยละ 39.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.12 ปี ส่วนเปี่ยงเบนมาตรฐาน 10.15 ปี สถานภาพ โสด ร้อยละ 70.10 ด้านการศึกษา พบว่าจบการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.82 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.71 ทั้งนี้พบว่ามีกลุ่มที่ไม่มีรายได้สูงถึงร้อยละ 33.82 และอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา 30 วัน ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา ร้อยละ 29.41

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามข้อมูลการใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยใช้สารเสพติดครั้งแรก อายุ 10-19 ปี ร้อยละ 69.12 ชนิดสารเสพติดที่ใช้ครั้งแรกคือ ยาบ้าหรือ ยาไอซ์ ร้อยละ 75.00 โดยสาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกคือทำให้หายป่วยร้อยละ 40.20 ชนิดสารเสพติดสุดท้ายก่อนบำบัดรักษา คือ ยาบ้าหรือยาไอซ์ร้อยละ 76.10 โดยผลการจำแนกประเภทเป็นผู้ติดยา ร้อยละ 54.41 เข้ารับบำบัดแบบสมัครใจร้อยละ 97.06 ส่วนผลการติดตามหลังจบโปรแกรมที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยหยุดเสพยาเสพติดที่ 3 เดือน หลังจบโปรแกรมคิดเป็น ร้อยละ 95.59 ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาเสพติดที่ 3 เดือน หลังจบโปรแกรมตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การบำบัดรักษาแบบสมัครใจ ($P=0.017$)

ตารางที่ 2 ผลการติดตามหลังจบโปรแกรมที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน (n=68)

ระยะเวลาหลังการบำบัดรักษา	ผลของการติดตามหลังจบโปรแกรม					
	ไม่เสพ		เสพ		ติดตามไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2 สัปดาห์	63	92.65	5	7.35	2	2.94
1 เดือน	65	95.59	3	4.41	0	0.00
2 เดือน	67	98.53	1	1.47	0	0.00

ระยะเวลาหลังการบำบัดรักษา	ผลของการติดตามหลังจบโปรแกรม					
	ไม่เสพ		เสพ		ติดตามไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3 เดือน	68	95.59	3	4.41	0	0.00

ผลการศึกษาความพึงพอใจของเข้ารับการรักษาเยาเสพติด

ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อการบริการที่ได้รับตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับกาบำบัดรักษาเยาเสพติดระดับมากที่สุด ร้อยละ 79.91 ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแนวทางและรูปแบบที่กำหนดระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.65 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเจ้าหน้าที่ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.50 การได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ในประเด็นด้านสุขภาพและการดูแลด้านอื่นๆ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.30

ความพึงพอใจต่อการได้รับการบำบัด

ผลการประเมินพบว่าผู้เข้ารับการรักษาที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 57.35 รองลงมา พึงพอใจมาก ร้อยละ 29.41

วิจารณ์ผล

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พัฒนาขึ้นภายใต้เป้าหมายเพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ต่อการป้องกันและรักษาเยาเสพติด ภายใต้การบูรณาการและการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและเครือข่าย ด้วยระบบกลไกการสร้างภูมิคุ้มกัน และส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วมในรักษาโดยใช้ครอบครัวและชุมชนในการบำบัดรักษา แบบมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจบำบัด ฟันฟู และติดตาม ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการป้องกันและรักษาเยาเสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วน ซึ่งมี

ขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการร่วมคิด 2) วางแผนการดำเนินงานด้วยการร่วมตัดสินใจของครอบครัวและชุมชนที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 3) ปฏิบัติการรักษาผู้ติดยาเสพติดตามแนวปฏิบัติที่ยึดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ 4) ร่วมติดตาม และประเมินผลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว แก่ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการ เพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น 5) ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ด้วยการให้อภัย ให้โอกาสให้ความรักและดูแลในการการประเมินผลการดำเนินงาน โดยประเมินจากจำนวนครอบครัวและผู้เสพยาเสพติด ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมผู้ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางคัน จำนวนผู้เสพ หน้าใหม่ ความคิดเห็นต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจกิจกรรมตามรูปแบบ ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติด และองค์กรชุมชน ภายใต้เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จจากคณะกรรมการที่สมัครใจและเสียสละเวลาในการดำเนินงานโดยมีคู่มือการใช้รูปแบบที่มีรายละเอียดของรูปแบบที่ชัดเจน ที่เข้าใจได้ง่าย

ผลการประเมินที่พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติด ระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี⁷ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดเยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ⁸ ที่มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดรูปแบบ 2) หลักการรูปแบบ

3) เป้าหมาย รูปแบบ 4) กระบวนการรูปแบบ และ 5) การประเมินผลรูปแบบ ซึ่งพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมในระดับมาก

ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.01$) เนื่องจากรูปแบบนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการและสามารถแสดงออก ในการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อครอบครัวมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ที่พบว่าหลังการปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิต และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน¹⁰ ที่ศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมที่ส่งผลให้ภายหลังการได้รับโปรแกรมเยาวชนมีการพัฒนาทักษะชีวิต และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นการศึกษาผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ตติยนันทพร⁸ ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและบำบัดรักษาเสพติด สอดคล้องกับการใช้แนวคิดการแก้ปัญหาโดยชุมชน (Community Based) เป็นแนวทางหลักในการบำบัดรักษาการให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัดรักษาและดูแลผู้บำบัดหลังการบำบัดรักษา/การ

แบ่งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ในการสอดส่องดูแล/คัดกรอง/ติดตามผลผู้บำบัดในชุมชน การขยายเครือข่ายสถานศึกษา ผู้นำและอาสาสมัครในชุมชนโดยเฉพาะอาสาสมัครรุ่นใหม่และวิทยากรกลุ่มเยาวชน เน้นการทำงานแบบจิตอาสาและอาสาสมัคร (Volunteer) ทำให้งานบำบัดรักษาสามารถดำเนินการได้โดยความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลบุตรหลานของ ตนเองมากกว่าการพึ่งพิงการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ โดยให้หน่วยงานของรัฐและทีมงานสหวิชาชีพทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือในการเขียนแผนการดำเนินงานและการจัดทำงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งแก้ปัญหาบางประการและการประสานงานการส่งต่อผู้บำบัดในพื้นที่มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนโดยมีผู้นำชุมชนเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันช่วยเหลืองานในชุมชน เช่น การบริการสังคม การส่งเสริมอาชีพ การอยู่เเวรยาม การชักจูงให้เข้ารับการบำบัดรักษาและมีส่วนช่วยในการติดตามผลผู้ผ่าน การบำบัดในชุมชนด้วยการปรับนโยบายให้มีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สามารถปรับเปลี่ยนและนโยบายมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาการดำเนินงานบำบัด รักษา ต้องตั้งเป้าหมายตามสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ โดยเน้นที่การทำงานในลักษณะบูรณาการ นโยบายของรัฐ ต้องให้ความสำคัญกับความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติและเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมไม่แยกส่วน โดยการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดประจำจังหวัด ถือเป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการที่มีการร่วมมือกันกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งให้เป็นศูนย์บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพได้รวมทั้ง สถานบำบัดหรือสถานพยาบาลและ คลินิกภาคเอกชนที่มีความพร้อมและได้รับการตรวจสอบมาตรฐานให้มีส่วนร่วมมือในการบำบัดผู้เสพยาเสพติดควรมีการจัดตั้งศูนย์ฝึกประจำจังหวัดและศูนย์แยกประเภทการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความสำเร็จและการดำเนินงานที่เป็นเลิศในระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ คือ การ

ให้การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดและท้องถิ่นในการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกัน โดยผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่และเป็นผู้อำนวยการ ศพสจ. ดำเนินงานอำนวยการบูรณาการแผนงานและงบประมาณทำให้หน่วยงานฝ่ายปกครองและหน่วยงานในท้องถิ่นในระดับตำบลและหมู่บ้าน รวมทั้งภาคเอกชนที่ร่วมเป็นคณะกรรมการให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่และทำงานไปในทิศทางเดียวกันโดยปัจจัยของกิจกรรมที่มีความน่าสนใจและมีความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่และเป็นพลังให้ผู้บำบัดสามารถกลับมาดำรงชีวิตโดยไม่ใช้ยาเสพติด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษา กิจกรรมในค่ายบำบัด มีความสำคัญและเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้บำบัดสามารถประสบความสำเร็จในการบำบัดและกลับตัวเป็นคนดีของสังคม ประกอบอาชีพโดยสุจริต การให้ผู้เสพทบทวนสาเหตุของการเสพยาเสพติดและผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัวในการเสพยาเสพติด การเขียนแผนที่ชีวิต การอบรมธรรมะ การฝากระเบียบวินัย การฝึกอาชีพที่เป็นไปตามความต้องการและการสมัครใจของผู้บำบัดเอง อาชีพมีความเหมาะสมตามของวัฒนธรรมท้องถิ่น และสามารถนำไปประกอบอาชีพได้จริงในพื้นที่ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้นบำบัดไปจนถึงการติดตามผลการบำบัดรักษาความเข้มแข็งและความร่วมมือของชุมชน โรงเรียน การศึกษานอกโรงเรียน สถานประกอบการ ในการทำงานสนับสนุนการทำงานของภาครัฐ อาสาสมัครในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและเสียสละทั้งกำลังกายและกำลังทรัพย์ในการติดตามผลการคัดเลือกผู้เฝ้าตามธรรมชาติในชุมชน การลงพื้นที่ติดตามผลโดยการทำงานเป็นทีมทำให้มีพลังและมีความปลอดภัยในการทำงาน การให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ชุมชนในการแก้ปัญหาทั้งแนวทางตำรวจชุมชนและการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ส่งเสริมการทำงานของผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน ปราชญ์ชาวบ้านและประชาคมหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมและค่ายจิตสังคมบำบัดในโรงเรียนเพื่อป้องกันและบำบัดกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา

สรุปผลการศึกษา

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำมาใช้ในการเชื่อมต่อการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลควบคู่กับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่เป็นการบูรณาการจากทุกภาคส่วนส่งผลให้ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม โดยพบว่าร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value $< .001$) โดยรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปขยายใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารการแพทย์สาธารณสุขในทุกครั้งที่สนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนผลการศึกษามีขึ้นครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนพระราชัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก : https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/Plan%20SafeDrug_2561.pdf
2. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนพระราชัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/Plan%20SafeDrug_2561.pdfWorld
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

2566 - 2570. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ
 บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; 2565.

4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
 แห่งชาติ. คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยา
 เสพติดแห่งชาติ ที่ 3/2561 เรื่อง แผนป้องกันและแก้ไข
 ปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561
 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: [www.nccd.
 go.th/upload/news/2\(29\)](http://www.nccd.go.th/upload/news/2(29))

5. ไชยยา รัตนพันธ์. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด.
 Journal of Roi Kaensarn Academi 2019; 4(2): 18-
 33.

6 . UNODC. Drugs and HIV/AIDS in
 Southeast Asia: A Review of Critical Geographic
 Areas of HIV/AIDS infection Among Injecting Drug
 Users and of National Program Responses in
 Cambodia, China, LaoPDR, Thailand and Vietnam;
 2004.

7. ชฎากาญจน์ ชาลรัตน์, ยอดชาย สวรรณวงษ์.
 รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จาก
 ประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติด
 ระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและ
 สุขภาพศึกษา 2565; 2(1): 49-68.

8. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. การมีส่วนร่วมของ
 ครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด
 อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.
 2565; 16(2): .

9. พาทีมาะ นิมา, ลุณพี หะยัหมัด, รอซีดี เลิศอริ
 ยะพงษ์กุล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อ
 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติด
 ของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้.
 รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2565; 28(1): 127-42.

10. นฤมล มีนา, วีระพร ศุทธากรณ์. ประสิทธิภาพ
 ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วม
 ของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจใน
 การเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตาม
 โดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. พยาบาล
 สาร. 2561; 45(2): 88-98.