การพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

วันที่รับ: 21 เมษายน 2569
วันที่แก้ไข: 18 พฤษภาคม 2569
วันที่ตอบรับ: 25 พฤษภาคม 2569

รัตนา ภูจอมจิต[1,] สุพัตรา คำสำลี[2],
ภัสสร ภิมศิริวัฒนา[3,] กาญจนา ปัญญาธร[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 2) พัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เข้ารับการบำบัด และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 รวม 8 เดือน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้เข้ารับการบำบัด 15 คน ผู้ดูแล 15 คน และเครือข่ายชุมชน 42 คน รวม 72 คน ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตผลและการสะท้อนผล เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.84–0.87 และค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.83–0.98 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ปัญหา ผู้เข้ารับการบำบัดมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ดื่มสุราร้อยละ13.30 สูบบุหรี่ร้อยละ 6.70 ใช้กัญชาร้อยละ 6.70 และมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ร้อยละ 60 ด้านครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายสูงและมีความเครียด ส่วนด้านชุมชนบางส่วนมีทัศนคติเชิงลบ มีส่วนร่วมน้อยและการทำงานขาดการบูรณาการ การพัฒนาเครือข่ายชุมชน สามารถจัดตั้งคณะกรรมการระดับหมู่บ้านและระบบเฝ้าระวังของชุมชนผ่านกลุ่มสื่อสารออนไลน์ ผลลัพธ์หลังการพัฒนา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการบำบัดดีขึ้นจากก่อนพัฒนาระดับไม่ดีร้อยละ 60.00 ลดลงเหลือร้อยละ 26.67 อัตราการบำบัดครบเกณฑ์สูงขึ้นจากร้อยละ 40.00 เป็นร้อยละ 93.33 และอัตราการเสพซ้ำลดลงจากร้อยละ 46.67 เป็นร้อยละ 20.00 ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนมีความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมมากขึ้น จากผลการวิจัยควรสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเสริมความรู้ ทัศนคติเชิงบวก และบูรณาการการทำงานแบบเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้บำบัดยาเสพติดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เครือข่ายชุมชน, ผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีน, การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

[1,3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยายบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมูม่น
[4] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
Corresponding author email: Phujomjittana@gmail.com

Development of a Community Collaborative Network for the Care of Methamphetamine Users in the Outpatient Treatment Program at Udon Thani Hospital

Received: 21 April 2026
Revised: 18 May 2026
Accepted: 25 May 2026

Rattana Phujomjit[1], Supattra Khamsamlee[2],
Passorn Peemwattana[3], Kanchana Panyathorn[4]

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) study the situation and problems related to the care of methamphetamine users receiving outpatient treatment; 2) develop a community network for caring for clients undergoing treatment; and 3) examine the outcomes of the development. The study was conducted in the catchment area of a subdistrict health promoting hospital in Udon Thani Province, Thailand, from March to October 2025, over a period of eight months. The informants consisted of 15 clients receiving treatment, 15 caregivers, and 42 community network members, totaling 72 participants. The research process was implemented in two cycles with four steps: planning, action, observation, and reflection. The research instruments included questionnaires, interview forms, and focus group discussion guidelines. The instruments had item-objective congruence values ranging from 0.84 to 0.87 and reliability coefficients ranging from 0.83 to 0.98. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis. The findings revealed that the clients had inappropriate health behaviors, including alcohol consumption at 13.30%, smoking at 6.70%, and cannabis use at 6.70%. In addition, 60.00% of the clients had poor quality of life. Families experienced high financial burdens and caregiving stress. At the community level, negative attitudes toward methamphetamine users, limited participation, and fragmented collaboration among network members were found. The community network development resulted in the establishment of village-level and subdistrict-level committees, as well as a community surveillance system through online communication groups. After the development, the quality of life of clients improved, as the proportion of clients with poor quality of life decreased from 60.00% to 26.67%. The treatment completion rate increased from 40.00% to 93.33%, while the relapse rate decreased from 46.67% to 20.00%. Caregivers and community members also showed increased knowledge, attitudes, and participation. The findings suggest that continuous community network development should be supported by enhancing knowledge, promoting positive attitudes, and integrating collaboration among families, communities, and related networks to ensure sustainable care for clients undergoing drug rehabilitation.

Keywords: Community network, Methamphetamine users, Outpatient treatment

[1,3] Registered Nurse, Professional Level, Community Nursing Department, Udon Thani Hospital

[2] Public Health Officer, Moo Mon Sub-district Health Promoting Hospital

[4] Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 12–65 ปี ใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งภายใน 1 ปี ร้อยละ 3.89 โดยอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.82 ต่อ 1 สารเสพติดที่ใชมากที่สุด คือ เมทแอมเฟตามีน ภาวะสุขภาพของผู้ใช้ยาเสพติดพบว่าร้อยละ 14 มีสุขภาพแย่ลง ร้อยละ 12 มีอาการทางจิต และร้อยละ 33 มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตในอนาคต[1] เมทแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นประสาทในกลุ่มแอมเฟตามีน ส่งผลให้ร่างกายตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูง หากใช้เกินขนาดอาจเกิดภาวะรุนแรง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก หรือหมดสติ รวมถึงความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม[2] นอกจากนี้ การใช้ยาเสพติดต่อเนื่องยังส่งผลต่อสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองติดยา สูญเสียการควบคุมตนเอง และอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง[3]

ผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามีนไม่ได้เกิดเฉพาะกับผู้เสพเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ ขณะที่ระดับชุมชนก่อให้เกิดความหวาดกลัว ความไม่ปลอดภัย และปัญหาอาชญากรรมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการบำบัด ป้องกัน และปราบปราม[4] รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีแนวคิดมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ควรได้รับการบำบัดและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แนวทางสำคัญที่ใช้ในการบำบัด คือ Matrix Program ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การบำบัด การฟื้นฟูจิตใจ และการติดตามเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ[5] ควบคู่กับนโยบายการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน หรือ Community-Based Treatment and Care (CBTx) ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการในชุมชน การดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการประสานงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและการกลับคืนสู่ชุมชนอย่างเหมาะสม[6] อย่างไรก็ตาม ผลการบำบัดระดับประเทศปี พ.ศ. 2567 ยังพบผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 24.88[7] สะท้อนว่าการบำบัดในระบบบริการเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ หากขาดการดูแลต่อเนื่องและแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

ข้อมูลการเข้ารับการบำบัดของผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลอุดรธานี ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 230, 64 และ 214 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้เข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 38, 40 และ 60 ตามลำดับ และพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 15, 20 และ 46.67 ตามลำดับ แม้อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำยังคงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งต้องกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนระหว่างกระบวนการบำบัด การศึกษาปัญหาเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้ารับการบำบัด และให้การดูแลที่ไม่เหมาะสม ขณะที่การดำเนินงานตามแนวทางการบำบัดแบบชุมชนมีส่วนร่วมยังพบข้อจำกัด ด้านการประสานงานระหว่างเครือข่ายที่ไม่เป็นระบบ และขาดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนในบริบทของผู้ป่วยนอก

การสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการบำบัดผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก จำเป็นต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องและแรงสนับสนุนทางสังคมควบคู่กับการรักษาในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบทบาทของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัดและการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ งานวิจัยหลายฉบับพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การติดตามดูแล และการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน มีแนวโน้มเข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์และสามารถปรับตัวกลับสู่สังคมได้ดีกว่ากลุ่มที่ขาด

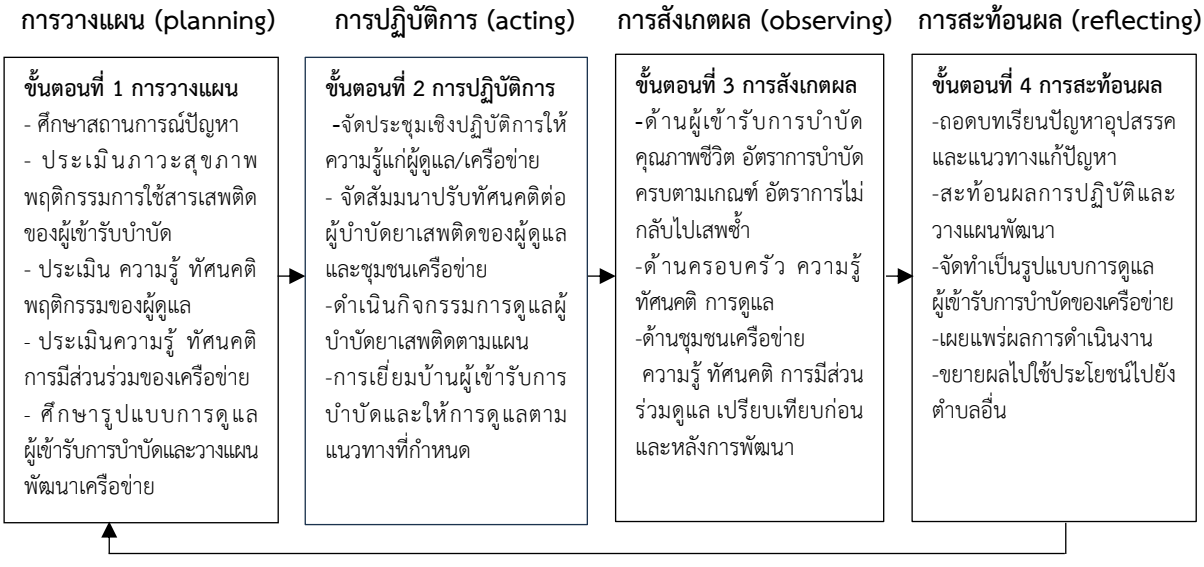
แรงสนับสนุน[8-9] ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวัง การจัดกิจกรรมในชุมชน และการประสานงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ มีส่วนช่วยลดการตีตรา เพิ่มความเข้มแข็งทางใจ และลดโอกาสการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ[10] อย่างไรก็ตามหลายพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การขาดระบบติดตามต่อเนื่อง บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน และการสื่อสารข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้การดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกขาดความต่อเนื่องและไม่สามารถลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่มุ่งศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดหรือระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพียงบางด้าน ขณะที่การศึกษาที่อธิบายกระบวนการพัฒนาเครือข่ายและการทำงานร่วมกันในบริบทผู้ป่วยนอกยังมีจำกัด โดยเฉพาะพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญต่อการสร้างองค์ความรู้เชิงปฏิบัติในการพัฒนางานพยาบาลชุมชน การดูแลต่อเนื่องและการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในบริบทพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในด้านผู้เข้ารับการบำบัด ครอบครัว และชุมชน
2. พัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก
3. ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาเครือข่ายชุมชน ในด้านคุณภาพชีวิต อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ อัตราการเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัด และด้านความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart[12] กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตผล และการสะท้อนผล ดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติและพัฒนาผลลัพธ์ของงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Acting) การสังเกตผล (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) เพื่อพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดสารเมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก โดยวงรอบที่ 2 เป็นการนำผลการสะท้อนจากวงรอบแรกมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอน	กิจกรรมสำคัญ	ผู้เกี่ยวข้อง	ผลที่ได้จากกระบวนการ
การวางแผน (planning)	ศึกษาสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดครอบครัวและชุมชน	ผู้วิจัย ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน	ได้ข้อมูลปัญหา ความต้องการและแนวทางพัฒนาเครือข่าย
การปฏิบัติ (acting)	จัดกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายชุมชน การให้ความรู้ ปรับทัศนคติการเยี่ยมบ้าน	ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	เกิดความร่วมมือและระบบการดูแลร่วมกันในชุมชน
การสังเกตผล (observating)	ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	ผู้วิจัย ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน	ได้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงและผลการดำเนินงาน
การสะท้อนผล (Reflecting)	ประชุมสะท้อนผล ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	ผู้วิจัย ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน	ได้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน

ประชากร

ประชากร คือ ผู้เสพสารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ดูแลในครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้เข้ารับการบำบัด 15 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 15 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน 42 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คัดออก ดังนี้

1. ผู้เสพสารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เกณฑ์คัดเข้า อยู่ระหว่างการบำบัด 2-4 เดือน ช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารได้รู้เรื่อง เกณฑ์คัดออก ถูกดำเนินคดีระหว่างการบำบัด มีอาการถอนยารุนแรง อาการทางจิตเฉียบพลัน หรือแพทย์มีความเห็นว่าควรได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

2. ผู้ดูแลในครอบครัว เกณฑ์คัดเข้า เป็นสมาชิกครอบครัว อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างน้อย 1 เดือน สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการการวิจัย เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนหรือไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3. เครือข่ายชุมชน เกณฑ์คัดเข้า เป็นคนในพื้นที่ เกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัด ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสาและตำรวจ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก ไม่สมัครใจ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดในพื้นที่มีจำกัด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้เข้ารับการบำบัดทุกรายที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ 2568 จำนวน 15 คน คัดเลือกผู้ดูแลของผู้เข้ารับการบำบัด รายละ 1 คน รวม 15 คน และคัดเลือกเครือข่ายชุมชนตามโครงสร้างพื้นที่และโครงสร้างเครือข่ายการดูแลผู้เข้ารับการบำบัด 13 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 13 คน ตัวแทนอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร) 4 คน จิตอาสา 10 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และตำรวจ 1 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567[5] และแนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ พ.ศ. 2566[13] เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ตัวแปรที่ศึกษา และผลลัพธ์ของการพัฒนาเครือข่าย เครื่องมือแบ่งเป็น 3 ชุดตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือสำหรับผู้เข้ารับการบำบัด ใช้เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐานและผลลัพธ์ด้านผู้บำบัด ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการใช้สารเสพติด และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[14] จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวก 23 ข้อ และคำถามทางลบ 3 ข้อ ลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 26–130 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ 26–60 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำ 61–95 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96–130 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตดี และ 3) แบบบันทึกผลลัพธ์การบำบัด ได้แก่ การเข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์ การมาตามนัด และการกลับไปเสพซ้ำ โดยรวบรวมจากทะเบียน/บันทึกการบำบัดและข้อมูลการติดตามของเครือข่าย

ชุดที่ 2 เครื่องมือสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ใช้เพื่อประเมินปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้บำบัด ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติด เมทแอมเฟตามีนและการออกฤทธิ์ อาการ พฤติกรรมปัญหาสุขภาพ และแนวทางการบำบัด จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบถูก–ผิด แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ 0–10 คะแนน หมายถึงความรู้น้อย 11–20 คะแนน หมายถึงความรู้ปานกลาง และ 21–30 คะแนน หมายถึงความรู้มาก 3) แบบประเมินทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 1.00–1.49 ทัศนคติเชิงลบมาก 1.50–2.49 ทัศนคติเชิงลบ 2.50–3.49 ทัศนคติเป็นกลาง 3.50–4.49 ทัศนคติเชิงบวก และ 4.50–5.00 ทัศนคติเชิงบวกมาก และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล จำนวน 25 ข้อ ลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 1.00–1.49 ปฏิบัติน้อยที่สุด 1.50–2.49 ปฏิบัติน้อย 2.50–3.49 ปฏิบัติปานกลาง 3.50–4.49 ปฏิบัติมาก และ 4.50–5.00 ปฏิบัติมากที่สุด

ชุดที่ 3 เครื่องมือสำหรับเครือข่ายชุมชน ใช้เพื่อประเมินความพร้อม ความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม และข้อมูลเชิงลึกของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเมทแอมเฟตามีน จำนวน 30 ข้อ เช่นเดียวกับแบบประเมินของผู้ดูแล 3) แบบประเมินทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ โดยปรับถ้อยคำบางข้อให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน 4) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์

และการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 1.00–1.49 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด 1.50–2.49 มีส่วนร่วมน้อย 2.50–3.49 มีส่วนร่วมปานกลาง 3.50–4.49 มีส่วนร่วมมาก และ 4.50–5.00 มีส่วนร่วมมากที่สุด และ 5) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ข้อ เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหา บทบาทของครอบครัวและชุมชน ปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาเครือข่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด และอาจารย์พยาบาลด้านการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.84–0.87 จากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหมื่นท้าว จำนวนกลุ่มละ 10 คน ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นพบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 แบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.83 แบบประเมินทัศนคติเท่ากับ 0.90 แบบประเมินการดูแลของครอบครัวเท่ากับ 0.90 และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนเท่ากับ 0.98 สำหรับแบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เนื่องจากข้อคำถามหลายข้อวัดคุณลักษณะเดียวกันและต้องการประเมินความสอดคล้องภายในของข้อคำถามทั้งฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอความยินยอม 4) เก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาเครือข่าย โดยกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ดูแลเก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านและแบบสัมภาษณ์ ส่วนกลุ่มเครือข่ายชุมชนเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 10–11 คน ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 90 นาที 5) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายตามแผน ได้แก่ การให้ความรู้ การเสวนาปรับทัศนคติ การเยี่ยมบ้าน การติดตาม และการประสานงานร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการ 6) เก็บข้อมูลหลังการพัฒนา โดยประเมินตัวแปรเดิมในกลุ่มผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ของผู้บำบัด ได้แก่ คุณภาพชีวิต การบำบัดครบตามเกณฑ์ และการกลับไปเสพซ้ำ และ 7) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ใช้การถามย้อนกลับและการสรุปประเด็นเป็นระยะ รวมทั้งตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม บันทึกการติดตาม และข้อค้นพบจากผู้ร่วมวิจัยหลายคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการเปลี่ยนแปลงภายหลังการพัฒนาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ผู้ดูแลในครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ IRB UDH REC No.59/2568 วันที่รับรอง 18 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา การได้รับบริการ หรือความสัมพันธ์กับหน่วยงานใด ๆ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจและได้รับความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง ด้านการรักษา

ความลับ ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อและไม่นำเสนอข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ โดยเฉพาะ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอยู่ในพื้นที่เดียวกันและอาจรู้จักกัน ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บในที่ปลอดภัย จำกัดการเข้าถึงเฉพาะทีมวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เพื่อป้องกันการตีตรา ผลกระทบทางสังคม และความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัว

ผลการศึกษา

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 15 คน ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 15 คน และเครือข่ายชุมชน จำนวน 42 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน มีลักษณะสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ลักษณะสำคัญ
ผู้เข้ารับการบำบัด	15	ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 32.47 ± 6.22 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 93.33 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.00 ว่างงาน ร้อยละ 53.33 อาศัยอยู่กับมารดามากที่สุด ร้อยละ 40.00 ความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่ ร้อยละ 46.67 มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ร้อยละ 60.00
ผู้ดูแล	15	เพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 59.13 ± 13.13 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 26.67 เป็นบิดามารดาของผู้เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 66.67 ระยะเวลาที่อยู่อาศัยร่วมกันเฉลี่ย 4.93 ± 4.92 ปี
เครือข่ายชุมชน	42	เพศหญิง ร้อยละ 71.43 อายุเฉลี่ย 55.02 ± 9.51 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.52 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.76 เป็นผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่ากัน ร้อยละ 30.95 ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้บำบัดยาเสพติด ร้อยละ 61.90 เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้บำบัด ร้อยละ 83.33 แต่ประเมินว่าความรู้ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 28.57

สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้เสพสารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดของชุมชน

ปัญหาด้านผู้เข้ารับการบำบัด ด้านสุขภาพกาย ผู้เข้ารับการบำบัดขาดการดูแลตนเอง มักเก็บตัวอยู่ตามลำพังหรือรวมกลุ่มกับผู้เสพรายอื่น ด้านจิตใจ หงุดหงิด โมโหง่าย บางรายมีอาการทางจิตเวช ด้านสังคมเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยไม่มั่นใจ กลัวคนรังเกียจ ไม่มีงานทำเพราะไม่มีคนจ้าง และขาดแรงจูงใจในการทำงาน สัมพันธภาพกับคนในชุมชนไม่ดี บางรายมีอาการคลุ้มคลั่งเมื่อขาดยา บางรายมีพฤติกรรมที่สร้างความกังวลให้แก่ครอบครัวและชุมชน เช่น เอาสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านของตนเองไปขายและเมื่อไม่มีทรัพย์สินในบ้านเหลืออยู่ก็จะขยายไปสู่ทรัพย์สินของเพื่อนบ้านหรือทรัพย์สินสาธารณะ ดังคำพูด...

“บางคนไม่ค่อยดูแลตัวเอง พอบอกก็หงุดหงิด บางคนมีอาการทางจิตเวช ชาวบ้านไม่ค่อยกล้าเข้าไปยุ่ง”

“ถ้าขาดยาก็จะอาละวาด บางคนเอาของในบ้านไปขาย พอของในบ้านหมดก็ไปเอาของเพื่อนบ้าน หรือของหลวงอย่างสายไฟ”

ปัญหาด้านครอบครัว ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของผู้เสพที่มักไม่มีรายได้ ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะช่วงที่ผู้เสพมีอาการขาดยา บางครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้เกิดความรุนแรงถึงขั้นทำร้ายสมาชิก ครอบครัวบางรายรู้สึกเบื่อหน่ายจนทอดทิ้งผู้เสพไว้ลำพัง และยังประสบปัญหาความสัมพันธ์กับชุมชน เกรงว่าจะถูกมองในแง่ลบ ดังคำพูด...

“บ้านก็ต้องหาเงินยังต้องมาดูแลอีก เขาไม่มีงานทำไม่มีรายได้ พอเขาขาดยาก็เครียดกันทั้งบ้าน”

“ดูแลจนเหนื่อยใจ พูดมากไม่ได้เขาจะหงุดหงิด ต้องพูดดีๆ ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว บางทีก็ต้องปล่อยให้อยู่คนเดียว เพราะคุมไม่ไหวและกลัวชาวบ้านมองไม่ดีว่าบ้านเรามีคนติดยา”

ปัญหาด้านชุมชน คนในชุมชนบางส่วนมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้เสพยา เนื่องจากผู้เสพบางคนสร้างความเดือดร้อน เช่น เดินขอเงินตามบ้าน ส่งเสียงดัง หรือลักขโมย ทำให้หวาดกลัวและไม่ไว้วางใจ แม้ผู้เสพผ่านการบำบัดครบเกณฑ์แต่หลายรายกลับไปเสพซ้ำ ผู้เข้ารับการบำบัดเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อย มักอยู่ในบ้านของตนเองหรือกลุ่มเพื่อนและชุมชนยังไม่กล้าเปิดโอกาสด้านการจ้างงานผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ดังคำพูด...

“ชาวบ้านกลัว เพราะบางคนชอบเดินมาขอเงินตามบ้าน บางทีมีของหาย พอเห็นเขาเดินมาแถวบ้านก็ไม่ค่อยไว้ใจ ถึงจะบอกว่าบำบัดมาแล้วก็ยังกลัวว่าจะกลับไปเสพอีก”

“คนที่เข้ารับการบำบัดบางคนไม่ค่อยออกมาร่วมงานในหมู่บ้าน ได้แต่มอง ๆ ชาวบ้านไม่กล้าจ้างงาน เพราะไม่ไว้ใจกลัวทำงานไม่ต่อเนื่องและมีปัญหาทีหลัง”

ปัญหาด้านเครือข่าย ยังขาดการบูรณาการระหว่างหมู่บ้านในตำบลเดียวกัน การทำงานของ อสม. ผู้นำชุมชน อปพร. และ รพ.สต. ยังไม่เป็นระบบที่มีเอกภาพ ดังคำพูด...

“แต่ละหมู่บ้านทำไม่เหมือนกัน ยังไม่ค่อยได้คุยหรือวางแผนร่วมกัน บางหมู่บ้านก็ช่วยดูแลดี”

“อสม. ผู้นำชุมชน อปพร. กับ รพ.สต. ก็ช่วยกันอยู่ แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าใครต้องทำ”

ปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย การจับกุมผู้เสพยาเสพติดไม่เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน ผู้ที่ถูกจับกุมมักได้รับการปล่อยตัวในเวลาไม่นาน ชุมชนจึงไม่มั่นใจในการแจ้งความเกรงว่าจะถูกตอบโต้ขาดมาตรการคุ้มครองผู้แจ้งดังคำพูด...

“บางทีแจ้งไปแล้วจับไปได้ไม่นานก็ปล่อยออกมา ชาวบ้านเลยรู้สึกว่าแจ้งไปก็ไม่มีประโยชน์”

“คนในหมู่บ้านไม่ค่อยอยากแจ้งความกลัวเขารู้ว่าใครแจ้งแล้วกลับมาเอาเรื่อง คนแจ้งก็ไม่มีใครคุ้มครอง”

ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน มีร้านจำหน่ายกัญชาและอาจลักลอบขายยาเสพติดประเภทอื่น การแพร่ระบาดในพื้นที่ยังมีอยู่ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการกลับไปเสพซ้ำหน่วยงานดำเนินการเพียงบางช่วง ดังคำพูด...

“ร้านขายของในหมู่บ้านยังขายกัญชาอยู่บางที่อาจมีขายอย่างอื่นด้วย”

“ยาเสพติดมันยังมีอยู่ในพื้นที่ หน่วยงานเข้ามาดูเป็นช่วง ๆ ไม่ได้มาต่อเนื่อง”

กระบวนการพัฒนาเครือข่ายชุมชน

กระบวนการพัฒนาเครือข่ายชุมชน มีดังนี้

3.1 การวางแผนร่วมกับชุมชน ชุมชนร่วมวางแผนและเสนอแนวทางการดูแลผู้เสพติดสารเมทแอมเฟตามีน โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและแกนนำชุมชน เน้นความรู้เรื่องยาเสพติด บทบาทครอบครัว การสื่อสารเชิงบวก และการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ วางระบบเยี่ยมบ้าน ประเมินคุณภาพชีวิต และติดตามผลการบำบัด

3.2 การรวมกลุ่มและจัดตั้งเครือข่ายชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วยตัวแทนครอบครัว แกนนำชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ใช้วิธีเสนอชื่อจากหมู่บ้าน กำหนดบทบาท หน้าที่ และช่องทางสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ ร่วมกันเฝ้าระวังและสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดให้กลับมาใช้ชีวิตปกติได้

3.3 การดำเนินกิจกรรมเครือข่ายดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยมีแกนนำและอสม.เป็นทีมหลักให้คำปรึกษาและกำลังใจแก่ผู้บำบัด

3.4 การสนับสนุนและประสานงานเครือข่าย เกิดการเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐ ทำให้ระบบดูแลผู้บำบัดมีความต่อเนื่อง คล่องตัว และบูรณาการมากขึ้น

3.5 การติดตามและประเมินผล หลังการพัฒนาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้บำบัด อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ การเสพซ้ำ ผู้ดูแลและชุมชน ด้านความรู้ ทัศนคติ การดูแล และการมีส่วนร่วม

ผลจากกระบวนการพัฒนาทำให้ได้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือของชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คณะกรรมการเครือข่ายหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 ชุด รวม 13 หมู่บ้าน 2) ระบบเฝ้าระวัง การเยี่ยมบ้าน แผนการเยี่ยมบ้านและติดตามรายบุคคล 1 เดือน / ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง 3) ระบบสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ภายในเครือข่าย ประกอบด้วย กลุ่มไลน์คณะกรรมการภายในหมู่บ้านและกลุ่มไลน์ระหว่างหมู่บ้าน 4) ระบบประสานงานกับ รพ.สต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการส่งต่อ 5) ระบบการติดตามประเมินผลรายเดือน

ผลลัพธ์ของการพัฒนา

1) ผลลัพธ์ด้านรูปแบบการดูแลผู้เข้ารับการบำบัด หลังการพัฒนาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก มีโครงสร้างและระบบการติดตามที่ชัดเจนมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนา การพัฒนาความรู้ ทัศนคติและทักษะการดูแล มีการปรับให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชนมากขึ้น เน้นการเยี่ยมบ้านและการฝึกปฏิบัติจริงรายบุคคล นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจนต่อเนื่องโดยเครือข่ายชุมชน ในการติดตามดูแล และแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการประเมินผลเป็นระยะและรายงานต่อรพ.สต. รวมถึงการจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายแต่ละหมู่บ้านและทีมเฝ้าระวังเชิงรุก ทำให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ โดยมี รพ.สต. เป็นศูนย์กลางการประสานงาน

2) ผลลัพธ์ด้านผู้เข้ารับการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาพบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นหลายด้าน โดยด้านคุณภาพชีวิต ผู้เข้ารับการบำบัดที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีลดลงจากร้อยละ 60.00 เหลือร้อยละ 26.67 ขณะที่คุณภาพชีวิตระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.00 เป็นร้อยละ 73.33 ด้านอัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.00 เป็นร้อยละ 93.33 และผู้ที่บำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 60.00 เหลือร้อยละ 6.67 อัตราการเสพซ้ำภายใน 3 เดือนหลังการบำบัด พบว่าลดลงจากร้อยละ 46.67 เหลือร้อยละ 20.00 ผู้ที่ไม่เสพซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.33 เหลือร้อยละ 80.00

3) ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนา ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 18.46 คะแนน เป็น 25.04 คะแนน โดยระดับการแปลผลเปลี่ยนจากปานกลางเป็นมาก คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นจากระดับเป็นกลางเป็นเชิงบวก และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก3.56 เป็น 3.95 อยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ส่วนเครือข่ายชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 24.45 คะแนน เป็น 26.10 คะแนน อยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นจากระดับเป็นกลางเป็นเชิงบวก ด้านการมีส่วนร่วมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้เข้ารับการบำบัดก่อนการพัฒนาจากข้อมูลระยะวางแผนและการศึกษาสถานการณ์กับภายหลังการพัฒนาเครือข่ายชุมชน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายชุมชน

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา
การพัฒนาความรู้และทัศนคติ	ดำเนินการแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจง และไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	พัฒนาตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน
การพัฒนาทักษะการดูแล	การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง ไม่ตรงกับความต้องการ และไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	พัฒนาตามสภาพปัญหาความต้องการ เน้นการเยี่ยมบ้าน ฝึกปฏิบัติจริง และการดูแลเฉพาะราย
การติดตามการดูแล	อสม. เป็นผู้ติดตามหลัก ขาดความสม่ำเสมอ และดูแลไม่ทั่วถึง	มีระบบติดตามชัดเจน เครือข่ายชุมชนร่วมรับรู้และแก้ปัญหาร่วมกัน
การประเมินผล	ขาดการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน	เครือข่ายชุมชนร่วมประเมินผลทุก 1 เดือน และรายงานผลต่อรพ.สต.
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ครอบครัวเป็นผู้ดูแล ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย	มีเครือข่ายชุมชนร่วมดูแล จัดทีมเฝ้าระวังเชิงรุก เยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และใช้กลุ่มไลน์ในการประสานงาน
เครือข่ายการดูแล	ไม่มีคณะกรรมการหรือบทบาทเครือข่ายที่กำหนดอย่างเป็นทางการ	จัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายระดับหมู่บ้านและระดับตำบล ทำงานร่วมกัน โดยมีรพ.สต.ตำบลเป็นศูนย์กลาง
ระบบส่งต่อและการจัดการกรณีเสี่ยง	ไม่มีแนวทางส่งต่อและจัดการกรณีเสี่ยงที่ชัดเจน การดำเนินงานขึ้นอยู่กับสถานการณ์เฉพาะหน้า	มีระบบเฝ้าระวัง แจ้งเหตุ การส่งกรณีเสี่ยง ร่วมกัน เช่น อาการขาดยา การเสพซ้ำ ปัญหาความปลอดภัย โดยประสานผ่านครอบครัว ชุมชน รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้เข้ารับการบำบัด ก่อนและหลังการพัฒนา 3 เดือน (N=15)

รายการประเมิน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพชีวิต	15 (100.00)	15 (100.00)
ระดับไม่ดี (26-60 คะแนน)	9 (60.00)	4 (26.67)
ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน)	6 (40.00)	11 (73.33)
ระดับดี (96-130 คะแนน)	-	-
อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์	15(100.00)	15(100.00)
ครบตามเกณฑ์	6 (40.00)	14 (93.33)
ไม่ครบตามเกณฑ์	9 (60.00)	1 (6.67)
อัตราการเสพซ้ำภายใน 3 เดือนหลังบำบัด	15 (100.00)	15 (100.00)
เสพซ้ำ	7 (46.67)	3 (20.00)
ไม่เสพซ้ำ	8 (53.33)	12 (80.00)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มตัวแปร	ก่อนพัฒนา $\overline{X} \pm SD$	การแปลผล	หลังพัฒนา $\overline{X} \pm SD$	การแปลผล
ผู้ดูแล (N=15)				
ความรู้	18.46±2.13	ปานกลาง	25.04±2.44	มาก
ทัศนคติ	3.26±0.85	เป็นกลาง	3.63±0.62	เชิงบวก
การปฏิบัติ	3.56±2.64	มาก	3.95±0.78	มาก
เครือข่ายชุมชน (N=42)				
ความรู้	24.45±2.50	มาก	26.10±1.91	มาก
ทัศนคติ	3.44±0.42	เป็นกลาง	3.57±0.61	เชิงบวก
การมีส่วนร่วม	3.41±0.77	ปานกลาง	3.45±1.02	ปานกลาง

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเชื่อมโยงผลการศึกษากับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้เข้ารับการบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาในการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก มีความเชื่อมโยงระหว่างผู้เข้ารับการบำบัด ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยหนุ่มโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ไม่มีงานทำ คุณภาพชีวิตต่ำและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ขณะที่สิ่งแวดล้อมในชุมชนยังมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดและสามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย สะท้อนให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมในชุมชนยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการกลับไปเสพซ้ำ บางรายมีพฤติกรรมรุนแรงเมื่อมีอาการขาดยา ทำให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความหวาดกลัว ไม่ไว้วางใจ และไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเต็มที่ ลักษณะดังกล่าวสะท้อนความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา กาญจนบัตร[15] และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ[16] พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกลับไปสารเสพติด ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Huang และคณะ[17] และ Sukmak, Sripola, and Intaranongpai[18] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวจากการใช้เมทแอมเฟตามีน เมื่อพิจารณาในเชิงทฤษฎี สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำ และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ มีความสำคัญต่อการปรับตัวและการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การได้รับกำลังใจ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชนจะช่วยเสริมแรงจูงใจ ลดความเสี่ยงต่อการเสพซ้ำ และสนับสนุนการกลับคืนสู่สังคม ผลการวิจัย

สะท้อนว่า การดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อช่วยลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ

2. กระบวนการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้เข้ารับการบำบัด ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนร่วมกับชุมชน การจัดตั้งเครือข่าย การดำเนินกิจกรรมเครือข่าย การสนับสนุนประสานงาน และการติดตามประเมินผล กระบวนการดังกล่าวมีความเหมาะสม เนื่องจากปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับการบำบัด ครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชน รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และติดตามผล จึงทำให้รูปแบบการดูแลสอดคล้องกับบริบทและความต้องการจริงของพื้นที่ แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมสะท้อนผล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การจัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายระดับหมู่บ้านและระดับตำบล ทำให้บทบาทของผู้เกี่ยวข้องชัดเจนขึ้น ขณะที่การเยี่ยมบ้านและการเฝ้าระวังโดยเครือข่ายชุมชน ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[8-11] ที่พบว่า รูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยให้การดูแลสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และเสริมบทบาทของชุมชนในการฟื้นฟูผู้เข้ารับการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางในต่างประเทศ กระบวนการพัฒนานี้สอดคล้องกับแนวทางของ United Nations Office on Drugs and Crime[19] ที่เสนอให้การดูแลผู้ใช้สารเสพติดเป็นบริการสุขภาพและสังคมที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ แทนการดูแลแบบแยกส่วนหรือพึ่งพาหน่วยบริการ

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาเครือข่ายชุมชน หลังการพัฒนาเครือข่ายชุมชน พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านรูปแบบการดูแล กระบวนการทำงานของเครือข่าย และผลลัพธ์ของผู้เกี่ยวข้อง โดยผู้เข้ารับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และอัตราการเสพซ้ำลดลง ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลดีขึ้น ส่วนเครือข่ายชุมชนมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า การพัฒนาเครือข่ายที่ปรับระบบการดูแลจากการพึ่งพาหน่วยบริการเพียงฝ่ายเดียวไปสู่การดูแลต่อเนื่องที่ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการร่วมรับผิดชอบ การเพิ่มขึ้นของความรู้และทัศนคติเชิงบวกในกลุ่มผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน อธิบายได้ว่าการให้ความรู้ที่ควบคู่กับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเสวนาปรับมุมมองต่อผู้เข้ารับการบำบัด ช่วยลดการตีตรา เพิ่มการยอมรับ และเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทเชิงสนับสนุนมากขึ้น ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน หลังการพัฒนาพบว่ายังคงอยู่ในระดับปานกลางแม้มีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาความไว้วางใจ ความมั่นใจในบทบาท และทักษะการจัดการสถานการณ์เสี่ยง อีกทั้งสมาชิกเครือข่ายส่วนใหญ่ยังมีภาระงานประจำ ข้อจำกัดด้านเวลา และความกังวลด้านความปลอดภัยจากบริบทปัญหายาเสพติด จึงทำให้การมีส่วนร่วมยังไม่เปลี่ยนไปสู่ระดับสูงในระยะเวลาสั้น เครือข่ายชุมชนช่วยทำหน้าที่เติมช่องว่างของการดูแลแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้บำบัดต้องกลับไปใช้ชีวิตในบริบทเดิมที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน การว่างงาน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงยาเสพติด เครือข่ายจึงเป็นกลไกเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชีวิตจริงของผู้เข้ารับการบำบัดในชุมชน ทำให้เกิดการติดตาม เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา เฝ้าระวัง และประสานความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชนเป็นฐาน และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[20]

ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ช่วยเพิ่มกำลังใจ ลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า และสนับสนุนการปรับตัวของผู้เข้ารับการบำบัด ส่งผลให้คงอยู่ในระบบการบำบัดได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ นอกจากนี้ ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนยังได้รับความรู้และประสบการณ์ตรงจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม จึงมีความมั่นใจ ลดความกลัวต่อการจัดการสถานการณ์เสี่ยง และสามารถสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดได้ต่อเนื่องมากขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เน้นให้ครอบครัวและชุมชน ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่

ความโดดเด่นของรูปแบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นนี้ คือ การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ โดยกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน ครอบครัวทำหน้าที่สนับสนุนใกล้ชิดและสังเกตสัญญาณเสี่ยง แกนนำชุมชนและอสม.ทำหน้าที่เยี่ยมติดตาม เฝ้าระวังและประสานข้อมูล ส่วนหน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่สนับสนุนองค์ความรู้ ให้คำปรึกษา ติดตามผลการบำบัด และร่วมแก้ปัญหาเฉพาะราย รูปแบบนี้จึงมีความใหม่ในเชิงปฏิบัติ เพราะเปลี่ยนการดูแลจากต่างฝ่ายต่างทำไปสู่การดูแลร่วมที่มีบทบาทและกลไกประสานงานชัดเจน และเปลี่ยนชุมชนจากผู้รับรู้ปัญหาไปสู่ผู้ร่วมเฝ้าระวัง สนับสนุนและติดตามการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ ทั้งภายในหมู่บ้านและระหว่างหมู่บ้าน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การประสานงาน การแจ้งเหตุ การติดตามรายบุคคล และการเฝ้าระวังกรณีเสี่ยงเกิดขึ้นได้รวดเร็วและต่อเนื่องกว่าวิธีการประสานงานแบบเดิม ผลจากกระบวนการพัฒนาจึงทำให้เกิดรูปแบบเครือข่ายชุมชน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คณะกรรมการเครือข่ายหมู่บ้าน 2) ระบบเฝ้าระวังและเยี่ยมบ้านรายบุคคล 3) ระบบสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ 4) ระบบประสานงานและส่งต่อกับ รพ.สต. และ 5) ระบบติดตามประเมินผลรายเดือน ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้เข้ารับการบำบัดมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนมากขึ้น.

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาเครือข่ายชุมชนสามารถเสริมสร้างระบบการดูแลผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกแบบต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และอัตราการเสพซ้ำลดลง ผู้ดูแลและชุมชนมีความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งซึ่งมีบริบทเฉพาะของชุมชน การนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นควรปรับให้เหมาะสม กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ดูแลมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรอื่นได้โดยตรง อีกทั้งระยะเวลาการติดตามผลสั้น จึงยังไม่สามารถสะท้อนความยั่งยืนของรูปแบบและผลลัพธ์ในระยะยาว และข้อมูลบางส่วนได้จากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากการตอบตามความคาดหวังของสังคมหรือความเกรงใจผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือของชุมชนไปประยุกต์ใช้ โดยจัดให้มีการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้เข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และลดอัตราการเสพซ้ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว (6-12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการพัฒนาเครือข่ายและผลลัพธ์ด้านการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash
2. กองควบคุมวัตถุเสพติด. ข้อมูลเกี่ยวกับเมทแอมเฟตามีน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://narcotic.fda.moph.go.th/information-about-drugs/metamphetamine
3. Wang J, Hao Y, Ma D, Feng L, et al. Neurotoxicity mechanisms and clinical implications of six commonly abused drugs: focus on metham-phetamine. Front Pharmacol. 2025;16:1526270. doi:10.3389/fphar.2025.1526270
4. กรมกิจการพลเรือนทหารบก. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดตามแนวชายแดนปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://doca.rta.mi.th/news/announcement/1821
5. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. คู่มือการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดด้วยชุมชนล้อมรักษ์: Community-based Treatment; CBTx. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; 2567.
7. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf
8. นิตยา เติมแก้ว, วัชรินทร์ ทองสีเหลือง. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาตำบลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2567;2(2):25-37.
9. ชวนพิศ เคหาบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเสพสารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(2):274-87.
10. ปานรดา ปิติอรทัย, นัยนา สุแพง, มณฑิรา ชนะกาญจน์, ประนอม แก้วแดง, มานิตย์ เกตุบัวขาว. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2568;1(2):1-14.

11. นริศ คมจิตร. ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6): 355-65.
12. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014. doi:10.1007/978-981-4560-67-2
13. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์. ขอนแก่น: บริษัท เคทีทีเอ็กซ์ จำกัด; 2566.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://catalog.dmh.go.th/dataset/whoqol-bref-thai
15. สุกัญญา กาญจนบัตร. ปัจจัยทำนายของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;12(3):235-54.
16. สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ. ผลของแรงจูงใจการให้คุณค่า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):458-69.
17. Huang MC, Fang SC, Lin C, Lin T, Chang HM, Yang TW, et al. Risk factors for relapse among methamphetamine users receiving a joint legal-medical treatment program as a diversion intervention: a one-year follow-up study. J Subst Use Addict Treat. 2023;151:208955. doi:10.1016/j.josat.2023.208955
18. Sukmak V, Sripola S, Intaranongpai S. Barriers to methamphetamine recovery in rural communities in North-East Thailand. Asian Health Sci Technol Rep. 2022;30(3):1-10. doi:10.14456/nujst.2022.21
19. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 [cited 2026 May 10]. Available from: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf
20. Drageset J. Social support. In: Haugan G, Eriksson M, editors. Health promotion in health care: vital theories and research. Cham: Springer; 2021. p. 137-44. doi:10.1007/978-3-030-63135-2_11