ผลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับโทรเวชกรรมในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเลิงนกทา

จิตลดาวรรณ โสวะภาสน์[1], ภัททิยา หนูชูสุข[2], วรรณนภา ตุ้ยวงศ์[2],
ศุทธิภัทร ธนอมรสกุล[2], อำไพ โสรส[3], ประเสริฐ ประสมรักษ์[3]
[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลิงนกทา
[2] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล,
[3] อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานต่อทักษะและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบชุมชนเป็นฐาน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 สิงหาคม 2568 ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมและติดตามผลผ่านระบบโทรเวชกรรมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92, 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด (4.33±0.39) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด (4.27±0.43) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) รวมทั้งมีคุณภาพชีวิต (4.37±0.30) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมสามารถส่งเสริมทักษะและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบำบัดยาเสพติด, การบำบัดแบบชุมชนเป็นฐาน, เครือข่ายชุมชน, โทรเวชกรรม

วันที่รับ 15 ธันวาคม 2568, วันที่แก้ไข 22 ธันวาคม 2568, วันที่ตอบรับ 30 ธันวาคม 2568

The Effects of Community Networks Integrated with Telemedicine on the Treatment and Follow-up of Drug Addiction Patients in Loeng Nok Tha District

Jitladawan Sowapas[1], Patthiya Nuchusuk[2], Wannanapa Tuywong[2],
Sutthiphat Thanaamornsakul[2], Ampai Soros[3], Prasert Prasomruk[3]
[1] Senior Public Health Officer, Loengnoktha District Public Health Office
[2] Bachelor of Public Health Student, Amnat Charoen Campus, Mahidol University
[3] Lecturer, Bachelor of Public Health Program, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest–posttest study aimed to examine the effects of developing community networks in combination with the use of a telemedicine system for community-based treatment and follow-up of patients with substance use disorders on their skills and behaviors for self-protection against drug use, as well as their quality of life, in Loeng Nok Tha District, Yasothon Province. The sample consisted of patients with substance use disorders who received community-based treatment between October 1, 2024, and August 30, 2025. Participants received the program and were followed up through a telemedicine system by village health volunteers for a total duration of 16 weeks. The research instruments included questionnaires assessing skills and behaviors for self-protection against drug use and a quality-of-life assessment. The reliability coefficients of the instruments were 0.92, 0.96, and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The results showed that after the intervention, the participants had significantly higher self-protection skills against drug use (4.33 ± 0.39) and self-protection behaviors against drug use (4.27 ± 0.43) compared with before the intervention ($p = 0.002$). In addition, their quality of life (4.37 ± 0.30) improved significantly compared with the pretest ($p = 0.012$). These findings indicate that community-based treatment and follow-up for patients with substance use disorders, integrated with a telemedicine system, can effectively enhance self-protection skills and behaviors against drug use as well as improve patients' quality of life..

Keywords: Community-Based Treatment, Community Networks, Drug Addiction Treatment, Telemedicine

Received 15 December 2025, Revised 22 December 2025, Accepted 30 December 2025

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลก ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญและมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว พบว่า ในปี 2561 มีผู้ที่ใช้ยาเสพติดประมาณ 2.6 ร้อยล้านคน[1] โดยประชากรที่ใช้ยาเสพติดมีจำนวนมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรียกได้ว่าเป็นที่ตั้งของตลาดยาบ้าขนาดใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก[2]

ยาเสพติดถือเป็นภัยคุกคามที่บ่อนทำลายประเทศ ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อปัจเจกบุคคล สังคมส่วนรวม และการพัฒนาประเทศ ทำให้สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดปัญหาในด้านอื่น ๆ[3] ผลกระทบจากยาเสพติด แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพต่อตัวผู้เสพ 2) ด้านสังคม 3) ด้านเศรษฐกิจ และ 4) ด้านภัยต่อประเทศชาติ[4]

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด มีทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การว่างงาน มีประวัติอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และการเห็นคุณค่าในตนเอง[5] และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว คนในครอบครัวใช้ยาเสพติด เพื่อนใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครูผู้สอน ปัจจัยด้านสื่อ และปัจจัยด้านชุมชน[6] ซึ่งปัจจัยที่ป้องกันการเสพยาเสพติดหรือการกลับไปเสพซ้ำ แบ่งออกเป็น 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความรู้หรือทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด การควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และ 3) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากสถานศึกษา การรับรู้ข่าวสารจากสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเสพติด[7] นอกจากการป้องกันการเสพหรือการกลับไปเสพซ้ำแล้ว มีสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นผลมาจาก พฤติกรรมวิถีชีวิตรวมถึงพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากยาเสพติด ความรู้สึกเครียด การเลิกสารเสพติด วิถีชีวิตหลังการบำบัด[8]

การบำบัดยาเสพติดที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้เสพยาเสพติดและสามารถเพิ่มการเข้าถึง จึงมีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ทั้งนี้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดในประเทศไทยจำแนกได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบโปรแกรมเมทริกซ์หรือจิตสังคมบำบัด ซึ่งเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด เป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่เน้นการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวโดยผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย[9] 2) รูปแบบมินิธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นการบำบัดแบบแยกหอผู้ป่วยเฉพาะ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่[10] และ 3) รูปแบบ CBTx (Community Base Treatment) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้าน หรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม[11]

อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ใช้ “คู่มือบำบัดผู้เสพยาเสพติด ในศูนย์ล้อมรัก” ในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด โดยได้มาจากการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน ซึ่งถือได้ว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังพบสัดส่วนผู้กลับไปเสพซ้ำสูง โดยสาเหตุมาจากระบบติดตามหลังจากจบการบำบัด ที่ไม่ได้ติดตามอย่างสม่ำเสมอ และอีกหนึ่งปัญหาคือ ผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดบางส่วน เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบโปรแกรม หรือหายไประหว่างโปรแกรม ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดทางด้านความสมัครใจในการเข้ารับการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด เนื่องจากเป็นการเข้ารับ

การบำบัดเพื่อไม่ให้ถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย และยังขาดรูปแบบการบำบัดที่ผสานการมีส่วนร่วมของชุมชนกับเทคโนโลยีสุขภาพอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาผลจากการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่ช่วยสร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด ที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งใช้ระบบโทรเวชกรรมในการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ป่วยยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังผ่านการบำบัด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดลงของระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเป็นการลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ ประกอบกับที่ผ่านมาการนำระบบโทรเวชกรรมมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยยังพบได้น้อย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ได้แนวทางใหม่ในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่จะช่วยสร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัด โดยลดข้อจัดกัดของรูปแบบการบำบัดแบบเดิม ซึ่งนำไปสู่ระบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานต่อทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ไม่อิสระต่อกัน

$$n/gr = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

Z_α = ค่าสถิติทดสอบ Z ที่ระดับ 0.01 (95%CI) เท่ากับ 1.960

Z_β = อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.842

μ_d = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง ผู้วิจัยนำมาจาก ธัญลักษณ์ สารพร ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะ โดยผลต่างของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 15.65[13]

σ_d^2 = ผลต่างค่าความแปรปรวนของงานวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาอ้างอิง โดยมีค่าเท่ากับ 781.3702

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 25 คน และคำนวณเพิ่มร้อยละ 20 เผื่อกลุ่มตัวอย่างมีการถอนตัวระหว่างการวิจัย จะได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะต้องเท่ากับ 30 คน

จากการศึกษาจำนวนสถิติผู้เข้ารับการบำบัดในพื้นที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร พบว่ามีผู้เข้าร่วมการบำบัดจำนวน 12, 20, และ 60 คน

ในปี 2564-2566 ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการศึกษาของผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐานในช่วงปีงบประมาณ 2568 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 สิงหาคม 2568 ในพื้นที่ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือ กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดพื้นที่ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ถูกส่งรายชื่อมาจากหน่วยงานตำรวจ และเข้ารับการบำบัด ในปี 2568 จำนวน 25 คน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ในพื้นที่ตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ถูกส่งรายชื่อมาจากหน่วยงานตำรวจ และเข้ารับการบำบัดในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2568 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 20 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง

2. สามารถอ่านออกและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อดำเนินวิจัยไปแล้ว

2. เจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

3. ย้ายออกจากพื้นที่หรือติดต่อไม่ได้

เครื่องที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดทอง

โปรแกรมการบำบัดยาเสพติดที่เน้นการสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และรายงานผลการติดตามผ่านระบบโทรเวชกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้ “แอปพลิเคชันไลน์” เพื่อการสื่อสารนัดหมายการบำบัด และแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการบำบัด โดยมีการติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ ภายหลังการบำบัด 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 2 เดือน โดยกระบวนการติดตาม อสม. จะเป็นผู้ติดตามลงพื้นที่ไปยังบ้านของผู้ติดสารเสพติดที่จบการบำบัด โดยจะเก็บข้อมูล อาการการกลับไปเสพซ้ำ และถ่ายรูปเพื่อเป็นหลักฐานยืนยัน รายงานลงในกลุ่มไลน์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก โรคประจำตัว จำนวนการเข้ารับการบำบัด ระยะเวลาที่สามารถเลิกใช้ยาได้ครั้งล่าสุด ความมั่นใจไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดภายหลังการบำบัด ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด และปลายปิด

2. แบบสอบถามทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating scale ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด แบ่งระดับทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์[14] ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 1.33 คือ 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับสูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบ Rating scale ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์[14] ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 1.33 คือ 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับสูง

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating scale ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่มีเลย คำถามเชิงลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 และ 16 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มาก แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์[14] ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 1.33 คือ 1.00 – 2.33 มีคุณภาพชีวิตดีในระดับน้อย 2.34 – 3.67 มีคุณภาพชีวิตดีในระดับปานกลาง 3.68 – 5.00 มีคุณภาพชีวิตดี

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งวัดค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.95 และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่บ้านหนองยาง ตำบลโคกสำราญ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน โดยหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.92 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังจบโปรแกรมการบำบัดติดตามครบ 16 สัปดาห์ โดยอสม. ผ่านทางระบบ google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามมาตรวจความสมบูรณ์และดำเนินการหาค่าทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด โดยมีตัวแปรกลุ่ม นำเสนอเป็น ความถี่ ร้อยละ และตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอเป็น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการบำบัด โดยตรวจสอบสมมติฐานการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วย Shapiro–Wilk test หากข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานการแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Paired Sample t-test และในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐานใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดยโสธร เลขที่การวิจัย 6047/2568 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรม จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 55 เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาอยู่ในประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับ ร้อยละ 45 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดระหว่าง 1-2 ครั้ง ร้อยละ 80 ระยะเวลาเลิกยาเสพติดอยู่ระหว่าง 1-245 วัน ร้อยละ 75 และมั่นใจว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดหลังจากการจบการบำบัดครั้งนี้ ร้อยละ 65

จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดทั้งหมด 20 คน ในระหว่างกระบวนการบำบัดได้มีผู้ถูกถอนออกจากการวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 4 คน ประกอบไปด้วย ย้ายภูมิลำเนาและอยู่นอกขอบเขต

การติดตาม จำนวน 3 คน และขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อดำเนินวิจัยไปแล้ว จำนวน 1 คน จึงทำให้มีผู้เข้าร่วมการบำบัดจนจบกระบวนการทั้งสิ้นจำนวน 16 คน โดยคิดอัตราคงอยู่เท่ากับร้อยละ 80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[15]

จากผลการทดสอบการแจกแจงปกติโดยใช้ Shapiro-Wilk Test พบว่า ค่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติดไม่เป็นไปตามสมมติฐานการแจกแจงแบบปกติ (p-value=0.010) ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดและคุณภาพชีวิตเป็นไปตามสมมติฐานดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.336 และ 0.197 ตามลำดับ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด พบว่าคะแนนหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรม (n=16)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
ทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	3.71 (0.65)	สูง	4.33 (0.39)	สูง
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	3.69 (0.78)	สูง	4.27 (0.43)	สูง
คุณภาพชีวิต	3.94 (0.58)	ดี	4.37 (0.30)	ดี

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก (3.71±0.65) เป็น (4.33±0.39) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก (3.69±0.78) เป็น (4.27±0.43) และคุณภาพชีวิต มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก (3.94±0.58) เป็น (4.37±0.30)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมครบ 16 สัปดาห์ (n = 16)

ผลลัพธ์หลังการบำบัดติดตามครบ 16 สัปดาห์	Mean Difference	S.D.	t	p-value
ทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	0.62	0.67	3.69	0.002
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด	0.58	0.64	3.66	0.002
คุณภาพชีวิต	0.42	0.60	2.84	0.012

จากตารางที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด (p-value=0.002) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด (p-value=0.002) และคุณภาพชีวิต (p-value=0.012)

อภิปรายผล

1. ผลของการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ภายหลังการได้รับการบำบัดติดตามด้วยรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมจนครบ 16 สัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.003) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ใช้เครือข่ายชุมชนและระบบโทรเวชกรรมจะวัดผลลัพธ์ที่ระดับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ศึกษาผลลัพธ์ในขั้นของทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติดด้วย เนื่องจากทักษะจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans-theoretical model/ Stage of Change)[16]

2. ผลของการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ภายหลังการได้รับการบำบัดติดตามด้วยรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมจนครบ 16 สัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.002) โดยมีระดับความแตกต่างปานกลาง (d=0.64) ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทุกข้อ อยู่ในระดับสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ กินร และคณะ โดยการพัฒนาชุดโปรแกรมการบำบัดรักษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยรุ่น ใช้ 4 โปรแกรม เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 26 กิจกรรม พบว่าหลังจากการทดลอง (M=49.64, S.D.=3.13) มีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง (M=45.20, S.D.=4.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] และสอดคล้องกับ ฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ โดยพบว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับการบัด (M=8.63, S.D.=1.51) ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัด (M=5.63, S.D.=1.84) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในการติดตามผู้ป่วยมีผลการเปลี่ยนแปลงหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง[18] สอดคล้องกับ วัลลภา ศิริรัตน์ ศึกษาเกี่ยวกับผลของให้พยาบาลรักษาทางไกลผู้ป่วยความดันโลหิตที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังรับการพยาบาลทางไกล (M=2.6, S.D.=0.57) สูงกว่าการก่อนได้รับการดูแล (M=3.26, S.D.=0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)[19] อีกทั้งผู้วิจัยยังดำเนินการร่วมกับการพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อใช้ในการบำบัดติดตามผู้เข้ารับการบำบัด สอดคล้องกับ ปุณณณิน เขื่อนเพ็ชร์ และลำเนา วงค์ใจ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ผู้มีรอบเอวเกินมาตรฐานมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (M=1.7, S.D.=0.20) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (M=1.3, S.D.=0.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)[20] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการใช้ระบบโทรเวชกรรมสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้

3. ผลของการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า ภายหลังการได้รับการบำบัดติดตามด้วยรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมจนครบ 16 สัปดาห์ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น โดยก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (S.D.=0.58) และภายหลังการทดลอง พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S.D.=0.30) ซึ่งมีค่าเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.012) โดยมีระดับความแตกต่างปานกลาง (d=0.60) สอดคล้องกับ จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์ และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลก่อนบำบัดและครั้งสุดท้ายในการบำบัดเป็นจำนวน 16 สัปดาห์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดหลังการเข้ารับการบำบัดดีขึ้นกว่าก่อนการเข้ารับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] และสอดคล้องกับธัญลักษณ์ สารพร โดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังจบโครงการ 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังจบโครงการ 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.028)[13] นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม สอดคล้องกับ เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์ พบว่าการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรม การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ การประเมินรูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบใหม่ และการทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบใหม่ ผลของการทดลองใช้รูปแบบใหม่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม พบความก้าวหน้าในด้านการเข้าถึงผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล การติดตามเป็นระบบ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ[12] อีกทั้งผู้วิจัยยังดำเนินการร่วมกับการพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อใช้ในการบำบัดติดตามผู้เข้ารับการบำบัด สอดคล้องกับ อุไรรัชต์ บุญแท้ และคณะ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชนร่วมกับเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น (M=3.43, S.D.=0.42) กว่าก่อนได้รับการดูแล (M=3.26, S.D.=0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[22] แต่เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง 0.42 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดจากตัวแปรทั้ง 3 ด้านที่ผู้วิจัยได้ทำการวัดผล เนื่องจากเมื่อดูจากผลการทดสอบ Pre-test จะเห็นได้ว่าเดิมผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่การวิจัยมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ผนวกกับเมื่อผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่พึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)[23] กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจและความสุขของแต่ละบุคคล ทางด้านร่างกาย ด้านความต้องการความปลอดภัย ความต้องการทางสังคม ความต้องการเกียรติยศ และความต้องการให้ความฝันของตนเป็นจริง

สรุปได้ว่าภายหลังการนำรูปแบบการพัฒนาภาคีเครือข่ายร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดติดตาม ส่งผลให้ทักษะการป้องกันตนเองจากยาเสพติด พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเพสติด และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้เพราะ อสม. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดยาเสพติด ทั้งในกระบวนการบำบัดและกระบวนการติดตาม การใช้ระบบโทรเวชกรรม

ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายคณะทำงานบำบัดยาเสพติด ทำให้การสื่อสารเพื่อติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษามีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย (n = 16) ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรในวงกว้าง

2. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการทดลองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการทดลองได้อย่างชัดเจน

3. ระยะเวลาการติดตามผลการศึกษาอยู่ในช่วงเวลาค่อนข้างสั้น คือ 16 สัปดาห์ ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว

4. มีอัตราการถอนตัวออกจากการศึกษา (dropout rate) ค่อนข้างสูง ร้อยละ 20 ซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

5. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่จำกัดเฉพาะตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ดังนั้นผลการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่หรือบริบทอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าการนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ร่วมกับการบำบัดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ส่งผลให้ทักษะดีขึ้นเมื่อนำมาติดตาม หรือดูแลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล แต่ต้องคำนึงถึงการเข้าถึง และความสามารถในการใช้ของผู้เข้ารับการบำบัด

2. จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านการควบคุมความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติดและการเงินยังมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นควรพัฒนารูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการ ควบคุมอารมณ์และสร้างอาชีพให้ผู้บำบัด

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผู้เข้ารับการบำบัดติดตาม เพื่อที่จะสามารถประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

2. ควรเพิ่มกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในชีวิต เพื่อที่เข้ารับการบำบัดมีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นได้

3. ควรมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่เอื้อต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนอย่างยั่งยืน

4. ควรนำรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมกับการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบำบัดติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. UNODC World Drug Report 2020: Global drug use rising; while COVID 19 has far-reaching impact on global drug markets. [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 12]. Available from: https://shorturl.asia/5YujL
2. กรมกิจการพบเรือนทหารบก. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดตามแนวชายแดนในปัจจุบัน. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://doca.rta.mi.th/news/announcement/1821
3. ศิริรัตน์ นิตยวัน, นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์, อรัญญา แพจุ้ย. แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568];24(1):15-27. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/article/view/196098

4. สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. ยาเสพติดมหันตภัยใกล้คุณและครอบครัว. [อินเตอร์เน็ต]. มหานครแห่งความปลอดภัย [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://fa5.naxapi.com/sakaekrang.go.th/dnm_file/news/659213404_side2.pdf
5. ผ่องพรรณ์ คำน้อย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2568];2(1):1-17. เข้าถึงได้จาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JHIS/article/view/2719
6. วราภรณ์ มั่งคั่ง, จินตนา วัชรสินธุ์, วรรณี เดียวอิศเรศ. ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2568];11(2):53-63. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/72696/58478
7. มนัสนันท์ ผลานิสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดกำแพงเพชร. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.kpo.go.th/tobekpp/download/id6.pdf
8. สุปราณี สูงแข็ง. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติดในหน่วยบริหารระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2568];25(2):218-27. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/246/239
9. วงศพัทธ์ บุญมาก. ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด ค่ายขวัญแผ่นดิน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2568];14(2):13-24. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/6557/6167
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณะสุข. คู่มือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://online.anyflip.com/cbilx/deyi/mobile/index.html
11. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศไทย สำนักปราบปรามยาเสพติด รายงาน

ประจำปี 2564. [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/pdfjs/web/viewer.html?file=/storage/file/content/th/report-arrest/67a04bbec1afd4PnYV.pdf&mode=preview

12. เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเชี่ยว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2025];9(4):236-47. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/279473
13. ธัญลักษณ์ สารพร. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลจะนะ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2025];8(3):82-90. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1870/1301
14. Best JW, Kahn JV. Research in education. 8th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1997. p. 47–63.
15. Schulz KF, Grimes DA. Sample size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. Lancet. 2002 Mar 2;359(9308):781–5. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07874-2.
16. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood (IL): Dow Jones-Irwin; 1984.
17. ภัทราภรณ์ กินร, สำเนา นิลบรรพ์, จรุณรักษ์ ยี่ภู่, อภิชาต เรณูวัฒนานท์, นิภาวัล บุญทับถม. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเด็กและวัยรุ่น เพื่อเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ. [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/ 67/pmnidat28-67.pdf
18. ฉวีวรรณ สาระบุตร, สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ. ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2568];8(3):1038-47. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1993
19. วัลลภา ศิริรัตน์. ผลของการให้การพยาบาลทางไกล (Tele -nursing) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง

แม่ฮ่องสอน. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mhso.moph.go.th/mhso/frontend/web/newsreader/hr/download?id=687&file=e4427d69c7d466dd689107461bce60d6.pdf&file_name=เลขที่+0013-24062567+โดย+นางสาววัลลภา+ศิริรัตน์+สัง.pdfเข้า

20. ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์, ลำเนา วงค์ใจ. ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่ลาว. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2568];7(2):103-12. เข้าถึงได้จาก: https://www.crhospital.org/cmj/article/FULL_20170802113839.pdf
21. จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. ผลของกรเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2568];71(1):3-10. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/view/118532/90876
22. อุไรรัชต์ บุญแท้, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, สถาพร แถวจันทึก, สรัลรัตน์ พลอินทร์. สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2568];35(3):175-85. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/101817/78841
23. Maslow, Abraham H. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1970.